

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

LABOR

HOSPITALARIA

LABOR

LABOR

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 30. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1977
Número 166. Volumen IX

Consejo de Redacción

Director
ANGEL M.^a RAMIREZ

Redactores Jefes

Ramón Ferreró
José L. Redrado

Redactores

Gestión Hospitalaria
José M.^a Muneta
Asistencia y Enfermería
Cecilio Eseverri
Teología y Pastoral
Pascual Piles
Ética Sanitaria
Gabino Gorostieta

Colaboradores

Joaquín Plaza, Pedro Clarós,
Amado Palou, L. Gil Nebot,
José L. Alabert, José M.^a Sostres,
Ascensión Zubiri, Felipe Alaez,
José Sarrió.

Administración, Publicidad
y Oficina de información hospitalaria
Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas
Tel. 203 40 00
Barcelona 17

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

Sumario

LH OPINA

176 EL MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

ORGANIZACION DE HOSPITALES

179 AMBITO Y CAPACIDADES HOSPITALARIAS

Por J. Plaza Montero

182 FUNCIONES QUE REALIZA EL DEPARTAMENTO DE ADMISION

Por José M.^a Muneta, O. H.

ASISTENCIA Y ENFERMERIA

188 NUEVAS ORIENTACIONES Y TENDENCIAS
EN LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERIA:
ATENCION PRIMARIA Y TRANSCULTURAL

Por Madeleine Leininger

196 LUGAR QUE OCUPA LA ENFERMERIA

Por C. Eseverri Chaverri

PASTORAL HOSPITALARIA

200 PSICOLOGIA DEL ENFERMO

Por Angel Perulán, O. H.

205 IMPORTANCIA DE LA PASTORAL EN EL HOSPITAL

Por Jean-Marc Daoust, S. I.

NOTICIARIO

209 HOSPITALES

216 PASTORAL

221 REVISTA DE REVISTAS

222 BIBLIOGRAFIA

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

EL MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

I Hemos de congratularnos porque una de nuestras aspiraciones, manifestada en el primer número de LABOR HOSPITALARIA de este año, se ha cumplido. Al tratar de la REFORMA SANITARIA proponíamos como una de las alternativas, y, quizás, como un presupuesto necesario para las otras, la creación de un Ministerio de Sanidad que coordinase las acciones, hoy tan dispersas, de los diferentes organismos sanitarios del Estado. Y este Ministerio, con el nombre de *Sanidad y Seguridad Social*, es ya una realidad, desde el día 30 de julio en que salió publicado en el B.O.E. el real decreto del día anterior.

Desde entonces, han sido ya numerosas las intervenciones y declaraciones del propio Ministro de Sanidad, y de sus colaboradores más inmediatos, en las que se comienzan a vislumbrar las líneas directrices de la nueva política sanitaria.

El simple análisis de la estructura y composición del Ministerio, ya nos ilumina en cuanto se refiere a las funciones que el mismo va a desarrollar, y la forma y prioridad con que las va a tratar.

Como cosa singular, dentro de la estructura orgánica del Ministerio, destaca la creación de dos subsecretarías, una propia del Departamento, con la asignación habitual de tareas que la Ley de régimen jurídico de la Administración del Estado le confiere, y, otra, la de Salud que coordinará todas aquellas materias relacionadas con un bien y un derecho tan preciado como es el de la salud.

Sobre la composición de cada uno de los Departamentos en que se dividen estas subsecretarías remitimos al lector al texto íntegro del Decreto en el que se definen cada uno de ellos y su dependencia jerárquica. Baste aquí enumerar las Direcciones Generales, que serán como el vértice de cada una de las ramas en que el Ministerio va a intervenir.

Son estas las Direcciones Generales de:

- Personal y Gestión y Financiación.
- Prestaciones.
- Servicios Sociales.
- Asistencia Sanitaria.
- Ordenación Farmacéutica.
- Salud Pública y Sanidad Veterinaria.
- Secretaría General Técnica.

De cuyas funciones también el Decreto habla y orienta en términos generales.

II

Podríamos decir que, en líneas generales, uno de los más abrigados y manifestados propósitos de la clase sanitaria, y, en general, de todo el país, se ha cumplido. Pero, ahora es necesario marcar la política sanitaria que el nuevo Ministerio va a preconizar.

Porque, de nada serviría el haber creado un ente burocrático, una nueva realidad administrativa, si ésta no está al servicio de las necesidades de la población en materia de Salud y Seguridad Social.

Es comprensible que el Ministerio tenga esa denominación, toda vez que, hoy, la sanidad está íntimamente ligada a los sistemas de Seguridad Social, pero no sería deseable que la fusión de ambas competencias supusiese la permanencia de la actual estructura de la Seguridad Social, llamada y abocada inexorablemente a cambios profundos, en consonancia con la evolución sociopolítica de España.

Parece ser, y así se ha manifestado en la recientemente celebrada ASAMBLEA DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, que ha tenido por sede Madrid, que la reconocida crisis de la Seguridad Social española se va a afrontar con valentía.

Es el propio Ministro el que, en su discurso de apertura de la XIX Asamblea, hacía el análisis de nuestro sistema sanitario y de Seguridad Social, abogando por una evolución que supere la actual crisis de crecimiento, de orientación, de reordenación y de relación con la economía del país. Con respecto a este último punto, quizás de los más debatidos en el caso de nuestra Seguridad Social, ya se ha manifestado en el sentido de que la financiación sufrirá un cambio progresivo decantándose cada vez hacia una mayor participación del Estado. Por el momento, existe el proyecto de que la aportación estatal pase de un 5 a un 7 % en el próximo presupuesto. Y juntamente con ello, la necesaria descentralización, ya que si en algún sector es útil y necesaria la autonomía de gestión y administración, éste es el de la sanidad. Desde 1963 está España dividida en Regiones Sanitarias, y si hasta el presente esta ordenación no ha tenido vigencia, creemos que en la actualidad, con ligeros retoques, ya que la división en regiones se hizo entonces atendiendo a los distritos universitarios, se podría poner en vigor con gran aprovechamiento y economía del sistema. No vamos aquí a transcribir la doctrina sobre la regionalización sanitaria de sobras conocida, pero es indudable que se podrá compaginar con

la legislación sobre autonomía de las regiones que el parlamento ha de afrontar, en breve.

Más interés, si cabe, representa para nosotros, y para los objetivos de LABOR HOSPITALARIA la progresiva puesta en marcha de una filosofía de la asistencia, en la que el enfermo, y mejor aún, el hombre sano, sea el centro de la atención de cualquier programa de salud.

A este respecto cabe señalar el ideario que el Ministro exponía en el anteriormente citado discurso:

«Nuestro país, afirmado en su voluntad de convivencia, alegre en su libertad, seguro en su convicción de lograr una España más justa, está atravesando una etapa constituyente, y las Cortes van a elaborar próximamente una nueva Constitución democrática... El derecho a la salud, como plenitud de la vida de la persona, como afirmación de una existencia libre y proyectiva, seguramente será recogido por nuestros legisladores, igual que ha sido incorporado a los más modernos textos constitucionales. Y del mismo modo habremos de tratar de afirmar el derecho a una Seguridad Social completa. Habremos de poner las bases para un nuevo modelo de convivencia, asentado en la solidaridad y en el que el acceso a todas las instituciones sanitarias y de previsión social quedará incorporado de manera automática al código de derechos fundamentales de la persona.

Hemos de hacerlo, además, con la convicción de que los derechos sociales confieren a nuestra época su nota más característica. La política social, por consiguiente, es el medio de transformación pacífica de la sociedad para la introducción de aquellas reformas que permiten la consolidación de un nuevo concepto de la vida, liberado de servidumbres, de la explotación del hombre por otros hombres y, para la corrección enérgica de cualquier posible abuso o desviación del poder.»

Ante unas perspectivas tan halagüeñas, no cabe sino felicitarse, esperando que, ciertamente, toda esta política pueda ser llevada a la práctica. Muchas de las exigencias que a una Reforma sanitaria podían pedirse y que señalábamos en el pasado editorial, están ciertamente apuntadas en las manifestaciones del Ministro, únicamente es de temer que las presiones desde diversos puntos, y buscando a veces no el bien común sino el de un determinado sector, hagan retroceder en estos objetivos altruistas y desbaraten, una vez más, la planificación y puesta en marcha de un sistema sanitario coherente, humano y actualizado.

Esperemos, pues, a que la Ley de Reforma Sanitaria se redacte, y esperemos que sea con la participación de todos los interesados en la materia: profesionales de la sanidad, pacientes en potencia y ciudadanos en general. Que todos busquen un mejoramiento de la calidad de la vida, y que la política sanitaria ayude, de una forma clara, a defenderla.

Organización de hospitales

AMBITO Y CAPACIDADES HOSPITALARIAS

DOS NIVELES VALIDOS

Es indudable que el ámbito o zona de atracción de un hospital va a estar estrechamente vinculado a la complejidad y nivel de su organización y funcionamiento. Sin embargo desde un punto de vista práctico no cabe admitir como válidos más que dos niveles: el comarcal y el regional.

En los últimos años se ha pretendido llevar a cabo la instalación de centros superespecializados, con un ámbito nacional en los que pudieran tener cabida pacientes procedentes de ámbitos lejanos. Creemos que ello lleva consigo tales distorsiones funcionales y de desplazamientos para el entorno de los pacientes, que no resultan en modo alguno aconsejables. Su función de superespecialización puede ser llevada perfectamente a cabo por hospitales regionales en los que se da con frecuencia el desarrollo más profundo de determinadas especialidades.

Otro hecho totalmente distinto es la creación de hospitales de orden regional dedicados de una manera específica a la atención de pacientes psiquiátricos o de pacientes pediátricos. En efecto, no se trata en estos casos de hospitales superespecializados, sino que la atención de los pacientes psíquicos, así como de los pacientes pediátricos, es tan diferenciada, tan peculiar, que cabe perfectamente, e incluso resulta aconsejable, llevarla a cabo en centros diferenciados siempre que en ellos dicha atención se haga de un modo completo. Cuando nos referimos a la inconveniencia de centros superespecializados lo hacemos pensando en aquellas especialidades que contemplan al hombre enfermo de un modo parcial. Ello no obsta para que en hospitales

generales puedan existir sectores o servicios de atención a enfermos mentales, en régimen ambulatorio y a enfermos infantiles, pero, en este último caso, siempre que puedan disponer de unos servicios centrales propios o especialmente dispuestos.

En el otro extremo también se ha pretendido la creación de hospitales locales, centros con corto número de camas, atendidos por los propios médicos de cabecera o familia. Su nula rentabilidad los ha de hacer asimismo inoperantes y pueden ser sustituidos con ventaja, junto con la promoción de modernos medios de transporte, por la verdadera integración de los médicos de familia en los hospitales comarcales. Ello no obsta para el adecuado desarrollo de centros locales de diagnóstico, con atención ambulatoria de los pacientes, cuyo ideal radica en la integración en los mismos, de equipos de médicos y su perfecta coordinación con la red hospitalaria y no en la atención unipersonal.

HOSPITAL COMARCAL

Nos queda, pues, como primera línea de la organización hospitalaria ideal, según nuestro parecer, el hospital comarcal.

Se trata de un hospital con una capacidad de internamiento alrededor de 150 a 200 camas. Su organización debe abarcar desde un bien dotado Servicio de Urgencias hasta la atención de procesos morbosos de mediana gravedad cuyo diagnóstico, observación y terapéutica no requieran medios ni exámenes complementarios complejos.

Una plantilla médica no excesivamente numerosa con

dedicación plena en la que se integran además, en una dedicación parcial, los propios médicos de familia, puede llevar a cabo una suficiente labor asistencial apoyados en unos servicios centrales suficientes para llevar a cabo unos exámenes radiológicos y de laboratorio rutinarios.

La esencia para conseguir la verdadera eficacia de estos hospitales comarcales ha de ser la perfecta coordinación funcional de los mismos con un hospital regional en el que se puedan atender plena o temporalmente los pacientes que requieran mayor complejidad de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, sin perder por ello su vinculación con el hospital comarcal.

Uno de los procedimientos terapéuticos perfectamente idóneo para el hospital comarcal, siempre que disponga de personal adecuado para ello, es la Rehabilitación en sus diferentes vertientes. La formación permanente de dicho personal rehabilitador puede conseguirse con su periódica integración a los servicios del hospital regional con el que se encuentra vinculado.

La plantilla ideal de un hospital comarcal, dejando aparte la integración parcial de los médicos de familia, podría establecerse así.

a) Un médico cada 8 camas. En ellos se integrarán los dirigentes del hospital y los médicos de guardia que habrían de estar formados por 6 equipos de 3 médicos: un internista, un cirujano y un tocólogo, los cuales pueden llevar a cabo la rotación de un día de guardia cada semana y un domingo de guardia cada seis.

b) El personal auxiliar asistencial podemos clasificarlo en tres apartados:

- El que ha de atender directamente al paciente internado. Se requiere un equipo de ATS y auxiliar por cada 16 camas lo que nos da por los 4 turnos requeridos, aproximadamente 50 ATS y 50 auxiliares.
- El que ha de atender el servicio de urgencias que puede establecerse en un equipo permanente de 2 ATS y 2 auxiliares, esto es, en total 8 ATS y 8 auxiliares.
- El personal auxiliar que ha de atender a las consultas externas y a los servicios de Rehabilitación y centrales que puede estimarse, como cifras medias en unos 10 fisioterapeutas y 20 auxiliares.

c) El personal no asistencial, que para la administración y los servicios generales, podemos estimarlo en unas 30 personas.

Ello nos da un personal total de 206 personas con unos índices para un hospital de 200 camas:

Personal total	1,03
Personal médico	0,15
Personal auxiliar asistencial	0,73

Titulado	0,34
No titulado	0,39
Personal no asistencial	0,15

Con este planteamiento de un hospital comarcal pueden asignársele unas capacidades generales como las siguientes:

Número máximo de estancias	73.000 anuales
Número óptimo de estancias	60.000 anuales
Consultas urgentes	7.500 anuales
Consultas ambulatorias máximas	24.000 anuales
Pacientes coincidentes en rehabilitación	300 a 350

Ello le da al hospital comarcal que estamos contemplando, una posibilidad de atender en internamiento a unos 6.000 pacientes anuales (para una estancia media de 10 días por paciente) y por tanto, basándonos en los índices usuales de morbilidad y natalidad, así como en las recomendaciones de la OMS referentes al número de camas hospitalarias por mil habitantes, consideramos que un hospital comarcal de esta naturaleza puede subvenir a las necesidades hospitalarias de una área de atracción de 60.000 habitantes.

HOSPITAL REGIONAL

Al contemplar el otro escalón de la organización hospitalaria, el hospital regional, nosotros lo haremos considerando únicamente el hospital pediátrico. Es indudable que a nivel de la unidad regional que puede comprender unos 6 a 8 hospitales comarcales, han de existir hospitales generales con unas 1.500 camas y hospitales psiquiátricos, de unas 1.000 camas. Pero sobre unos y otros, nosotros no disponemos de formación y experiencia suficiente para poder considerarlos detenidamente.

Por ello nos limitaremos a considerar la vertiente pediátrica del conjunto regional de 400.000 a 500.000 habitantes para el que resulta idónea la existencia de un hospital pediátrico de 300 a 350 camas, cuyo número equivale precisamente a la capacidad pediátrica de nuestro hospital de Barcelona.

Resulta apropiado el que un hospital de esta naturaleza ejerza por una parte las funciones de hospital comarcal del área adyacente al propio tiempo que las propias de hospital regional al que pueden ser dirigidas las necesidades asistenciales complejas de los restantes 6 a 7 hospitales comarcales de la zona.

Bajo este doble aspecto y contemplando las capacidades del hospital San Juan de Dios de Barcelona podremos considerar como idóneas.

Capacidad máxima	127.000 estancias
Capacidad óptima	105.000 estancias
Estancia media	8 a 9 días
Número pacientes ingresados	12.500 aproximadamente

Un hospital de esta naturaleza ha de tener desarrolladas ampliamente una serie de especialidades pediátricas para subvenir las necesidades propias y del resto de los hospitales comarcales de la zona. Tales especialidades podremos agruparlas en:

a) Especialidades médicas:

- Cardiología
- Neurología
- Dermatología
- Gastroenterología
- Nefrología
- Endocrinología
- Alergia e Inmunología
- Psiquiatría
- Psicología

b) Especialidades quirúrgicas:

- Cirugía infantil
- Neurocirugía
- Ortopedia
- Traumatología

c) Especialidades médico-quirúrgicas:

- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Odontología
- Ortodoncia

Pero al propio tiempo su equipo pediátrico debe estar preparado para la atención de cualquier problema complejo y disponer de una manera especial unidades de:

- Cuidados intensivos generales
- Cuidados intensivos neonatológicos

Una capacidad de 10 camas para los primeros y 35 plazas entre incubadoras y cunas de transición, puede resultar la apropiada para las necesidades.

Por otra parte debe desarrollar a nivel adecuado unos Servicios Centrales que comprendan:

- Radiología
- Electrodiagnóstico
- Anatomía patológica
- Hematología
- Bioquímica
- Microbiología
- Anestesiología
- Bromatología
- Farmacia

Junto a todas estas especialidades y Servicios, el hospital pediátrico regional ha de disponer de un Servicio de Urgencias que al propio tiempo que pueda acudir a las situaciones de emergencia que puedan aparecer

en los pacientes ingresados pueda atender las solicitudes urgentes que acudan desde el exterior.

Resulta aconsejable que, dicho servicio de urgencias, pueda disponer de unas 20 camas aproximadamente, a las que poder atender en régimen de internamiento, no superior a las 24 horas, a aquellos pacientes que sin requerir un ingreso en la hospitalización general, no se encuentran en condiciones de ser remitidos a su domicilio.

Asimismo resulta imprescindible que un hospital regional disponga de unas Consultas Externas en las que poder atender en régimen ambulatorio los períodos inmediatamente posteriores a la hospitalización así como ciertos procesos que, aun requiriendo atención especializada, no precisan de un internamiento del paciente.

Resulta realmente difícil precisar unas capacidades para los Departamentos de Urgencias de un hospital pediátrico de ámbito regional. Basándonos en nuestra experiencia y aunque somos conscientes de que una adecuada planificación sanitaria podrá variarlos sensiblemente, señalaremos las siguientes capacidades:

Visitas en Servicio de Urgencias

Número máximo	140 diarias
Número promedio	90 diarias

Visitas en Consultas externas

Capacidad máxima	90.000 anuales
Capacidad óptima	72.000 anuales

Podríamos añadir que desde nuestro punto de vista y con una buena planificación sanitaria podrían señalarse como ideales:

60 visitas diarias de promedio para el Servicio de Urgencias

60.000 visitas anuales para las Consultas externas

Para la atención de todos estos requerimientos asistenciales, será precisa una plantilla de unas 700 personas en total que podremos desglosar en:

- 160 médicos y profesionales superiores
- 180 ATS o enfermeras
- 250 auxiliares sanitarios
- 40 administrativos
- 70 para servicios generales

Tanto por lo que se refiere a la plantilla como a las capacidades asistenciales hemos de tener ocasión, Dios mediante, de hacer consideraciones más detalladas y meditadas en próximos artículos en los que estudiaremos la organización interna propiamente dicha del Hospital.

CONCEPTO GENERAL DEL HOSPITAL PEDIATRICO

Queremos terminar estas notas sobre ámbitos y capacidades insistiendo una vez más en el concepto general

de hospital pediátrico y en especial en los límites de edad que definen a los pacientes objeto de la atención del mismo.

Es indudable que, por el primer extremo, el nacimiento marca un hito definido de comienzo de competencia. Sin embargo la problemática inmediata al mismo, así como la del feto derivada de las circunstancias maternas durante la gestación, llevan al pediatra a interesarse por los hechos tocológicos. Ello justifica plenamente el que, junto a un hospital infantil, pueda ubicarse una unidad maternológica donde los problemas de la perinatología puedan ser tratados conjuntamente por obstetras y pediatras y donde la atención al recién nacido pueda ser inmediata al parto. Consideramos ideal para esta circunstancia la unidad maternológica de 40 a 50 camas, en la que se pueden atender de 2000 a 3000 partos anuales y que permite desarrollar una labor perinatólogica conjunta con el equipo de Neonatología que puede servir de piloto y orientación para el resto de problemas perinatólogicos de la zona.

Por el otro extremo de la edad pediátrica, las variaciones son más ostensibles. Podría establecerse en los 14 años de edad como promedio de alcance de pubertad. Pero dado que esta resulta sumamente variable y que diversas especialidades ven sus problemas aparecidos en la infancia aún no resueltos, en especial la Ortopedia, creemos que no resulta tampoco disparatado colocar el límite para la hospitalización pediátrica en los 18 años.

Así es como lo hemos planteado nosotros y desde este punto de vista es como hemos concebido a nuestro hospital, tal como ya detallábamos en nuestro anterior artículo.

En el próximo vamos a entrar ya de lleno en la organización hospitalaria interna de nuestro hospital estudiando a fondo el organigrama funcional.

J. PLAZA MONTERO

Médico director del Hospital Infantil San Juan de Dios
Barcelona

FUNCIONES QUE REALIZA EL DEPARTAMENTO DE ADMISION

INTRODUCCION

El hecho producido por el ingreso de un paciente en un centro hospitalario para ser asistido internamente o en régimen externo y las prácticas que conlleva el mismo, pueden tener dos significados:

- Relación jurídica entre el paciente y los servicios hospitalarios, con sus respectivos deberes y obligaciones. Relación empresarial: comienzo de prestaciones, servicios ofrecidos y valor económico de los mismos.
- Departamento como un servicio administrativo asistencial con su organización interna, dependencia, responsabilidad, funciones, prácticas y procedimientos.

En este artículo no deseamos presentar las filosofías o derechos del paciente, sino las funciones que realiza el Departamento de Admisión como Oficina Administrativa-Asistencial y también presentar políticas generales de este departamento.

DEPARTAMENTO DE ADMISION EN EL HOSPITAL

Los manuales de prácticas y procedimientos son tantos como centros existentes.

Los hospitales designan esta sección con el nombre de oficina, departamento, servicio, unidad, dependiendo esta calificación de la amplitud de funciones, número y diversificación de prestaciones que realiza. La terminología más corriente de un centro grande, es Departamento de Admisión y de un centro pequeño, Oficina de Admisión.

A menudo en la bibliografía que existe, la ponderan como el *corazón del hospital*, *pulso del hospital* o *el centro nervioso*, ya que dirige los movimientos del paciente, actuando como seleccionador de acuerdo con los objetivos, programaciones, sectorizaciones y responsabilidades que tienen con relación al paciente, necesidades de la comunidad y normas que le dicta la Dirección del centro.

de hospital pediátrico y en especial en los límites de edad que definen a los pacientes objeto de la atención del mismo.

Es indudable que, por el primer extremo, el nacimiento marca un hito definido de comienzo de competencia. Sin embargo la problemática inmediata al mismo, así como la del feto derivada de las circunstancias maternas durante la gestación, llevan al pediatra a interesarse por los hechos tocológicos. Ello justifica plenamente el que, junto a un hospital infantil, pueda ubicarse una unidad maternológica donde los problemas de la perinatología puedan ser tratados conjuntamente por obstetras y pediatras y donde la atención al recién nacido pueda ser inmediata al parto. Consideramos ideal para esta circunstancia la unidad maternológica de 40 a 50 camas, en la que se pueden atender de 2000 a 3000 partos anuales y que permite desarrollar una labor perinatólogica conjunta con el equipo de Neonatología que puede servir de piloto y orientación para el resto de problemas perinatólogicos de la zona.

Por el otro extremo de la edad pediátrica, las variaciones son más ostensibles. Podría establecerse en los 14 años de edad como promedio de alcance de pubertad. Pero dado que esta resulta sumamente variable y que diversas especialidades ven sus problemas aparecidos en la infancia aún no resueltos, en especial la Ortopedia, creemos que no resulta tampoco disparatado colocar el límite para la hospitalización pediátrica en los 18 años.

Así es como lo hemos planteado nosotros y desde este punto de vista es como hemos concebido a nuestro hospital, tal como ya detallábamos en nuestro anterior artículo.

En el próximo vamos a entrar ya de lleno en la organización hospitalaria interna de nuestro hospital estudiando a fondo el organigrama funcional.

J. PLAZA MONTERO

Médico director del Hospital Infantil San Juan de Dios
Barcelona

FUNCIONES QUE REALIZA EL DEPARTAMENTO DE ADMISION

INTRODUCCION

El hecho producido por el ingreso de un paciente en un centro hospitalario para ser asistido internamente o en régimen externo y las prácticas que conlleva el mismo, pueden tener dos significados:

- Relación jurídica entre el paciente y los servicios hospitalarios, con sus respectivos deberes y obligaciones. Relación empresarial: comienzo de prestaciones, servicios ofrecidos y valor económico de los mismos.
- Departamento como un servicio administrativo asistencial con su organización interna, dependencia, responsabilidad, funciones, prácticas y procedimientos.

En este artículo no deseamos presentar las filosofías o derechos del paciente, sino las funciones que realiza el Departamento de Admisión como Oficina Administrativa-Asistencial y también presentar políticas generales de este departamento.

DEPARTAMENTO DE ADMISION EN EL HOSPITAL

Los manuales de prácticas y procedimientos son tantos como centros existentes.

Los hospitales designan esta sección con el nombre de oficina, departamento, servicio, unidad, dependiendo esta calificación de la amplitud de funciones, número y diversificación de prestaciones que realiza. La terminología más corriente de un centro grande, es Departamento de Admisión y de un centro pequeño, Oficina de Admisión.

A menudo en la bibliografía que existe, la ponderan como el *corazón del hospital*, *pulso del hospital* o *el centro nervioso*, ya que dirige los movimientos del paciente, actuando como seleccionador de acuerdo con los objetivos, programaciones, sectorizaciones y responsabilidades que tienen con relación al paciente, necesidades de la comunidad y normas que le dicta la Dirección del centro.

Estructura del Centro de Admisión: Lo podemos presentar como Oficina Administrativa - Oficina de Relaciones Públicas y como un servicio hospitalario que tiene sus propias políticas.

- *Oficina Administrativa:* el local debe ser amplio y acogedor. Debe permitir la pronta y ordenada admisión del paciente, programación de áreas asistenciales y una organización lo más racional posible de registros, impresos y comunicaciones.
- *Relaciones públicas:* deben hacer posible el contacto con el enfermo, familiares, visitas, personal hospitalario, de modo que forme un verdadero centro de relaciones humanas. Sus comunicaciones alcanzan a muchos servicios, tanto internos como externos, que relacionan el Hospital con el enfermo, sus parientes y sociedad.
- *Como un servicio:* mantendrá el mismo grado de desarrollo y extensión que el resto de las secciones del hospital, participando de la política del centro en cuanto a la docencia y promoción del personal.

NECESIDAD DE QUE EXISTAN NORMAS ESCRITAS SOBRE PRACTICAS Y PROCEDIMIENTOS

En los hospitales generales, la admisión se efectúa durante las veinticuatro horas; en otros centros también tienden a un horario amplio. El personal necesita normas prefijadas donde se reflejen la filosofía, y se pueda mantener la misma calidad durante los distintos turnos del día. Las normas ayudan a la capacitación de los nuevos, y clarifican responsabilidades, evitando equivocaciones.

Admisión está totalmente coordinado con dependencias y servicios; a fin de que a la hora de señalar normas o de realizar cambios, es necesaria una total colaboración, coordinación y participación para el logro de los objetivos que se marquen.

Existen normas específicas, propias del departamento, como limitación de pacientes, edades, especialidades, distribución de camas, sectorizaciones, aspectos socio-económicos. Toda la normativa general viene dada por la Dirección del centro.

Este manual también reflejará las relaciones con el exterior: centros sanitarios, juzgados, policía, sanidad, centros de estadísticas, estadística oficial.

También indicará las funciones de todo el equipo que trabaja en la sección, sus prácticas y procedimientos.

INGRESOS

Fundamentalmente esta sección realiza los ingresos, ya sea orientados por orden facultativa, petición familiar, judicial, etc. La realización práctica es de forma programada o de urgencia.

FORMA PROGRAMADA

- El enfermo es enviado por el médico desde la consulta del centro hospitalario.
- En los denominados centros abiertos los médicos pueden ingresar bajo su responsabilidad a pacientes asistidos anteriormente en consulta particular o bien en su domicilio.
- El enfermo viene voluntario al hospital y el centro le ofrece un equipo médico para que el paciente elija libremente.

FORMA DE URGENCIA O EMERGENCIA

Las normas de ingresos de urgencia o emergencia, son elaboradas por la Dirección médico-administrativa.

Existirán políticas sobre reserva de camas. Es importante que el centro designe un número de ellas. Los médicos y personal sanitario aceptarán todas las normativas y admisión ingresará a los pacientes que reúnan las características indicadas.

Con frecuencia los centros se hallan con sus tasas de ocupación sobreesaturadas, por lo que periódicamente se deben revisar las admisiones de emergencia para que el centro no quede colapsado. Es importante que exista un comité que estudie periódicamente los problemas de los ingresos de urgencia.

CLASIFICACION ECONOMICA

Los enfermos al ingresar quedarán clasificados bajo la responsabilidad económica de particulares, mutualidades, entre ellas, seguridad social y beneficencia.

Es frecuente que el servicio de admisión proporcione la información económica sobre precios de estancias, habitaciones, servicios, etc. Para ello existirán unas instrucciones y listados que indiquen su valor, tiempo posible de hospitalización, diagnóstico provisional de ingreso, forma de pago o lugar donde puede ser informado, sistemas de facturación, relación con entidades o mutualidades, impresos y aspectos administrativos que deben llevar a término.

En algunos departamentos de admisión existe una oficina especializada de tipo económico que, además de lo anteriormente expuesto, le indican la forma de cubrir los gastos, adelanto de depósitos, sistemas de pagos periódicos. Al igual que existe una caja fuerte donde se depositan objetos de valor.

Cuando el paciente carezca de medios económicos, admisión debe orientar al enfermo en cuanto a la forma o pasos a seguir para poderle atender.

Los hospitales tienen pautas especiales para su personal hospitalario. Admisión las aplicará siguiendo las orientaciones del centro.

Hay hospitales donde las mutualidades cubren sólo parte de los gastos, sanitarios o de confort. Admisión

puede ofrecer el sistema para cancelar las diferencias debidas al uso de unas especialidades, salas, habitaciones, consumo, etc., no cubiertos por las entidades concertadas.

SECTORIZACIONES

Existen centros hospitalarios divididos por clínicas o sectores como: cirugía, medicina interna, traumatología, geriatría, pediatría, especialidades. Admisión programará y coordinará la ocupación y traslados del modo más racional posible.

TRASLADOS

Los traslados están motivados por:

- mejoras o empeoramientos del paciente (a zonas de UCI),
- prolongación de estancias,
- causas económicas, etc.

Estos cambios pueden alterar las programaciones. Es importante controlar la información sobre los mismos, a través de unos procedimientos administrativos.

Los traslados a otros centros también están motivados:

- por una mejoría o empeoramiento,
- cambio de tratamiento,
- exploraciones especiales, etc.

El paciente llevará la información médica adecuada, para lo cual, admisión se ocupará de gestionar todos los trámites.

INFORMES SOBRE EL ESTADO DE LOS ENFERMOS

Admisión posee la información sobre los datos del paciente, como filiación, etc. Debe existir unas normas o código para estos casos, sobre todo si se relacionan con el exterior, la prensa, etc. Es aconsejable que sea la misma persona quien coordine los informes.

Recordamos que las historias médicas son de carácter confidencial; por lo tanto, siempre quedarán al resguardo de la ética profesional. Existen procedimientos, según los países, para relacionarse con el exterior, EE.UU. usa el código de Chicago que relaciona los hospitales con la prensa. En España las informaciones del estado del paciente se reciben del jefe médico que le atiende y el jefe de admisión las transmite al exterior.

En el departamento de secretaría que algunos centros poseen, es donde se mecanizan los informes médicos que el paciente recibirá en su domicilio o que se enviarán a su médico de cabecera. La elaboración de estos informes en muchos Centros los realiza admisión.

HORARIOS

Suelen ser flexibles, según las necesidades de cada centro. Así podemos encontrarnos con horarios de 6 u 8 horas, hasta 24 horas al día. Es importante procurar programar ingresos y altas en horas que no sean punta y que puedan favorecer la organización interna del hospital o a las personas que tengan que ocuparse de ellos.

También es necesario programar de tal forma este departamento que no quede bloqueado por trabajo. Ejemplo: admisiones a primeras horas de la tarde, pueden favorecer a las secciones de dietética, laboratorios clínicos, plantas de enfermería y la organización administrativa del departamento.

PROGRAMACIONES

Este departamento puede realizar las programaciones de la sala de operaciones, rayos X, pruebas especiales, etcétera, siempre que exista una buena coordinación con estos servicios.

PREPARACION PSICOLOGICA Y SOCIOLOGICA DEL PACIENTE

Conocemos el impacto psicológico que el ingreso produce en el enfermo, impacto que puede influir en el tratamiento y evolución de la enfermedad. La admisión le puede condicionar sobre la opinión del Centro y del servicio médico, su seguridad, etc.

El departamento de Admisión debe presentar al hospital tal como es, siendo verdaderamente acogedor y hospitalario.

En los hospitales infantiles se ha de cuidar que, la respuesta del niño ante la enfermedad y hospitalización, no sea traumatizante. Por lo tanto debe preparar a los padres a la familiarización de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Tenemos referencia de muchos hospitales occidentales que han emprendido programas de preparación psicológica infantil antes de una hospitalización. Aparte de esto es necesario dentro del Centro un ambiente de hospital infantil, sensibilizado con unas técnicas de comunicación adecuadas.

Desde el punto de vista sociológico debemos recordar que la hospitalización marca un status social y el cambio se produce en el momento del ingreso.

ALTAS DE PACIENTES

Los pacientes salen de los hospitales con el alta, motivada por una mejoría o curación, por gravedad, traslado a otro centro, voluntariamente, fallecimiento, permisos especiales (fin de semana). Cada alta debe tener un trato especial: en el caso de mejoría puede salir solo, acompañado, con ambulancia. En cualquier caso Admisión realizará los trámites oportunos. Si el

paciente fallece, Admisión relacionará a la familia con la funeraria, indicando los horarios de la capilla ardiente, acompañándola en las exequias y colaborando en los trámites administrativos.

RELACION DE ADMISION CON LOS PACIENTES EXTERNOS

El centro hospitalario que realiza programaciones, estará en contacto con los pacientes, para indicarles fechas de ingresos, preparación psicológica del paciente, fechas de las revisiones periódicas (oncología), forma de relacionarse con las mutualidades y Seguridad Social y de adquirir y rellenar los impresos administrativos. Fecha de exploraciones complementarias externas al centro, etc.

Los padres o familiares de los pacientes que por su estado de gravedad o por su edad tienen que permanecer aislados, Admisión pondrá a dichas familias en contacto con los médicos responsables para que reciban las indicaciones de los tratamientos. También estará continuamente en contacto para las emergencias que puedan producirse. Al no estar permanentes en el Centro pueden existir dificultades para obtener algunos datos de carácter administrativo; no obstante, Admisión hará las gestiones necesarias para que esto no ocurra.

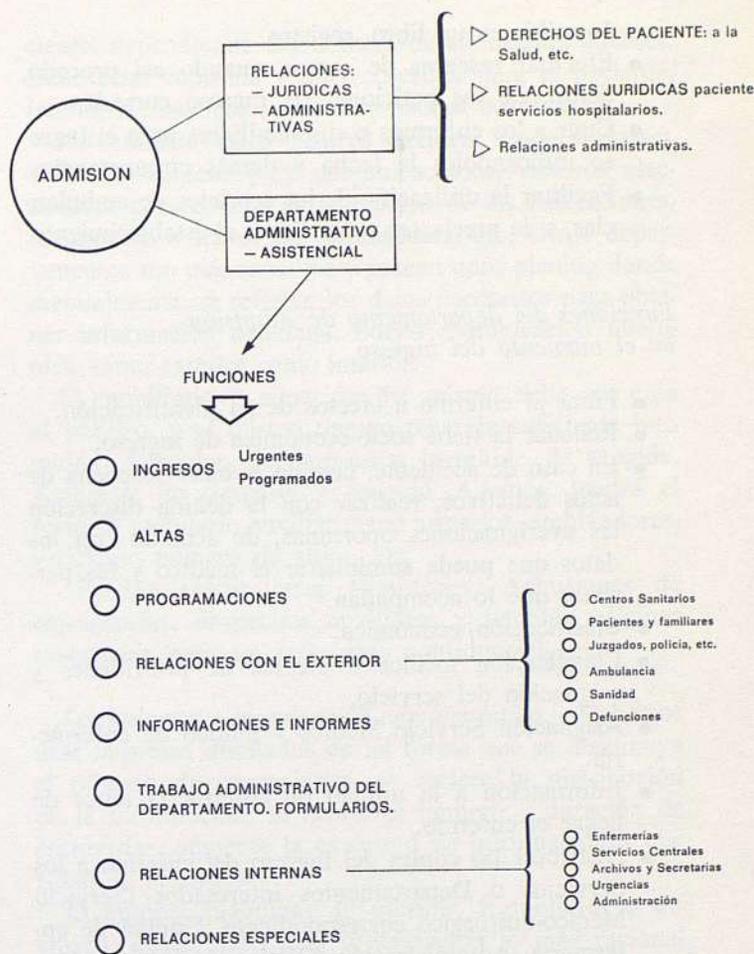
FACTORES DETERMINANTES DEL DEPARTAMENTO DE ADMISION

Este departamento está condicionado por el número de ingresos o rotaciones de pacientes, por la extensión de funciones que realiza y por la especialización del centro. No son semejantes los servicios de un centro psiquiátrico a los de un hospital infantil o general. No son comparables los ingresos por día que se realizan, ni el tratamiento de cada paciente en la oficina de admisión. Ambos tendrían distintos horarios, programaciones, sectorizaciones. No es igual un Centro monobloque, donde Admisión está centralizado, que un hospital con distintos pabellones, clínicas, consultas externas, etc. El hospital por su configuración obligará a centralizar o descentralizar. Aunque una centralización tiene la ventaja de una mejor coordinación de su personal y la posibilidad de estar mecanizado.

CUADRO DE MANDO

La admisión es una sección del hospital integrado dentro de un organigrama donde se especifican los elementos de jerarquización y de responsabilidades. Hay centros que el jefe de admisión depende del director médico, o del director administrativo o, del jefe de enfermería o de otros mandos asistenciales.

Para una máxima eficiencia se requiere un personal bien entrenado que conozca los procedimientos y nor-



mas del departamento y experto en relaciones humanas.

Debe existir un Jefe de Departamento y unos oficiales o auxiliares dependiendo su preparación de las funciones que realiza, así pueden existir puramente administrativos o asistenciales como enfermeras, y, también, asistentes sociales con trabajo exclusivo o parcial.

Cuando se enumera las cualidades del jefe y del personal a su cargo se habla del sentido común, personalidad agradable, pericia de trato con la gente, cooperación, iniciativa, madurez... Poder catalogar de forma rápida y exacta los problemas y necesidades de la gente, habilidad emocional, calma, seguridad, firmeza para soluciones de emergencia y tacto, etc.

FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS

Como cada Hospital posee unas funciones específicas razonadas a sus necesidades, es difícil plasmar todas ellas en conjunto. No obstante tomamos las expuestas en el curso de dirección y administración de hospitales:

Funciones del departamento de Admisión anteriores al ingreso

- Facilitar información sobre el hospital a quienes lo soliciten.

- Inscribir en un libro, registro.
- Efectuar reservas de camas, cuando así proceda, dentro de las peticiones de ingreso cursadas.
- Citar a los enfermos o sus familiares para el ingreso indicándoles la fecha y demás circunstancias.
- Facilitar la utilización de los servicios de ambulancias, si la precisasen, para llegar al establecimiento.

Funciones del departamento de Admisión en el momento del ingreso

- Filiar al enfermo a efectos de su identificación.
- Rellenar la ficha socio-económica de ingreso.
- En caso de accidente, cuando hubiere sospecha de actos delictivos, realizar con la debida discreción las averiguaciones oportunas, de acuerdo con los datos que pueda suministrar el médico y las personas que lo acompañan.
- Clasificación económica.
- Clasificación médica a efectos de prioridades y asignación del servicio.
- Asignación Servicio Médico y unidad de enfermería.
- Información a la unidad de enfermería antes de llegar el enfermo.
- Distribuir las copias del ingreso del enfermo a los Servicios o Departamentos interesados (Servicio Médico-quirúrgico correspondiente, Unidad de enfermería, Administración, Oficina de Información, Central telefónica, Servicio de Dietética, Asistencia Social, Archivo Central).
- Información al centro y a sus familiares, de las normas importantes del hospital o entregarles los folletos o guías del mismo.
- Cobro de anticipos cuando proceda.
- Depósito de valores del enfermo, si este lo solicita, advirtiéndole que en otro caso quedan bajo custodia del mismo.
- Acompañar al enfermo a la unidad que le ha sido asignada.
- Comunicar a la autoridad judicial o gubernativa los datos o sucesos que procedan.

Funciones del departamento de Admisión posteriores al ingreso y durante la estancia del enfermo

- Inmediatamente después del ingreso, se efectuará el asiento en el Libro registro oficial de ingresos y altas.
- Intervenir en los cambios de Unidad de Enfermería, de Servicio clínico y tramitar las transferencias a otro hospital.
- Interesar del enfermo o de las familias a quienes corresponda, las autorizaciones precisas para utilización de medios de diagnóstico o terapias que impliquen riesgos y para las intervenciones quirúrgicas.

Para los menores, serán los padres o tutores y para los incapacitados sus tutores legales.

- Expedición de certificaciones relativas a la estancia del enfermo en el hospital, motivos y circunstancias siempre que se acredite su finalidad, y dejando a salvo el secreto profesional.

Funciones del departamento de Admisión en el momento de dar de alta

- Previa comunicación de la orden de alta autorizada por el médico del servicio clínico, por parte de la Unidad de enfermería, expresando en ella el diagnóstico de salida.
- Avisos de alta de los departamentos o servicios interesados.
- Clasificación y remisión de la historia y documentación clínica al Archivo central acompañando la hoja de salida.
- Comunicación a la autoridad judicial cuando proceda en caso de fallecimiento.
- Registro de fallecimientos.
- Aviso al Servicio de Anatomía Patológica si procede la autopsia, ya sea por orden judicial o porque se haya conseguido el consentimiento previo voluntario.
- Aviso del óbito a los familiares.
- Aviso a los servicios funerarios.
- Entrega de las pertenencias y valores del fallecido a los familiares.

Funciones de estadística

- Al departamento de Admisión le están generalmente encomendadas las funciones de estadística. Pero aunque exista un departamento u oficina independiente que centralice toda la estadística, siempre tendrá que funcionar en estrecha coordinación con el de Admisión porque en este último radican los datos referentes al movimiento de enfermos y a los diagnósticos de entrada y salida de suma importancia para las estadísticas sanitarias.

RELACIONES ESPECIALES

Enfermo que sale sin alta médica. El hospital, a través del Departamento de Admisión, debe requerir del paciente o familiar que firme el documento de exoneración. A veces este trámite lo realiza enfermería. El procedimiento sería informar al paciente el riesgo desfavorable. En caso de que insista y se niegue a firmar el hospital redactará un documento indicando las circunstancias y con la colaboración de un testigo. Este informe se archiva en la historia clínica.

Paso a otro Centro.

Muerte de un paciente. El departamento informa a la familia de los procedimientos y costumbres que existen. Horarios de visita de capilla ardiente. Y relaciones con las empresas de pompas fúnebres. Facilita a través del médico o de pompas fúnebres el relleno de los impresos oficiales.

Autopsias. Aunque obtener el permiso de necrosis no depende del departamento de Admisión, este debe conocer los procedimientos legales y en algunos departamentos realizar los procedimientos administrativos.

Información sobre el estado del paciente. A veces se piden informaciones sobre un paciente, el departamento informará cuando los equipos médicos o de enfermería suministren dicha información al departamento.

Autorizaciones para prácticas que le realiza el hospital para su diagnóstico. Existen formularios en los cuales el paciente al ingresar autoriza a que se le practiquen exámenes, terapéuticas, anestias, intervenciones, transfusiones, etc. No obstante, el paciente debe estar informado o su familia, de los tratamientos aconsejables para su diagnóstico, para que libremente pueda aceptarlos.

Secreto Profesional. La información y las historias médicas del paciente son de carácter confidencial. Por lo que las historias médicas deben quedar al resguardo de esta ética profesional.

Locales. Para buscar la máxima eficiencia, los locales tienen que responder al desarrollo y amplitud del departamento. Debe estar bien coordinado con el resto de departamentos, a ser posible cerca de zonas de acceso, urgencias, consultas externas, administración, etcétera. Los locales adjuntos deben estar bien situados. La ubicación interna es muy importante. Debe ser cómoda para el paciente y para el personal que trabaja. Bien comunicada, mesas grandes y espacio sufi-

ciente, dependiendo del número de admisiones anuales. Debe estar centrada y muy accesible para el paciente, familiares, médicos y demás personal hospitalario.

Actualmente estos centros tienden a mecanizarse: Tubos mecánicos para comunicaciones, tableros electrónicos para reflejar la ocupación de las habitaciones, integración a través de ordenadores, etc. Otros departamentos son más sencillos y poseen unos planing donde manualmente, se reflejan los datos necesarios para obtener información detallada. Buena comunicación telefónica, tanto exterior como interior.

El mobiliario o situación del mismo debe ser cara al público, y al mismo tiempo tener la suficiente intimidad, debe dar una impresión favorable, de acogida. Ambiente de simpatía y acogida. Además, tendrá el resto de mobiliario auxiliar como armarios, archivadores, suficiente número de sillas, etc.

Pueden existir otras admisiones. Admisiones de emergencias, despachos auxiliares y también oficinas reservadas para un trato más confidencial.

Formularios y organización administrativa. Debemos usar impresos diseñados de tal forma que se disminuya el número de operaciones, se acelere la distribución de la información, se acorte el número y duración de entrevistas, aumente la exactitud de información y claridad de la misma.

El equipo, máquinas de escribir, formularios y archivos, deben tener una organización lo más racional posible. Los formularios deben ser completos y fáciles de manejar. Por ejemplo, los que quedan en el departamento deben tener un color, los que salen a áreas administrativas otro y asistenciales otro.

En los grandes hospitales, donde la rotación de pacientes es muy numerosa y donde el número de impresos se hace abundante, se debe elegir procedimientos mecanizados que vemos aparecer ya en los grandes y modernos hospitales.

JOSE M.^a MUNETA, O. H.

Asistencia y enfermería

NUEVAS ORIENTACIONES Y TENDENCIAS EN LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERIA: ATENCION PRIMARIA Y TRANSCULTURAL

PRESENTACION

Madeleine Leininger, doctorada en ciencias de la Enfermería, es Decana y Profesora de Enfermería y Adjunta de Antropología de la Escuela de Enfermería adjunta o correspondiente a la Universidad de Utah, Salt Lake City, Utah, EE.UU. También es miembro de la Comisión de enseñanza de Enfermería de la Asociación Americana de Enfermeras; autora de muchos artículos y obras relacionadas con su área de conocimientos como Teorías y Práctica de la Enfermería Transcultural; Transformación de las estructuras tradicionales de la organización académica en estructuras contemporáneas; la niñez y la cultura; La antropología sicocultural; El método etnocientífico de Enfermería y los sistemas de salud; Teorías de la Enfermería e investigación; Nuevos modelos de salud; Antropología de la salud y sus modificaciones; Liderazgo y otras obras y artículos.

Este trabajo fue presentado el 2 de junio de 1977 en el XVI Congreso Cuadrienal de Enfermería, Tokio, Japón, cuyos Derechos de autor son del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y a él habrá que referirse al publicar o citar parte o la totalidad del mismo.

Hoy lo traemos aquí con una intencionalidad muy especial y directa antes de comenzar en nuestras Escuelas de Enfermería el Curso 1977-78.

Creemos que por estos caminos o autopistas tenemos que conducir a nuestros estudiantes y nuestras reivindicaciones profesionales. Los gritos sirven de poco cuando se puede y se debe utilizar más provechosamente la inteligencia y el saber.

C. E. CH.

Al ir modificándose los problemas culturales y sociales según cambiamos de ambiente o de época histórica, se le pide a la profesión de enfermería que responda a estos cambios transformándose de manera paralela. En realidad ninguna profesión auténtica permanece estática; todas se transforman según la evolución socio-cultural, las necesidades humanas, las situaciones de crisis y los desafíos y oportunidades que enfrentan. Muchos cambios profesionales significativos en la enfermería han sido obra de dirigentes visionarios, creadores, de voluntad firme y sensibilidad aguda, capaces de responder a las condiciones culturales y a los imperativos sociales. Dirigentes de este calibre están dispuestos a asumir el riesgo de los cambios y a desafiar los hábitos profesionales para abrir nuevos caminos o mejorar la situación. El cambio de focos de atención en la enfermería refleja la presencia de dirigentes sensibles a la transformación cultural y a las nuevas aspiraciones.

En el pasado decenio se registraron varios cambios notables en la profesión de enfermería en los Estados Unidos. Entre dichos cambios figuran nuevas orientaciones y pautas creadoras de la educación de enfermería que constituyen un desafío a los educadores, dirigentes y estudiantes para que reflexionen y modifiquen sus percepciones y prácticas en materia de educación. Esos cambios tienen que ver con diversos factores, pero sobre todo con la transformación de los valores culturales de la profesión de enfermería.

Tradicionalmente, las normas culturales de la enfermería reflejaban la tendencia a una conducta pasiva, dependiente, deferente y reactiva frente a la autoridad, particularmente frente a la profesión médica¹. En años recientes, estas normas culturales se han desplazado y

reflejan conductas más activas, independientes, interdependientes y autónomas. En algunos lugares de los Estados Unidos este desplazamiento de pautas culturales de conducta ha sido tan repentino y dramático que produce *shock* y colisiones culturales con el personal de atención sanitaria, especialmente choques entre médicos y profesionales de Enfermería. Esta conducta afirmativa y autónoma ha ayudado a las enfermeras a responsabilizarse por complejas tareas profesionales y crear nuevas pautas asistenciales. Lo más importante es que, en la educación y en la práctica, las aptitudes y conocimientos de la enfermera están aplicándose más plenamente y con mayor responsabilidad frente al paciente y a la profesión.

Otros factores causa de cambios en la educación y práctica de la enfermería en Estados Unidos han sido los siguientes: la sociedad presupone en la enfermera una capacidad mayor de satisfacer las necesidades del consumidor; cambian las oportunidades de empleo y la *imagen* de la enfermera; algunos dirigentes de la profesión demuestran su capacidad de afrontar los riesgos y de crear nuevas pautas de enfermería; cambia la manera de *socializar* a los estudiantes de enfermería en nuestros programas de enseñanza; las autoridades federales dan apoyo financiero a las escuelas de enfermería para que desarrollen proyectos especiales de investigación y de asistencia innovadora; se siente el impacto de la labor de universitarios titulados en enfermería, docentes, investigadores y administradores en el campo de la enseñanza y del ejercicio de la enfermería. Estos y otros cambios han tenido profundos efectos sobre la profesión durante el último decenio, y prometen muchos cambios positivos en el futuro inmediato^{2, 3}. Ha sido una estimulante e importantísima época de transformaciones en la enseñanza y la práctica de la enfermería en Estados Unidos.

CAMBIOS ESPECIFICOS EN LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERIA

En la enseñanza de la enfermería ocurren cambios importantes a medida que los dirigentes progresistas de la profesión establecen pautas diferentes de educación. Uno de los cambios principales es el siguiente: el énfasis tradicional de la enseñanza y la práctica en una conducta *centrada en la enfermedad y orientada hacia las perturbaciones de la salud se desplaza hacia la prevención de las enfermedades y el mantenimiento de estilos de vida sanos*. Cada vez más, los educadores de enfermería estudian las pautas de una vida sana y la manera de mantener la salud. Algunos programas de enfermería están desplazando lentamente su foco pedagógico desde el fuerte énfasis tradicional en el *modelo médico* de asistencia mediante el estudio de las patologías, diagnósticos y tratamientos médicos, al *modelo de asistencia de enfermería*, que consiste en una ayuda canalizada

a través de procesos individuales y directos⁴. Los pedagogos están aplicando las teorías y marcos conceptuales de la enfermería para concentrarse en los aspectos de prevención e higiene. También están conceptualizándose las necesidades individuales de salud y asistencia con un marco de referencia cultural y social a fin de comprender las tensiones de la vida diaria, las presiones sociales de interacción y los valores culturales que influyen en el estado de salud. De hecho, el importante papel de la enfermería profesional en la higiene y la prevención de enfermedades representa un profundo viraje en la enseñanza y los programas docentes, que está revolucionando la educación de enfermería en varios lugares de los Estados Unidos.

Dentro del nuevo enfoque se orienta a los estudiantes hacia el estudio de la conducta y las pautas de vida comunitaria con un ojo puesto en los valores culturales relativos a la salud, y haciéndose referencia a las fuerzas sociales, políticas y económicas que afectan la salud y la labor de la enfermera. En la moderna enseñanza de la enfermería también se concede especial atención al medio ecológico y físico y a las amenazas ambientales contra la salud. Al orientar a los estudiantes hacia la identificación y comprensión de los aspectos de la salud y la enfermedad relacionados con las estructuras culturales y sociales, el cuerpo docente examina las pautas de vida susceptibles de prevenir las principales enfermedades y causas de incapacidad. También se ayuda a los estudiantes de enfermería a descubrir las formas de adaptación o ajuste a las amenazas cotidianas contra la salud, y las pautas humanistas de asistencia. Por consiguiente, varias escuelas de enfermería están usando diversos marcos de adaptación a fin de orientar el estudio y la actividad docentes^{5, 6}.

Algunos de los cambios mencionados más arriba en materia de prevención e higiene están ocurriendo a nivel de bachillerato y licenciatura en los centros universitarios progresistas. Este tipo de instituciones de enseñanza de la enfermería aplica las teorías y los resultados de la investigación para orientar la labor docente y la actividad estudiantil. Los educadores progresistas de la enfermería están acudiendo cada vez más a las ciencias sociales, las artes liberales y las humanidades para estudiar la conducta normal, saludable y centrada del ser humano, y para integrar o incorporar ese conocimiento a la enseñanza de la enfermería. El marco de referencia de las ciencias sociales es un medio importante para lograr una amplia perspectiva del comportamiento humano y conocer las necesidades en materia de salud. Estas ideas y teorías se aplican conjuntamente con los conocimientos de medicina, enfermería y ciencias afines de la salud. Por supuesto que se enseña un contenido de ciencia médica, pero no es sino una de las varias áreas de conocimiento en que se basa una ciencia de la enfermería, un conocimiento que se aplica a la consecución de las metas de enfermería. Las teorías y programas docentes de la enfermería, por lo tanto,

se hacen derivar de una gran diversidad de áreas del conocimiento, y no dependen tan estrechamente como antes, de los conceptos de la ciencia médica.

Estos profundos cambios en la enseñanza de la enfermería no excluyen que ciertos instructores de estilo tradicional tiendan a basarse sobre todo en los conocimientos y prácticas relativos a enfermedades desde el punto de vista médico y en los conceptos de la patología interna. En la enseñanza académica de la enfermería está creándose un nuevo clima intelectual, apoyado en una diversidad de teorías y conceptos de la investigación. La labor del personal de enfermería que no sólo ha estudiado enfermería sino también ciencias sociales, físicas y biológicas, ha realzado el nivel conceptual de la enseñanza y la investigación. Es alentador que aparezcan tendencias altamente innovadoras y prometedoras en nuestros programas de bachillerato y licenciatura, donde los docentes y clínicos se interesan en los aspectos de la enfermería relacionados con la prevención y la higiene. Con estos enfoques filosóficos e interdisciplinarios, el impacto futuro de la enfermería sobre la higiene parece altamente prometedor.

Un núcleo de investigadores, teóricos y eruditos de la enfermería, de nivel doctoral, está haciendo progresar los conocimientos en la materia a través de importantes proyectos de investigación y está estableciendo nuevas orientaciones para los programas docentes. Gracias a estos esfuerzos de liderazgo, están incorporándose la investigación y la teoría a los programas de enfermería, salud pública y educación. Dichos pioneros, además, están ayudando a establecer programas de doctorado en enfermería para preparar un núcleo de docentes, investigadores y administradores de las escuelas de enfermería y para mejorar el nivel de atención⁷. Hay en EE.UU. aproximadamente 1500 enfermeras con títulos de doctorado, que son las pioneras de algunas de las principales transformaciones registradas en la enseñanza y la práctica de la enfermería⁸. Por añadidura, otras enfermeras con título profesional están contribuyendo a la definición de nuevos programas de sanidad y muchas participan en programas de enseñanza. La Asociación Americana de Enfermeras, la Asociación Americana de Institutos de Enfermería y la Liga Nacional de Enfermería también hacen un aporte de avanzada, fortaleciendo la calidad de los programas docentes e innovando la docencia y la práctica de la enfermería.

Si consideramos otros cambios que se registran en la docencia de la enfermería, hay creciente interés no sólo en un contenido mejor y mayor basado en la investigación, sino también en los aspectos humanistas de la enseñanza y la práctica. Se enseña una enfermería para que los estudiantes desarrollen su sensibilidad a las necesidades humanas de tipo filosófico, ético y de otra índole. Se instruye a los estudiantes de enfermería sobre las cuestiones éticas y profesionales a la luz de las inquietudes, interrogantes y problemas modernos con

respecto a las cuestiones humanistas de la vida y la muerte. Se estudia la calidad de la atención de enfermería en relación con la calidad de la vida tal como la define y la conoce el sistema de valores del consumidor de atención sanitaria. Estas y muchas otras zonas de contenido se basan generalmente en los problemas vigentes, locales y nacionales, para aprovechar la experiencia de la realidad.

Las conceptualizaciones, teorías y definiciones de la enfermería están volviéndose más explícitas, y se debaten y someten a prueba en los programas académicos. Por ejemplo, yo defino la enfermería como *una disciplina asistencial culta, humanista y científica, encaminada a ayudar a personas de contextura social y cultural muy diversa, aplicando hábilmente los actos y procesos de atención al mantenimiento de los estilos sanos de vida, la prevención de los estados de enfermedad y la recuperación de la salud mediante modalidades de restauración*. Estas y otras definiciones también se utilizan para orientar el pensamiento y la acción de la enfermería, y están más enfocadas hacia la propia enfermería que hacia las percepciones médicas de la enfermería. Personalmente, pienso que la esencia intelectual y práctica de la enfermería reside *en su calidad de disciplina asistencial*⁹. *Las conductas, procesos, estilos y consecuencias del acto asistencial son lo que da a la enfermería su suprema individualidad o importancia*¹⁰. El énfasis actual en la naturaleza asistencial de la enfermería distingue a ésta de la medicina en que la práctica tiene como objeto *primordial* curar y formular diagnósticos y tratamientos. Esta posición hipotética y explícita basada en la historia cultural de la enfermería nos ayuda a delinear sus principales intereses en materia de teoría y de investigación y puede constituir una guía para la docencia. Hay sin embargo, algunos profesionales de Enfermería que pueden no valorar este énfasis central; están en libertad de probar y validar otras conceptualizaciones. Pero creo que la enfermería no debe renunciar a su carácter asistencial pues este es un inapreciable instrumento de ayuda a los demás. Creo, incluso, que es más importante que el acto de curar, pues no se puede curar sin prestar asistencia.

Para recapitular; muchos programas docentes nuevos y progresistas en la enfermería están concentrándose en la prevención y la higiene reforzando los patrones de conducta de una vida sana adaptada a la comunidad natural y familiar. Los valores culturales de la salud y las pautas sociales de la salud representan importantes áreas nuevas de instrucción. La enseñanza de cómo prevenir las enfermedades, la incapacitación y los estilos de salud disfuncionales, es más importante que la gran importancia que se concedía antes a las enfermedades y su tratamiento. Los modernos programas de enfermería de nivel universitario subrayan las formas de ayudar a la gente a adaptarse a los nuevos estilos de vida, las crisis personales y los cambios del medio ambiente social y físico. Esto es coherente con el valor que concedemos

en los Estados Unidos a un estilo de vida activo, pleno y saludable que nos permita disfrutar de la vida al máximo. Nuestra sociedad generalmente no concede valor a la enfermedad y los estados de incapacidad. Así, la transición de una concentración en la enfermedad a un amplio énfasis en la higiene y la prevención es congruente con nuestras normas culturales.

Siguiendo estas nuevas orientaciones en la docencia de la enfermería, se guía a los estudiantes para que aprecien y valoren el papel que pueden y deben cumplir los profesionales de Enfermería en el cuidado de la salud. En épocas anteriores parecía haber una tendencia implícita a minimizar o menospreciar el papel de la enfermera en las actividades de enfermería. Por ejemplo, el papel del médico y otros abastecedores de servicios médicos solía ser percibido por los estudiantes como superior a las prácticas de enfermería. Hoy día se subraya mucho más el papel central que desempeña enfermería en la preservación y la recuperación de la salud. Los estudiantes están dándose cuenta de que la enfermería es la más vasta de las disciplinas sanitarias, y que puede ejercer un impacto considerable en el cuidado de la salud. Por consiguiente, se ayuda a los estudiantes a apreciar su propio valer, mejorar su autoestima, realzar su seguridad y utilizar sus aptitudes. También se practican en diversas escuelas norteamericanas de enfermería métodos tendentes a preparar a los profesionales para una conducta afirmativa y autónoma, y para valorar sus propias aptitudes y valía profesionales. En forma concomitante, los dirigentes de la profesión están tratando de alterar la imagen que tiene el público de la enfermería. Sin embargo, todavía sufrimos de una brecha entre las actitudes y práctica de la enfermería, y lo que sabe y cree el público general. La educación pública tiene que desempeñar un papel esencial colmando esa brecha y contribuyendo a que el público comprenda el aporte de la enfermería al cuidado de la salud en EE.UU. y la necesidad de que sus servicios sean adecuadamente recomendados. Ultimamente, con el establecimiento de clínicas primarias de enfermería, consultorios independientes de enfermería, consultorios auxiliares y otros servicios sanitarios centrados en el aporte de la enfermería, ésta ha ido demostrando al público de manera concreta los servicios que puede prestar. Cabe a la educación pública un papel esencial en la empresa de maximizar el aporte profesional de la enfermería y abolir la imagen anticuada de los profesionales de enfermería.

En la enseñanza de la enfermería se han introducido muchos cambios desde la aparición de programas de enfermería en las instituciones de educación superior; la tendencia hacia una enseñanza de la enfermería a nivel universitario es más evidente, más deseada y más aceptada que hace un decenio¹¹. La enseñanza universitaria de la enfermería ha expuesto a los estudiantes y profesores a una gran diversidad de ideas estimulantes, valores culturales distintos, otras formas de enseñar y

aprender, diversas maneras de atender la salud de la población, y ha mostrado la importancia del estudio sistemático de los problemas de la enfermería y la salud pública desde una amplia perspectiva. Este ambiente universitario de enseñanza e investigación ha ayudado a profesores y estudiantes a desarrollar nuevos modelos de asistencia sanitaria y a debatir estas ideas con colegas de otras especialidades de la salud y las ciencias sociales. Es evidente que cursos de ciencias sociales y humanidades han ayudado a los estudiantes de enfermería a descubrir la naturaleza multifacética del ser humano y de su historia cultural. El estudio antropológico de la salud y de la conducta humana ha estimulado la curiosidad de los estudiantes por otras culturas y sus pautas de vida y salud. Los ha ayudado a comprender al ser humano en su medio ambiente natural y familiar y comprender el pleno valor de los conceptos tradicionales de asistencia holística»*. Al ganar una perspectiva antropológica y sociológica, los estudiantes aplican un enfoque basado en las estructuras sociales y culturales que permite prestar asistencia *holística* y amplia. Están aprendiendo, también ellos, a apreciar las fuerzas múltiples que influyen en la salud y la enfermedad, y los atributos humanistas del ser humano.

UN NUEVO SUBCAMPO DE ESTUDIO: LA ENFERMERIA TRANSCULTURAL

Consciente de este impacto de la antropología y su relación con la enfermería y las pautas asistenciales de raíz cultural, la autora, a mediados del decenio de 1950, inauguró un nuevo subcampo: la enfermería transcultural¹². La enfermería transcultural o etnoenfermería está convirtiéndose en un campo de estudio y práctica altamente prometedor para los profesionales interesados en una visión culturoológica y amplia de la conducta humana en cuanto se refiere a la salud. Esta subdisciplina de la enfermería está contribuyendo a extender las ideas de la enfermería sobre las diversas culturas del mundo, y sobre la enfermería y el cuidado de la salud en otros pueblos. Más y más profesionales están empezando a descubrir que lo sanitario está primordialmente determinado y definido por la cultura, y exige un conocimiento cultural de los valores, creencias y prácticas del pueblo al que se quiere prestar una asistencia eficaz, segura y satisfactoria. Incuestionablemente, deberían desarrollarse y aplicarse prácticas de enfermería que estén de acuerdo con los valores y creencias de las distintas culturas. Tenemos que considerar cómo se presta *una asistencia de enfermería específica para cada cultura* sin imponer a otros nuestros valores profesionales determinados por nuestra cultura¹³. Al mismo tiempo, es preciso identificar los aspectos culturalmente

* Relacionada con formas culturales concebidas como un todo y no en sus partes componentes. (Nota del Traductor.)

universales y no universales de la enfermería y de la práctica asistencial de las diversas culturas. Tales son las metas de la enfermería transcultural, que está desarrollándose rápidamente en los Estados Unidos en calidad de subcampo legítimo, esencial e importante de estudio formal en las escuelas de enfermería.

En mi calidad de pionera de este nuevo subcampo de estudio, he definido *la enfermería transcultural como el subcampo erudito, científico y humanístico de la enfermería que se concentra en el estudio y análisis comparativo de las diferentes culturas y subculturas del mundo, atendiendo a las conductas asistenciales y de enfermería y a las prácticas, creencias y valores de salud-enfermedad, con el objetivo de proporcionar prácticas en enfermería que sean culturalmente específicas y culturalmente universales*¹⁴. Aunque mis esfuerzos iniciales datan de mediados de los años 1950, su impacto no pudo verificarse hasta que un núcleo de enfermeras antropólogas se graduó simultáneamente en los campos de la enfermería y la antropología. El primer curso formal de enfermería transcultural empezó en 1965, y desde entonces los conceptos y teorías de la cultura y la asistencia de enfermería han ido incorporándose gradualmente a los programas docentes de enfermería en Estados Unidos a nivel de bachillerato y licenciatura¹⁵. Por añadidura, están surgiendo varios nuevos cursos, programas de estudio y proyectos de investigación sobre enfermería transcultural en los colegios universitarios de enfermería. Los estudiantes se sienten intelectualmente estimulados a estudiar los valores, creencias culturales y prácticas en materia de salud y enfermería que pueden observarse en su país y en el extranjero.

El movimiento de enfermería transcultural tiene especial significado para el Consejo Internacional de Enfermeras, porque debería contribuir inmensamente a la comunicación con profesionales de diferentes culturas y a comprender los valores, objetivos, programas docentes y prácticas de diversos grupos de la enfermería en diferentes partes del mundo. Pero para preparar a los profesionales de enfermería a que comprendan las culturas y puedan colaborar eficazmente en la labor nacional e internacional hace falta un conocimiento sustantivo de las culturas. La antigua manera de establecer contacto con otras culturas basada en breves visitas turísticas, era un procedimiento muy limitado y superficial. En el futuro se exigirá a los profesionales de enfermería que sigan cursos y programas formales de estudio sobre las distintas culturas del mundo. Serán obligatorios programas formales de estudio dados por especialistas en enfermería transcultural y complementados por experiencias en el terreno, bajo orientación. Parece obvio que así se haga, y es una vía acertada dentro de nuestra evolución actual hacia una cultura mundial en materia de enfermería y relaciones humanas. Los transportes y comunicaciones rápidos y modernos serán una fuerte influencia mundial para obligar a las enfermeras a conocer gentes muy diversas. La

colaboración con pueblos de creencias y valores culturales ajenos a los nuestros exige un cuidadoso estudio, que tiene las mejores posibilidades de realizarse en instituciones de enseñanza superior que desarrollen programas de educación de enfermería. Los conceptos culturoológicos y la investigación antropológica, unidos a los conocimientos de enfermería, están arrojando luz sobre las demás culturas y su práctica asistencial. La comprensión de los aspectos culturales de la enfermería puede ayudar a los profesionales de enfermería a concebir programas docentes culturalmente diversos y los objetivos propios de la práctica de enfermería que siguen en otros países. Estos planes deberían ajustarse a la historia, valores y prácticas de la enfermería de cada país.

El movimiento transcultural es la cuarta dimensión de la enfermería, que está empezando a transformar de manera bastante dramática el pensamiento del cuerpo docente y el contenido de los programas de enseñanza. Las dimensiones física y psicológica (primera y segunda) de la enfermería han recibido mucha atención por parte de los docentes durante varios decenios, mientras que las dimensiones sociológica y culturoológica (tercera y cuarta) de la enfermería sólo ahora comienzan a enseñarse en los Estados Unidos. Reconocemos que ciertas escuelas de enfermería continúan destacando sólo los aspectos físicos y psicológicos de la enfermería (y algunas con un modelo de ciencia médica estricta, más bien que un modelo asistencial de enfermería) y sólo prestan atención tácita, implícita o mínima a las dimensiones sociológica y culturoológica. Pero están produciéndose cambios, y éstas dos dimensiones empiezan a incluirse. El desafío más grande en la enseñanza de estas dimensiones consiste en la fusión de la enfermería con aspectos culturoológicos.

Mi predicción es que el pleno impacto de la enfermería transcultural no se sentirá en los EE.UU. y otras partes del mundo antes de que pase otro decenio. Sin embargo, es razonable predecir que dado el actual interés en las diversas culturas del mundo, la enfermería transcultural se impondrá y aún antes de que hayamos preparado docentes capaces de enseñarla a los estudiantes. Esto también provocará cambios significativos en los programas y enfoques docentes de las escuelas de enfermería. Indudablemente las raíces de la cultura son profundas y duraderas y pueden tener una poderosa influencia sobre la conducta, los modos de vida, el cuidado de la salud y —lo que es más importante— las prácticas de la medicina y de la enfermería. En la enfermería ya no podemos ignorar los valores, conflictos y barreras culturales, sino que debemos tomar plena conciencia de ellos. Debemos aprender a enseñar y practicar con un marco de referencia cultural y con respeto hacia las diferencias culturales en materia de comportamiento humano y enfermería. Dos mundos, el de la enfermería y el de la antropología, están fundiéndose y creando formas enteramente nuevas de concep-

tualizar, enseñar y practicar la enfermería en los Estados Unidos y otras culturas¹⁶. Dado el avance de estos estudios, pueden anticiparse para el futuro cambios aún mayores en la educación y en el ejercicio de la enfermería.

ENFERMERIA PRIMARIA: OTRO CONCEPTO CLAVE

Otra importante tendencia en la enseñanza de la enfermería es la importancia que se concede actualmente a la preparación de los profesionales de enfermería para prestar una asistencia primaria. Aunque no se trata de una novedad, la asistencia primaria es objeto de mayor atención en la enseñanza y la práctica y recibe cada vez más apoyo del gobierno federal bajo forma de subsidios. La autora recuerda vivamente sus experiencias en los años 1940 y 1950, cuando proporcionaba servicios de enfermería primaria en pueblecitos del centro de los Estados Unidos, a estudiantes de una gran universidad y a través de canales privados e institucionales. Otras enfermeras pueden relatar experiencias similares en los Estados Unidos. En aquella época, sin embargo, estas prácticas directas, inmediatas e independientes de asistencia primaria no se reconocían ni sancionaban plenamente, y se hablaba poco de ellas en la literatura especializada. Como resultado, era muy limitado el énfasis que se ponía en este tipo de asistencia primaria.

Hoy día, con subsidios federales, la asistencia primaria recibe renovada atención y los profesionales de enfermería exploran en forma creadora nuevos estilos de asistencia. Pueden identificarse varios modelos de asistencia primaria: el independiente, el de colaboración, el institucionalizado y el no institucionalizado^{17, 18, 19}. Las teorías y marcos conceptuales de la asistencia primaria de enfermería se debaten y se exploran en ambientes distintos.

Actualmente hay gran confusión en lo relativo a la naturaleza, definiciones y alcance de los cuidados primarios. En algunos círculos se consideran como una filosofía que tiende a promover la buena práctica profesional. En otros, la asistencia primaria representa una forma de utilizar eficazmente los talentos y el papel potencial de los profesionales de enfermería. Otros dirigentes de la profesión consideran que la asistencia primaria es: un medio para realzar la relación asistencial directa entre enfermería y paciente; un medio para organizar nuevas formas de enfermería y asistencia dentro en hospitales y fuera de ellos; un medio para proporcionar asistencia basada en los nexos de comunidad y familia; un mecanismo para formar un nuevo tipo de asociación con los miembros del equipo de salud; un facilitador de nuevas formas de la práctica independiente de enfermería; un medio para obtener un reembolso a las enfermeras de los costos del servicio; y,

por último, una moda o ritual mágico que todavía no está bien explicado ni entendido^{20, 21, 22, 23}.

Dada esta variedad de creencias y esta ambigüedad de formulación y definiciones (junto con las ideas que pueden observarse directamente en la práctica institucional y extrainstitucional), resulta urgente estudiar y explicar la asistencia primaria de enfermería. También es necesario aclarar el concepto en relación con la asistencia primaria y la asistencia secundaria, con el modificador de la enfermería y sin él. Mientras tanto, profesores y estudiantes están interiorizándose en estas diversas opiniones y percepciones relativas a la asistencia primaria.

Como han aparecido varias definiciones de la asistencia primaria de enfermería, se pueden citar algunas para ilustrar las diferencias conceptuales entre ellas y los posibles rasgos que distinguen a la asistencia primaria de la secundaria. En 1956, la autora utilizó las siguientes definiciones como modelo teórico y práctico en el desarrollo del *Primex* (modelo primario de asistencia) para la enfermería, que difundió la literatura en 1971²⁴.

«La asistencia primaria de enfermería se refiere a la asistencia sanitaria de individuos o grupos en un momento *inicial* de su enfermedad (generalmente antes de que se manifiesten estados graves) con el fin de *prevenir* un agravamiento o *mantener* el estado de salud en un determinado ambiente sicosocial, cultural o físico, o ambas cosas. Así, se trata primordialmente de *prevenir la enfermedad, mantener la salud y tratar las afecciones comunes o crónicas*. La *asistencia secundaria de enfermería* se refiere a los servicios que recibe el paciente *después* de haber ingresado al sistema (formal) de atención de salud. Por lo general, se le ha diagnosticado una enfermedad específica o un estado patológico complejo. A su vez, dicho estado necesita una serie de modalidades de tratamiento y atención continua y en escala importante. En este caso, se trata primordialmente de *servicios de recuperación*».

La autora concibió el *Primex* en un esfuerzo por poner de relieve los rasgos esenciales de la atención primaria de enfermería (*prim* significa primer paso u orden, y *ex* la acción tendida hacia los demás).

Desde entonces se ha formulado otra definición de la asistencia primaria. Por ejemplo, la Comisión de Educación Superior de Enfermería del Oeste la define en los términos siguientes²⁵:

«La asistencia primaria generalmente incluye los componentes que se enumeran a continuación:

- 1) Es el contacto inicial de la asistencia.
- 2) Beneficia de manera continua en el tiempo a personas que están en diversos estados de salud y enfermedad.
- 3) Existe responsabilidad y coordinación por la continuidad de la atención: mantenimiento y

promoción de la salud, evaluación y tratamiento de los síntomas y enfermedades, recuperación de la salud y envío a los especialistas apropiados».

Dos definiciones de asistencia sanitaria primaria (no es específicamente atención primaria de enfermería) son las siguientes; y según el Departamento de Salud Pública, Educación y Bienestar de los EE.UU. tiene dos dimensiones²⁶:

El contacto inicial de una persona, en cualquier episodio de su enfermedad, con el sistema de atención a la salud, que conduce a una decisión sobre lo que debe hacerse para contribuir a resolver dicho problema; y... la responsabilidad por una continuidad de la asistencia, es decir mantenimiento de la salud, evaluación y tratamiento de los síntomas y envío a los especialistas».

Otra definición de los cuidados primarios de salud que da la Organización Mundial de la Salud, ofrece importantes perspectivas comunitarias y naturales²⁷:

«Se entiende por asistencia primaria la forma de acción sanitaria que integra en el plano de la comunidad todos los elementos necesarios para influir en el estado de salud de la población. Esa forma de acción ha de integrarse en el sistema nacional de asistencia sanitaria. Es el medio de dar expresión o satisfacción a la necesidad humana fundamental de conocer qué se ha de hacer y con qué ayuda se puede contar para vivir una vida sana y de saber adónde puede acudir la persona que necesite aliviar sus dolores o sufrimiento. El medio de satisfacer esa necesidad ha de consistir en una serie de medidas sencillas y eficaces, en cuanto al costo, la técnica y la organización, que sean accesibles a la población necesitada y sirvan para mejorar las condiciones de vida de los individuos, las familias y las colectividades. Esta acción comprende medidas sanitarias de prevención, promoción, curación y rehabilitación y actividades de desarrollo de la comunidad».

Por supuesto que podrían citarse muchas definiciones más de la asistencia primaria. Lo más importante de su resurgimiento es el hecho de que muchos profesionales de enfermería están demostrando notables cualidades de liderazgo y una preocupación por la calidad de la asistencia. Además, los programas docentes están enseñando conceptos relativos a diagnóstico y atención directa, y destacando la importante responsabilidad de la enfermería en el proceso asistencial. Los educadores están ayudando a los estudiantes a tomar conciencia de que la enfermería ambiciona desempeñarse exitosamente en la asistencia primaria. De allí derivan una serie de beneficios para el movimiento sobre este tema en Estados Unidos.

Al preparar estudiantes para el ejercicio de la asis-

tencia primaria de enfermería, deben tomarse en cuenta algunas de las cosas que más les interesa aprender: un enfoque generalista de la asistencia; satisfacer las necesidades comunes y frecuentes de los pacientes y anticiparse a ellas; proporcionar una calidad sostenida de atención al cliente durante una enfermedad aguda; realizar diagnósticos e historias clínicas generales, estado de salud y de la asistencia necesaria o recibida (actividades que tienen focos un tanto diferentes de los del examen y la historia clínica a cargo del médico); ayudar al paciente a obtener servicios globales de enfermería y atención médica; proporcionar una atención familiar completa desde que el paciente ingresa hasta que es dado de alta; posibilitar la relación *cara a cara* con otros miembros del equipo de salud gracias al papel central y directo que juega la enfermería frente al cliente; envío al médico y otros integrantes del equipo de salud según sea necesario, y responsabilidad ante el cliente por los servicios que se le prestan durante el período de contacto con él. Se capacita a los profesionales de enfermería de asistencia primaria para orientar a los individuos y familias sobre sus necesidades y costumbres dietéticas, para ayudar al individuo a resolver los problemas menores antes de que lo incapaciten, y a reconocer tempranamente los problemas que pueden afectar la salud.

Para que un profesional de enfermería pueda prestar asistencia primaria eficazmente, tiene que aprender a realizar diagnósticos sicofisiológicos, culturoológicos y sociológicos. Tiene que formular juicios y tomar decisiones sobre lo que debe hacerse y cómo debe hacerse. La capacidad de formular juicios y decisiones exige una firme base de conocimientos. Si existen dichos conocimientos y nivel de capacitación, los profesionales de enfermería de atención primaria pueden atender casi el 80-85 % de los casos más comunes de enfermedad en una comunidad determinada. La autora verificó estos hechos en tres de las principales áreas geográficas donde se han establecido clínicas de enfermería primaria, en los estados de Utah y Washington. En dichos estados se han creado clínicas de atención primaria de enfermería muy exitosas²⁸. Son de carácter independiente y están dirigidas por enfermeras que prestan asistencia primaria a grupos de todas las edades, especialmente a los más ancianos. Estas clínicas constituyen una rica fuente de enseñanzas para estudiantes y profesores. Los médicos y farmacéuticos actúan como consultantes o efectúan un aporte profesional cuando es necesario. Estas cinco clínicas de enfermería primaria se concentran en los exámenes tendientes a detectar problemas de salud en su etapa inicial, las condiciones de vida insalubres y las actividades de mantenimiento de la salud. Además, estamos preparando en cuatro estados del país, enfermeras *externas* para el ambiente familiar. Estas determinan sus propias actividades y son responsables de sus acciones y decisiones con respecto a la asistencia a los pacientes y sus familias.

En general, la atención primaria representa el primer contacto de enfermería con los individuos y las familias. Significa que los profesionales de enfermería pueden ayudar a desarrollar y reforzar un estilo positivo de vida en vez de normas incómodas y costosas de comportamiento *enfermo*.

Para satisfacer estas exigencias docentes, el profesor tiene no sólo que ser competente para enseñar tales aspectos sino servir como modelo. Por eso se da la oportunidad a los profesores e instructores, para que perfeccionen sus aptitudes de enfermería primaria. Muchos profesores, conscientes de esta necesidad, se preparan con enfermeras de práctica. Tanto la asistencia primaria como la enfermería transcultural tienen un enfoque generalista en su actitud frente a los problemas de la salud y la enfermería. Ambas deberían basarse en normas de vida comunitarias y culturales para satisfacer las distintas necesidades de la población. Ambas deberían integrarse con los demás servicios de enfermería, medicina y salud que prestan otros agentes de la asistencia. Incuestionablemente, ambas tienen que ser parte de una red local, nacional e internacional de sistemas y prácticas de atención a la salud que permita un enfoque integrado de la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y su recuperación.

Los profesionales de enfermería, que constituyen el cuerpo más numeroso de agentes de los servicios de salud en el mundo, tienen ante sí la responsabilidad y la tremenda posibilidad de mejorar y mantener el nivel asistencial en una cultura sanitaria que tiene cada vez más, carácter mundial.

BIBLIOGRAFIA

1. LEININGER, M.: *The Culture Concept and American Culture Values in Nursing*. Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend, pp. 45-62 (John Wiley & Sons, New York, 1970).
2. LEININGER, M.: *Futurology of Nursing: Goals and Challenges*, in: CHASKA, N. (ed.): *Views through the Mist: The Nursing Profession* (McGraw-Hill, New York, 1977).
3. LEININGER, M.: *Health Values, Trends, and Issues for the Future*. Paper presented at the Futurology Conference No. 4, College of Mount St. Joseph on the Ohio, Mount St. Joseph, Ohio (August 5, 19676).
4. LEININGER, M.: *Caring: The Essence and Central Focus of Nursing*. American Nurses' Foundation. Vol. 12, N.º 1, pp. 2, 14 (February, 1977).
5. RICHL, J. P., and ROY, C. (eds.): *Conceptual Models for Nursing Practice*, pp. 135-157 (Appleton-Century-Crofts, New York, 1974).
6. LEININGER, M.: *Anthropological Approach to Adaptation: Case Studies from Nursing*, in MURPHY, J. (ed.): *Theoretical Issues in Professional Nursing* (Appleton-Century-Crofts, New York, 1971).
7. LEININGER, M.: *Doctoral Programmes for Nurses: Survey of Trends, Questions, and Projected Plans*. Proceedings from Division of Nursing on Doctoral Education for Nurses (Division of Nursing, Washington, D.C. 1976).
8. Ibid.
9. LEININGER, M.: op. cit. No. 4.
10. Ibid.
11. AMERICAN NURSES' ASSOCIATION: *Facts about Nursing 74-75* (American Nurses' Association, Kansas City, 1976).
12. LEININGER, M.: *Transcultural Nursing Presents Exciting Challenge*. The American Nurse, Vol. 5, No. 5, p. 4 (May 1975).
13. LEININGER, M.: *Becoming Aware of Types of Health Practitioners and Cultural Imposition*. pp. 9-15 (American Nurses' Association, Kansas City, 1973).
14. LEININGER, M.: *Transcultural Nursing Concepts, Theories and Practices* (John Wiley & Sons, New York, 1977) (in press).
15. LEININGER, M.: *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend* (John Wiley & Sons, New York, 1970).
16. Ibid.
17. MANTHEY, M. et al.: *Primary Nursing*. Nursing Forum, Vol. 9, No. 4, pp. 357-379 (Fall, 1970).
18. MANTHEY, M.: *Primary Nursing is Alive and Well in the Hospital*. American Journal of Nursing, Vol. 73, pp. 83-87 (January, 1973).
19. MARRAM, G., et al.: *Primary Nursing: A model for Individualized Care* (C. V. Mosby, St. Louis, 1974).
20. LOGSDON, A.: *Why Primary Nursing*. Nursing Clinics of North America, Vol. 8, No. 2, p. 283 (June, 1973).
21. PAGE, M.: *Primary Nursing: Perceptions of a Head Nurse*. American Journal of Nursing, Vol. 74, No. 8, pp. 1435-1436 (August, 1974).
22. BOWAR-FEERES, S.: *Loeb Centre and Its Philosophy of Nursing*. American Journal of Nursing, Vol. 75, No. 5, p. 814 (May, 1975).
23. MUNDINGER, M. O.: *Primary Nurse-Role Evolution*. Nursing Outlook, Vol. 21, No. 10, pp. 642-645 (October, 1973).
24. LEININGER, M., LITTLE, D. y CARNEVALI, D.: *Primex*, in: AULD M. y BIRUM, L. (eds.): *The Challenge of Nursing: A Book of Readings*, pp. 237-242 (C. V. Mosby Co., St. Louis, 1973).
25. WESTERN COUNCIL ON HIGHER EDUCATION FOR NURSING: *Nursing's Role in the Delivery of Primary Care* (Western Interstate Commission for Higher Education, Boulder, Colorado, 1976).
26. HEALTH, EDUCATION AND WELFARE DEPARTMENT, SECRETARY'S COMMITTEE TO STUDY EXTENDED ROLES FOR NURSES: *Extending the Scope of Nursing Practice*, p. 8 (U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 1971).
27. HENTSCH, Y.: *Community and World Health*. International Nursing Review, Vol. 23, No. 4, pp. 103-106 (July-August, 1976). (Quote cited from World Health Organization's «Promotion of National Health Services», p. 1. WHO 288th World Health Assembly, April, 1975).
28. LEININGER, M.: *Personal Observations and leadership work at the University of Washington, Seattle, Washington, and the University of Utah, Salt Lake City, Utah, 1969-1977*.
29. LEININGER, M.: *Study of Nurse-Practitioner Roles and Educational Preparation in the United States* (unpublished Report) (University of Utah, Salt Lake City, Utah, 1977).

MADELEINE LEININGER

El equipo de salud en el hospital

LUGAR QUE OCUPA ENFERMERIA

INTRODUCCION

Hablar del equipo de salud y tocar el asunto deslindándolo de todo un contexto, desambientado, resulta a todas vistas poco correcto y menos técnico. El equipo de salud es la consecuencia de una proyección y de una trayectoria que, arrancando desde los primeros albores de la humanidad, de la sociedad, y pasando por los conceptos de nacionalidades y comarcas o regiones llega hasta los centros sanitarios y, dentro de los mismos, a los núcleos grupales más reducidos y definitivos. Analizar todo este proceso precedente es la misión y la labor que nos toca conseguir a continuación.

SOCIEDAD

El individuo aislado se encuentra tan expuesto a cualquier contingencia agresiva de la vida, que desde sus más remotos orígenes ha tratado por todos los medios de agruparse con otros seres que padecían sus mismas limitaciones.

A la vista del corto recorrido de nuestra exposición vemos aparecer los dos elementos básicos de toda sociedad:

- a) El individuo.
- b) El grupo.

EL INDIVIDUO

El individuo es el actor primordial de toda la interrelación humana. Todo individuo está sujeto a una interacción de procesos sensoriales y procesos motóricos.

La suma de varios individuos o actores interagentes

de una situación viene a denominarse *campo social*. Los campos sociales son modificables como consecuencia de las distintas interacciones de los actores o individuos. Los elementos o situaciones nuevas que se derivan de las interacciones individuales, son o deben ser causa de análisis y de conclusiones definitivas, ya que resultan como las consecuencias de la dinamización de unas motivaciones, unas potencialidades, unos fines, unos hallazgos. Esto es como el resultado maduro del esfuerzo de la suma de todas las individualidades, siendo cada actor intérprete de su propio rol.

El rol de una persona es, para S. Sargent, un modelo o tipo de comportamiento social que aparece apropiado a ella, sobre la base de su situación, en términos de las exigencias y expectativas de los miembros de su grupo. R. Linton dice que el rol, dentro de un sistema socio-cultural, está constituido por las actitudes, valores y comportamientos atribuidos por la sociedad a una persona o a todas las que ocupan una cierta posición social (status).

«Es evidente, dice Giorgio Braga, que no existe un rol independiente, sino una suma de roles que forman un cierto equilibrio entre sí; insertando o suprimiendo, o bien modificando un rol, se altera el sistema entero».

La comunicación es la forma tipo más característica de la interacción humana. El método es clásico: *fuentes, mensaje, canal o medio físico, receptor, interpretación*. Toda comunicación requiere una cierta afinidad psíquica entre los comunicantes.

El equilibrio del campo social requiere normas de comportamiento, colaboración, identificación de cada individuo con su grupo; orientación de los sentimientos afectivos, competitividad, etc. Y ya, visto así el concepto de campo social nos lleva como de la mano a meternos en la segunda vertiente de los elementos básicos de toda sociedad: el grupo. Para llegar, cuanto

antes, a plantearnos nuestro objetivo primordial: *El equipo de salud en el hospital.*

EL GRUPO

La concepción de campo social plantea un problema, su delimitación. Todo campo relacional tiene unos límites externos y estructurales. El grupo recibe un influjo receptivo o de *input* y una fuerza dinámica hacia afuera o *output* de comunicación, influencia, bienes y acciones. Para G. Gurvitch toda clasificación de los grupos es un riesgo. Sólo puede tener valor pragmático y en el transcurso de la investigación se experimenta lo que valen.

Los grupos primarios tienen dos fuentes originarias:

1.^a Naturales-artificiales: Familia, barrio, vecindad, amigos, relacionados por elementos efectivos espontáneos y arraigados en la existencia natural. Son grupos de elevada cohesión. Estos no nos interesan por ahora pues caen fuera de nuestro asunto a estudiar. En adelante no los consideraremos.

2.^a Los grupos primarios momentáneos-persistentes son los nuestros, los que marcan nuestro objetivo final. Estos grupos son los que nos mantienen un ansia de existencia colectiva duradera en el tiempo. Son grupos experimentales, como de laboratorio; grupos de formación y de trabajo. Se caracterizan por el hecho de que la razón de su estructura hay que localizarla, al menos en su origen y en su finalidad, en el exterior a la voluntad de los distintos miembros que lo componen. Son limitados en el tiempo y, por tanto, dejan menos impacto en cada uno de los componentes.

Los grupos primarios se estructuran pragmáticamente mediante unos niveles fundamentales. Esto es:

- a) *Sus interacciones.* Directas, espontáneas, sin interferencias. Les acompaña un léxico, unos valores y unos objetivos.
- b) *Sus sistemas normativos.* Son, para R. J. Pellegrin, «todos los criterios de conducta que definen lo que debería acaecer en el grupo, en conformidad con los cuales los miembros guían sus acciones, actitudes, creencias». No debemos confundir los objetivos con las normas. Un objetivo fuertemente valorado por diversos actores puede resultar causa de disidencias; las normas, en cambio, establecen prioridad entre las elecciones de los distintos actores y les exigen frecuentemente renuncias a fines particulares.
- c) *Sus objetivos comunes.* La preocupación por resolver problemas, pervivencia, efectividad laboral, organización, defensa, etc., son objetivos comunes.
- d) *Emociones y sentimientos colectivos.* Las acciones y reacciones colectivas son fuentes de vigor. La comunión en los objetivos vivida por los

distintos actores resulta la más alta y perfecta manera de catalizar los fines apetecidos.

- e) *Inconsciente colectivo.* La estructura de la personalidad, la historia de cada actor es causa de posibles puntos de vista divergentes o conflictivos dentro del grupo.
- f) *Equilibrio interno y relaciones estables con el medio circundante.* La trayectoria funcional de cada grupo engendra a lo largo de su proceso evolutivo un doble sistema equilibrador: interno uno y el otro externo. Esto es, en su seno y en su contextura relacional. Cuando los acontecimientos rompen este equilibrio el grupo tiende a cohesionarse, a resistir, a sobrevivir. Todo grupo tiende a reforzarse. S. E. Seashore ha planteado una especie de cuestionario en el que se destacan los siguientes puntos: a) sentimiento de pertenencia al grupo; b) hostilidad a cambiar de grupo y c) la percepción de la cohesión del grupo confrontada con la cohesión atribuida a grupos similares.

LOS EQUIPOS DE SALUD

Los equipos de salud vienen configurados y determinados por los siguientes grupos:

- Organización Mundial de la Salud.
- Planificación sanitaria nacional.
- Planificación sanitaria regional.
- Organización del equipo sanitario del hospital.
- Equipo de salud básico.
- Equipo de enfermería.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Este equipo sanitario de nivel y alcance mundial está formado por unos comités que en número de seis se localizan en:

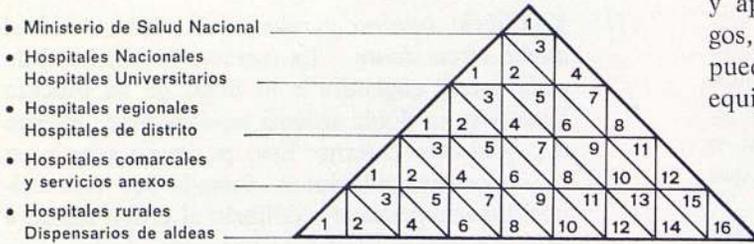
- Europa
- Africa
- América
- Asia sudoriental
- Pacífico occidental
- Mediterráneo oriental

Por salirse de nuestras inquietudes más cercanas, no hacemos otros comentarios.

PLANIFICACIÓN SANITARIA NACIONAL

Cada país debe tener su planificación nacional y, por tanto, sus equipos científicos concretos y bien deter-

minados. Equipos a distintos niveles, según la estructuración convencional más acorde con su idiosincrasia, posibilidades económicas y las humanas. Estos niveles y variedad de equipos vendrían dados, en forma gráfica, de la siguiente manera:



Los números del gráfico precedente sólo tienen valor de significación o referencia a la proporcionalidad que podría darse en el caso de establecerse algún plan programático sanitario en cualquier país.

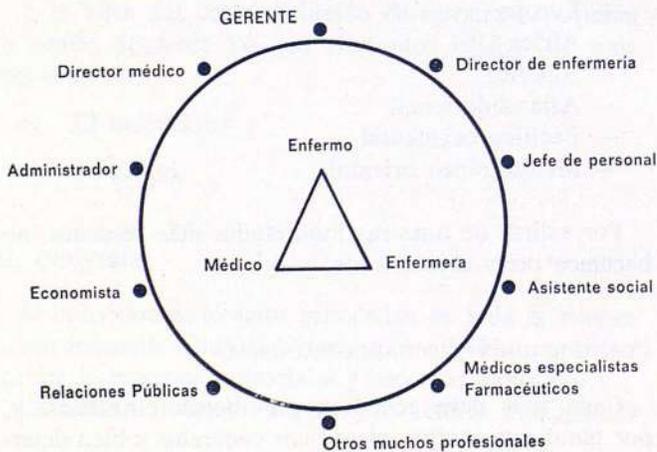
Tampoco en este apartado haremos mayores comentarios. Las conclusiones se desprenden y vislumbran sin necesidad de incidir en el tema.

PLANIFICACIÓN SANITARIA REGIONAL

Lo mismo que en el apartado anterior, pero referido a la provincia, comarca o región, podemos aplicar el gráfico precedente. Los problemas, aunque reducidos en amplitud y complejidad, se asemejan. El sistema de amplia base y unidad de dirección es definitivo.

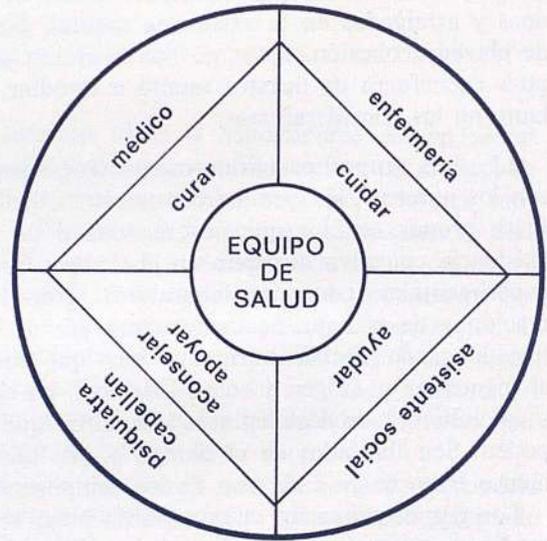
ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO SANITARIO DEL HOSPITAL

El equipo sanitario intrahospitalario es sumamente amplio. Tomado en toda su panorámica nos llevaría muy lejos de cuanto es nuestro objetivo final. Las interrelaciones resultan complejas, como hemos dicho, pero intentaremos dar una visión somera mediante el gráfico siguiente.



EQUIPO DE SALUD BÁSICO

Está basado en la asistencia directa al paciente y bajo unos criterios de cuidados científicos integrales. Esto es: De curación, mediante la participación médica; de cuidados, gracias a los profesionales de enfermería; de ayuda, a través de los asistentes sociales; de consejo y apoyo, en colaboración con los psiquiatras, psicólogos, capellanes, educadores, etc. El gráfico siguiente puede ayudarnos a comprender cómo está ideado el equipo de salud.



Como ya hemos expuesto en la primera parte los puntos fundamentales de que consta y cómo se dinamiza todo grupo social, y el equipo sanitario no es otra cosa que un grupo social primario momentáneo y persistente, no bajaremos a detalles ni nos haremos reiterativos. Sólo nos falta precisar, que antes no quisimos hacerlo, cuál es la figura del líder del equipo sanitario; cómo cambia de líder el equipo; las relaciones estructurales de los líderes entre los distintos actores del equipo, etc.

El equipo de salud, como cualquier grupo, puede estar estructurado por una serie de miembros más o menos numerosos y entre los que se destacan ciertos *status* muy diferenciados. El equipo se rodea generalmente de cierta atmósfera de rango liberal, autocrático o democrático. No nos pararemos a identificar cada una de dichas atmósferas. El equipo será quien, en definitiva, decida o acepte el rango atmosférico que sea oportuno. La aceptación de líderes resultará el elemento determinante, según aquello de que cada grupo tiene el gobernante que quiere o que puede.

En todo equipo de salud (cuando existe equipo, pues

no resulta frecuente verlo en nuestros hospitales) el líder ha sido siempre el médico. No analizaremos las causas, que han podido ser generalmente muy razonadas, justificables y aun necesarias. Lo que importa ahora es analizar el presente sin grandes detenimientos y prever el futuro con razones y argumentos científicos, que en definitiva es lo único que interesa y que tendrá peso específico.

El equipo de salud hospitalario, formado principalmente por los estamentos reflejados en el gráfico precedente y del que destacaremos primordialmente la relación *medicina-enfermería*, se dinamiza mediante la aspiración por conseguir un objetivo, en un medio determinado y con una cohesión lo más equilibrada posible. Creemos que su líder no ha de ser siempre el mismo, generalmente el médico, sino que, según las circunstancias, el liderazgo vaya pasando por los distintos elementos actores que lo componen. Pero para que podamos conseguir esta lógica aspiración equilibradora de fuerzas, se impone como imprescindible que hablemos un mismo idioma, nos situemos a un mismo nivel, respetemos las mismas reglas del juego aunque, eso sí, mirando el mismo objetivo desde ángulos diferentes. Si estos prenotandos no se respetan difícil será, creemos, pretender conseguir y mantener una cohesión firme y sólida entre los distintos actores componentes del equipo. Mas esto no se conseguirá si no es mediante el estudio profundo, amplio y ordenado en los años de la carrera; la formación continuada sería y un sen-

tido de responsabilidad digno de la causa que nos motiva. Hablar el mismo idioma, estar al mismo nivel exige mucho. Estas no son reivindicaciones callejeras, impremeditadas y superficialmente identificadas.

EQUIPO DE ENFERMERÍA

Junto con el apartado anterior, el equipo de salud y toda dinámica de grupo intradepartamental, y en este caso enfermería, se hace imprescindible. Hay que recomendar al máximo las reuniones profesionales dentro del contexto laboral que nos ayudarán en gran manera al buen resultado de nuestras funciones. Este sistema nos será de mucha utilidad a la hora de aplicar sistemas de control de calidad, de promoción profesional, de estudio de casos y de situaciones, etc.

BIBLIOGRAFIA

- FRANCESCO ALBERONI: *Cuestiones de Sociología*. Ed. Herder. Barcelona.
ROGER MUCCHIELLI: *La dinámica de los grupos*. Ed. Ibérico Europea de Ediciones, S. A. Madrid.
GISELA KONOPKA: *Trabajo Social de Grupo*. Ed. Euramérica, S. A. Madrid.

C. ESEVERRI CHAVERRI

Director de Enfermería
Jefe de la Escuela ATS San Juan de Dios. Barcelona

Pastoral hospitalaria

PSICOLOGIA DEL ENFERMO

I

PRESUPUESTOS

Antes de adentrarnos en la respuesta humana que damos los hombres al acontecimiento de *nuestro enfermar*, se hace imprescindible que advirtamos algunas de las constantes que inciden en nuestra vida y que motivan el que la *psicología del hombre enfermo* tenga unos rasgos y características singulares, como es singular la nueva situación o estado: la enfermedad.

El hombre sano

«El instinto de vida» nos hace sentir la euforia de quienes descubren su existencia como «seres para vida y la permanencia».

Desde lo más profundo de nuestro ser brota un deseo insaciable de sentirnos sanos, queriendo que nuestro mundo sea ya el nuevo, en el que la dicha y felicidad sean completas. (Cf. Ecl. 30,14; Isaías 25,8; 35,5; 65,9; la salud se prefiere a todos los bienes. De todas las formas, recordemos cómo siempre queremos más, y lo hemos repetido cantando: «tres cosas hay en la vida: salud, dinero y amor...»).

La *perfección técnica* de nuestra sociedad que ha emprendido una lucha contra la enfermedad, que aun cuando no sea suficiente, es valiosa. Nos hace abrirnos a la esperanza de que podamos tocar nosotros esos momentos de suficiencia, en que el dominio sobre la enfermedad sea una realidad¹.

Hoy, cuando casi todo nos es posible, técnicamente hablando, nadie duda ni a nadie le va a sorprender el

descubrimiento de esa droga maravillosa que domine el cáncer, como expresión del vencimiento de toda enfermedad.

Como por lo demás, nos movemos en una sociedad de *poderes económicos e influencias*, se buscan estos mismos recursos cuando la enfermedad nos sale al encuentro, no aceptando su resistencia a ser vencida, cuando para el dinero o la influencia casi nada es imposible.

Nuestra sociedad se caracteriza, además, por estar orientada y guiada por *una búsqueda del placer* hasta en los mínimos detalles de nuestro vivir. Los medios de comunicación, la sociedad de consumo en que nos movemos, dictan sus pautas orientadoras, para que todo en nosotros y en torno nuestro nos resulte cómodo y placentero: música para el trabajo o el ocio, muebles y utensilios refinados, prendas de vestir suaves, etc.

El hombre enfermo

Si todo este bagaje llevamos a nuestra situación de enfermos, como quienes están proyectados hacia la vida feliz, nadie podemos librarnos de la experiencia cotidiana del dolor y enfermedad, en nosotros o en torno nuestro.

Cuando se han querido ofrecer datos o cifras sobre el poder de la enfermedad queda uno sorprendido: «¿10 % de la población mundial? Pasan de 10 millones de epilépticos, más de 14 millones de leprosos...»². ¿Quién podrá contar los que sufren por anemias? Calculen el número de los accidentados en carretera, tren,

¹ Cf. especialmente los números 4-10 de la Constitución Iglesia-Mundo del Concilio Vaticano II.

² Galdeano, J.: *Pastoral de los enfermos*, ed. Perpetuo Socorro, Madrid 1973, pág. 52.

avión, etc., cuyos porcentajes superan los dados anteriormente. Nada digamos de las anomalías psíquicas producto de la tensión y *guerra fría* que padecemos.

Es para nosotros ineludible esta experiencia, que nos hace encontrarnos con sucesos y acontecimientos que se visten tantas veces de color dramático, al mostrarnos con tanta evidencia nuestras *propias limitaciones*.

El dolor, la enfermedad y la muerte no siempre quedan ante nosotros como situaciones claras. El dolor con su urgencia e inmediatez motiva un instintivo rechazo, sin más experiencia. La enfermedad es paso, no nuestra meta. La muerte es fin de la experiencia³.

Pero esta experiencia se hace más fuerte, cuando desde una mínima indisposición corporal nos vemos impedidos para hacer lo de siempre, o lo importante. Somos para nosotros un *mundo de sorpresas*, que nos hacen tocar tierra en la propia valía y preguntarnos en duda de existencia: «seres para la vida o para la muerte».

Podremos decir, por lo apuntado antes: ha sido un accidente, ha sido mala suerte, es algo transitorio, etc., pero nadie borrará la huella de una fibra de nuestro vivir que no sonó en esperanza.

Buscaremos todos los recursos para que la enfermedad y el dolor nos queden lejos, pero nada impedirá que existan y que tantas veces se acerquen a nosotros aunque nos resulten molestos.

El hombre luchará contra el dolor, buscará agentes que alivien estas situaciones penosas, pero persiste la convicción profunda de su no total liberación⁴.

Esta experiencia, que será enriquecedora tantas veces al posibilitar nuestra muestra de valor y virilidad, será triste experiencia en otras, porque el hombre no encuentra salida y sentido a este *valle de lágrimas*.

Sentido de lo sagrado

«La teoría primitiva del hombre sobre las dolencias internas era simple y directa. Se debían a la mágica intrusión en el cuerpo de algún objeto o demonio»⁵.

¿Qué ha pasado con esta concepción religiosa de nuestro enfermar?

A pesar de nuestros avances culturales, queda uno sorprendido la frecuencia con que pacientes aquejados de cualquier enfermedad, antes o después de recibir atención médica, han pasado por el *curandero* o la *hechicera*. La utilización de sortilegios y amuletos, no es algo que pertenezca a tiempos precedentes, sigue vivo en muchas de nuestras gentes.

El *mal de ojo* como causante de desgracias o enfermedades, la maldición, la utilización de prendas per-

sonales sobre las que se desea un mal, etc., hacen que muchos pacientes tengan una actitud de desconfianza frente a los medios técnicos empleados en su curación, si antes no se les realiza la adecuada ceremonia de liberación del mal espíritu que está en ellos.

Son muy frecuentes las mamás que recurren a formas cristianas como remedios paganos frente al nerviosismo de sus hijos, el no dormir o el estar enfermo. Piden la bendición, agua bendita o imposición de manos, que en definitiva nada tiene de utilización cristiana. Son sustitutivos de prácticas paganas, que ellos también realizan, pero que en definitiva creen tienen *más fuerza* las católicas.

Todo este trasfondo cultural religioso frente a la situación de enfermedad, que lleva a tanta gente a seguir manteniendo vivos los ritos y proceder para cada dolor o enfermedad específica: infusiones, lavatorios, verbalizaciones, etc.⁶ será una herencia que arrastran frecuentemente muchas de las personas que reciben nuestra atención, y que tendrá un sumo influjo en la misma respuesta psicológica que den a su nuevo estado.

Para muchos católicos, incluso, la relación enfermedad-pecado hará que su aceptación o rechazo tenga íntimas conexiones con ella.

La actitud originaria ante lo religioso que se hace presente al hombre como *tremendo* o *fascinante*, tendrá un gran influjo a veces inconsciente que llevará a muchos enfermos a comportarse de manera para nosotros inexplicable, pero que tampoco indicará madurez en la aceptación o repulsa del nuevo estado: ser enfermo.

Actitudes de resignación, de paz, de confianza pueden encubrir un relacionarse con lo trascendente con el temor de quien se sabe es justo y castiga siempre por los pecados.

Optimismos y despreocupaciones en momentos difíciles pueden corresponder a esta línea de religiosidad en que Dios sólo es para ellos algo maravilloso y fascinante.

Tener en cuenta esta dimensión religiosa profunda del hombre se nos hace imprescindible, si queremos servir al hombre en su realidad existencial. Su pensar y su desear tendrá casi siempre un colorido consciente o inconsciente de aspectos relacionados con lo religioso⁷.

Misterio del enfermar y del dolor

Si es importante para un creyente tener clara la idea Dios y su relación con el enfermar, siempre deberemos

⁶ Read, M.: *Cultura, salud y enfermedad*, C.E.A.-L. Buenos Aires 1968, 102.

⁷ Recordemos las posibles respuestas religiosas al enfermar: solución naturalista, vindicativa, de prueba, de purificación, de corrección, expiación, cristocéntrica, laudatoria. Cf. Sánchez, J. *Jalones para una Teología profética con los enfermos*, La Caridad n.º 226 (1970) 101-102.

³ Seem, B.: *El hombre contra el dolor*, ed. Toray, Barcelona 1965, 3. Especialmente las páginas 143-169, Mecanismos del dolor.

⁴ Seem, B. o. c. 181-182.

⁵ Cf. Seem, B. o. c. 17. La lucha contra la enfermedad quedará reducida a la lucha contra los espíritus.

advertir, que nos encontramos frente a una situación que motiva incesantes *por qué* y *para qué*, que ni la misma fe sana religiosa dará solución eficiente, aun cuando calme desde la confianza.

Estaremos ante el *misterio del enfermar* con posibles soluciones en su aceptación, que ni desde la fe cristiana encontrarán claro sentido, pero que nosotros tendremos la obligación de ayudarles a que su respuesta sea la de un adulto frente a una situación nueva.

No emitamos juicios fáciles sobre los posibles valores de la enfermedad. Tampoco seamos testigos de un fatalismo inconsecuente. Tendremos que ser respetuosos con el devenir en enfermedad, colaborando en nuestras palabras y actitudes para que el enfermo se sienta comprendido, servido y amado, en la situación de crisis que padece.

El camino sin salida, el acontecimiento inconcebible, la queja del por qué tuvo que pasarme a mí, etc., que tantas veces ahoga a nuestros pacientes, está presuponiendo un intrincado proceso psicológico que, como punto de suma, acumula todos los elementos de su vida y en el *ahora* que padece trata de ofrecer una respuesta.

Si los misterios no se pueden *domesticar*, aun cuando queramos adueñarnos de ellos como aspiración constante, se nos exige el máximo respeto para estos ángulos misteriosos que ofrece siempre el dolor y la enfermedad para el hombre⁸.

Nuestra actitud de respeto tiene que llevarnos a compartir la situación de tantos jóvenes y mayores, que en su enfermedad se interrogan sobre ella y quieren encontrar una salida de esperanza, más que una justificación racional de la misma.

Cooperar con ellos a que encuentren sentido a su enfermedad será la mejor ayuda y servicio que podemos ofrecerles.

EL «ESTAR ENFERMO»

Cuando la enfermedad aparece en el hombre como algo de lo que no puede sacudirse y que le hace constituirse en un nuevo estado: enfermo, sus relaciones con el ambiente y con las personas que le rodean se verán transformadas.

Después analizaremos las implicaciones del enfermar sobre el paciente. Nos será imprescindible que advirtamos aspectos importantes que deben tenerse en cuenta por nuestra parte cuando nos encontramos con personas enfermas.

Personas enfermas

El ambiente de misterio que rodea el hospital o la cama de un enfermo nos lleva tantas veces a un comportamiento que nos impide la natural comunicación.

⁸ Cf. Laín-Entralgo, P. *Mysterium salutis*, Madrid.

Casi no sabemos de qué hablarle, sobre qué preguntarle o cómo preguntarle, y nuestra misma voz se siente afectada.

Presentarnos ante ellos como *portadores de valores eternos*, como hombres o mujeres que buscan almas que convertir, tentación quizá frecuente en el pasado, y añoranza de muchos en el presente, sería un pecado contra la persona enferma. Es su vida entera la que está rota. El «recemos juntos para que el Señor le ayude», tiene que ser consecuencia del encuentro personal que hemos realizado con él.

La tecnificación actual de nuestros servicios hospitalarios y la incorporación de los Religiosos al nuevo ritmo que exigen los medios curativos, pueden conllevar una despersonalización de nuestros enfermos, que tenga como consecuencia, el que las personas nos pasen desapercibidas y sólo advirtamos la dolencia o enfermedad que sufre⁹.

Resulta sorprendente la mecanización que nos guía tantas veces en el trato con los enfermos. La misma premura de tantas cosas como tenemos que hacer, no sólo en el hospital, sino en nuestras mismas comunidades, impiden el que nuestra atención se centre en los otros como personas, porque esto nos trae complicaciones, al aumentar nuestro mundo de comprensión¹⁰.

La irresponsabilidad sobre los demás que conllevan nuestras actitudes egoístas en la vida, puede motivar el que al contemplar al enfermo, pasáramos junto a él «como si no lo estuviera». Total, para lo que usted tiene... Nuestro optimismo se hace falsa comunicación, que encubre nuestra misma irresponsabilidad.

El hospital o la cama no son el *garage o mesa de reparaciones* de un taller, sino lugares en los que *personas* se encuentran y exigen comprensión y amor.

Pero nuestro amor tiene que orientarse al hombre entero, como un encuentro con el hermano sin dobleces¹¹.

Las actitudes de sobre valoración —*los enfermos son héroes*— puede llevarnos también a encubrir la realidad del hombre *pedáneo* que camina en la incertidumbre o en el optimismo de su situación de enfermo. Nuestras concepciones religiosas sobre la vida, el sufrir

⁹ No resistimos a citar la descripción de F. Arduz al respecto: Las tarjetas azules que pasen por el pasillo C al consultorio 5. Ya no es él, es una tarjeta azul. Otra voz incógnita llama al 3475. Ese número es él, que tiene determinado tiempo frente a un médico, a quien no llega a conocer ni por nombre. Nuevamente llaman al 3475 para pasar a Rayos X; y por ser tarjeta azul le tocó venir al laboratorio el próximo lunes, en donde sigue siendo el 3475». Arduz, F.: *Humanización del hospital*, en LABOR HOSPITALARIA 143 (1972) 14.

¹⁰ Lochet, L.: *Introducción a una Pastoral de enfermos*, en LABOR HOSPITALARIA 130 (1969) 40 ss.

¹¹ Para los que asistimos a los enfermos, son indispensables las indicaciones que recibimos desde la Psicología del encuentro, su problemática, sus dificultades y posibilidades. Para los cristianos tenemos, además, la posibilidad de encontrarnos con Dios en el hermano, sacramento de su misma presencia.

o el mismo morir, puede llevarnos a proyectar sobre ellos ideas o motivaciones, que están muy lejos de la madurez humana y cristiana de nuestros enfermos. «Vosotros sois los predilectos de Dios, sois los santos, elegidos por Dios, pararrayos de la ira divina...» Basar nuestra comunicación con ellos en estructuras mentales semejantes o en formas quizá antes más frecuentes —«instrumentos de nuestra santificación»— encubre también una utilización de las personas enfermas y su situación, evadiéndonos de corresponsabilidad que se nos pide ante la situación de quien está enfermo¹².

Nuestra responsabilidad se amplía al tener que encontrarnos con *personas que están enfermas* y que nos exigen una apropiada valoración en nuestros juicios de valor y comportamientos con ellos. Haremos después unas indicaciones al respecto.

Novedad del enfermar

Aun cuando tantas situaciones sociales de injusticia, de despreocupación o de incultura conllevan padecimientos y enfermedades que no son novedad, sino que más bien parece condena: «hombres y niños condenados a sufrir». La verdad es que la enfermedad para el hombre hace siempre su aparición en forma novedosa.

Es un mundo de sorpresas que siempre se recibe como algo tan ocasional y fortuito, algo que viene como accidente, que nunca está acomodada a nuestra situación y actuales preocupaciones.

A pesar de la proximidad y frecuencia con que ha visto a los suyos, a sus amigos, y él mismo se ha sentido marcado por sus huellas, fue algo tan pasajero, que ni siquiera lo recordamos como haber estado enfermos.

Es curioso que al preguntar a nuestros pacientes sobre su experiencia de haber estado en anteriores ocasiones enfermo, casi siempre responden nunca haber estado; olvidaron sus múltiples achaques...

La última enfermedad ofrece tales novedades que anula situaciones anteriores.

La enfermedad es en sí un mal

Nuestras afirmaciones fundamentales sobre la fe¹³, parece las olvidamos al contemplar al hombre que sufre.

«Dios no quiere la enfermedad, no quiere que el hombre sufra y esté enfermo, porque es una imperfección de la naturaleza humana. El Señor permite la enfermedad, consiente el sufrimiento. No entraba en sus planes creadores»¹⁴.

Aun cuando pueda ser la enfermedad una gran oportu-

nidad para el bien y la realización personal, siempre exige su valoración relacionada al impacto de la persona enferma.

Si la salud es considerada como el mejor don. Su pérdida destruye los fundamentos mismos de nuestra seguridad y confianza. Perder la salud, por la misma imposibilidad que se encuentra de hacer algo por influir directamente en la recuperación, es una experiencia dura de limitación, que sólo espíritus fuertes pueden sublimar su valor.

La autonomía, la decisión, el valerse, etc., como expresión de nuestro dominio sobre las cosas y el ambiente, se hacen ahora aliadas a todos los indicadores de la enfermedad como debilitamiento.

La estaticidad de las cosas es un despertar constante de la sensibilidad del enfermo, que las encuentra ahí pero resistiendo acercarse, en su propia dificultad por conseguirla.

El mismo color de las cosas y de los acontecimientos tienen unas líneas de interpretación para el enfermo, que casi siempre pasan por presentarle aspectos que a él ahora no le interesan.

Le resulta difícil sonreír desde su mal.

Ya advertíamos, que no todo es negativo en el enfermar. Puede ser una gran oportunidad para el bien y la alegría. Pero deberemos alejar de nosotros actitudes o frases encasilladas, como quien responde sólo a cuerpos enfermos y atiende a personas que sufren.

Cada uno padece su propia enfermedad

Como la enfermedad es una experiencia personal y el hombre es un ser con su propia historia, ésta es vivida e interpretada según el resultado de la misma.

La reacción y el comportamiento de los pacientes frente a su enfermedad nos tiene que llevar a comprenderlos en su vivencia personal de la misma.

La historia personal, en todos los niveles: religiosos, sociales y psicológicos, nos recuerda una vez más, que no hay enfermedades sin más, sino enfermos que las padecen.

Para nosotros que buscamos encasillar a los enfermos desde las experiencias anteriores, para regular nuestros comportamientos sabiendo las fases de agudeza del dolor de cada enfermedad, las respuestas más frecuentes a situaciones semejantes, etc., necesitamos advertir la realidad encarnada en el hombre que sufre.

El enfermo no puede entender nuestras *frases hechas*: esto es natural que le duela, siempre pasa así, de qué se queja usted. Menos pueden comprender las comparaciones con otros pacientes. La división entre *buenos enfermos* y *malos* se hace muchas veces desde la poca molestia que nos causan, no desde la realidad vivencial de la enfermedad padecida por ese hombre concreto.

Es el enfermo que tenemos delante, con su mundo, con su historia, con su enfermedad, el que necesita ser comprendido, escuchado y servido.

¹² Sopena, A.: *La enfermedad vista por el enfermo*, en LABOR HOSPITALARIA 145 (1973) 143-144.

¹³ Necesitamos creer en las afirmaciones del libro del Génesis: «y vio Dios que era bueno lo que había hecho».

¹⁴ Galdeano, J. o. c. 52.

*Diversidad de situaciones
en que se especifica el «estar enfermo»*

Para tratar de localizar y comprender lo que pueda significar el estar enfermo para una persona determinada, debemos tener en cuenta otra serie de factores. Señalamos entre los fundamentales:

- *La edad*: niños jóvenes, mayores.
- *Causa inmediata de la enfermedad*: accidente ocasional, cronicidad de la presente situación, etc.
- *Previsión de su curación*. Muchas enfermedades o intervenciones, por haberse hecho comunes, casi no son consideradas como tales. De todas las formas, la inmediatez o lejanía con que se vea la curación, motiva actitudes diversas.
- *Parte del cuerpo afectada*: deficiencias físicas, afecciones pulmonares, traumáticas, etc. Anomalías psíquicas, por drogas, etc.
- *Lugar específico de su curación*. Todavía perdura la distinción entre los diversos centros sanitarios. La confianza hacia los mismos, lo que se espera de su eficiencia técnica y humana según los antecedentes que poseía el enfermo, le harán

sentirse a gusto o no, lo que va a influir notablemente sobre su estar enfermo.

Un centro con prestigio técnico acreditado, motiva el que la situación de enfermos de quienes allí son atendidos formen parte de los considerados privilegiados. Casi palpan desde su confianza la curación anticipada de sus enfermedades.

- *Situación ambiental*. Como complemento del prestigio técnico, el nivel de humanización y el clima humano del Hospital o medio ambiente del enfermo, si es cordial y acogedor, favorece una interpretación más llevadera del estado de enfermedad.

Las formas burocráticas entre el personal y los pacientes, son altamente agresivas para la buena aceptación del ser y estar enfermo¹⁵.

(Continuará)

¹⁵ Perulán, A.: *La enfermedad iluminada por la Palabra*, en LABOR HOSPITALARIA 142 (1971) 273.

ANGEL PERULAN, O. H.

DERECHOS DE LOS ENFERMOS DEFENDIDOS EN EL SINODO DE OBISPOS

Los cardenales George Basil Hume, arzobispo de Westminster, Inglaterra y Pericle Felice, Prefecto del Supremo Tribunal de la Signatura Apostólica, han defendido en el Sínodo de los Obispos, clausurado recientemente en Roma, los derechos de los enfermos a escuchar la Palabra de Dios y a una catequesis apropiada.

CARDENAL GEORGE BASIL HUME

...El arzobispo de Inglaterra pone de relieve, a continuación, dos puntos concretos: el derecho de los enfermos mentales a escuchar la predicación de la Palabra de Dios y la posibilidad de acogerla para crecer en la fe.

EL CARDENAL DE LA SAGRADA CONGREGACION

Afirma que es necesario interesarse por la catequesis de los enfermos, especialmente de los niños y de los jóvenes, los cuales muchas veces, aun sufriendo enfermedades graves y largas, poseen relevantes dotes espirituales y morales. Mas el que imparte esta catequesis ha de tener en cuenta la psicología singular de estos enfermos, que con frecuencia se encuentran abandonados, acusan carencias afectivas y, por consiguiente, son propensos a la desconfianza y a desórdenes morales. Mientras se emplean todos los medios para que se recupere la salud y se soporte la enfermedad con fortaleza, es necesario, desde el punto de vista ascético, favorecer lo que Pablo VI llamó «vocación al dolor», ayudando al joven enfermo a descubrir la sublimidad de la «ciencia de la cruz» y el valor del dolor en el apostolado. Cada enfermo debe ser apóstol de los hermanos que padecen también enfermedad. Muchos enfermos se lamentan de que, mientras el Papa habla tanto de estas verdades, los catequistas modernos las silencian o hablan poco de ellas. Es una queja que merece atención; son observaciones hechas por los que sufren, denominados por Pablo VI «transferencias de Cristo».

IMPORTANCIA DE LA PASTORAL EN EL HOSPITAL*

El 25 de enero de 1966 marca un hecho importante en la historia hospitalaria de la provincia de Quebec: la fusión de dos asociaciones hospitalarias, la asociación de hospitales católicos de la provincia de Quebec, nacida en 1962 de otras cuatro asociaciones católicas, y la Asociación de hospitales de Quebec, asociación de carácter no-confesional, fundada en 1956. De esta unión surgía la Asociación de hospitales de la provincia de Quebec de la que un artículo de la nueva carta consagraba su carácter multiconfesional: «La Asociación es un grupo en el que cada uno de sus miembros puede exponer libremente sus ideas conforme a la fe y a la moral de su confesión y obtener los servicios consiguientes necesarios» (art. 30a).

Este mismo día se clausuraba en todo el mundo la Semana por la unidad; católicos y protestantes se agrupaban en las iglesias, en los templos y en las plazas públicas para implorar, con una plegaria ecuménica sincera, la unidad espiritual por la que el mismo Cristo había orado. Sin embargo, un creyente puede no ver más que una simple coincidencia en el hecho de que, al mismo tiempo, en Quebec, católicos, protestantes y judíos se agrupasen en una asociación para poner en común, desde entonces, sus talentos, sus esfuerzos y sus recursos, a fin de prestar a todos los enfermos los mejores cuidados médicos y espirituales.

Este artículo se limita a los cuidados religiosos y espirituales de nuestros hospitales. Se imponen algunas preguntas: ¿reconoce la Asociación de hospitales de la provincia de Quebec la dimensión espiritual de los enfermos?, ¿es que cuida, no sólo de los cuerpos, sino también de las almas?, ¿qué hace para asegurar el cuidado total del enfermo?, ¿existen muy pocas asociaciones en América del Norte y también en Europa que, multiconfesional o católica, tengan un servicio de pastoral? La carta de hospitales de la provincia de Quebec dice lo siguiente:

«Los miembros de cada confesión o denominación religiosa pueden obtener un servicio de pastoral confesional. Para cada uno de estos servicios se requiere:

— El director y, según las necesidades, los directores adjuntos, son designados por la autoridad eclesiástica competente y nombrados por el Consejo de administración de la Asociación.

— La constitución y política general está precisada por los responsables, consultando previamente a los

miembros de la misma confesión o denominación religiosa y a las autoridades eclesiásticas competentes, y con la aprobación del Consejo de administración.

— Puede realizarse toda iniciativa de estudio y actividad, juzgadas oportunas para conseguir los objetivos particulares (art. 30b).

En otros términos, la Asociación de hospitales de la provincia de Quebec asegura por su constitución:

— Que cada denominación religiosa pueda obtener dentro de la Asociación un servicio de pastoral confesional.

— Que pueda ponerse un director como jefe de cada servicio de pastoral confesional.

— Que este director, según las necesidades, se ayude de uno o dos adjuntos.

— Que el nombramiento del director y de los adjuntos se realice mediante una consulta a las autoridades religiosas de la denominación y del consejo de administración.

— Que la constitución de cada servicio de pastoral y su programa de acción sean elaborados por el director y los adjuntos, de acuerdo con las autoridades y miembros de la denominación.

— Que la constitución del servicio y el implantar una política general o programas de acción lleven el placet del consejo de administración.

— Obtenida la aprobación del consejo de administración, el director y los adjuntos pueden comenzar a trabajar todas las iniciativas que les permitan conseguir los objetivos.

¿Podrá presentarse una asociación hospitalaria más justa, más ecuménica y más generosa en su colaboración con los organismos religiosos?

Además, la Asociación de hospitales de la provincia de Quebec reconoce el servicio o servicios de pastoral como parte integrante de su estructura y de sus actividades. Para convencerse, sólo hay que leer algunas páginas de la segunda memoria que mandó la A.H.P.Q. en septiembre pasado a la Comisión de Castonguay. Esta relación de 88 páginas, después de una nota histórica sobre la formación de la Asociación y una breve exposición sobre su estatuto jurídico, su naturaleza y sus fines, presenta el programa de sus actividades: 1, relaciones públicas; 2, educación; 3, relaciones de trabajo; 4, búsqueda y documentación; 5, pastoral. La A.H.P.Q. tiene cinco campos de actividad y la pastoral es uno de ellos; luego explica a los comisarios los objetivos del sector pastoral:

* Cfr. *L'Hopital d'aujourd'hui*.

— Ayudar a los hospitales para satisfacer mejor los deberes de cara a las necesidades espirituales de los enfermos: búsqueda, consulta, documentación.

— Difundir el mensaje religioso: cursos, jornadas de estudio, publicaciones.

— Según la necesidad, servir de intermediario entre las autoridades civiles y religiosas.

En fin, la A.H.P.Q. consagraba definitivamente la inserción de la pastoral entre las disciplinas hospitalarias, a raíz del congreso de Montreal, el 15 de mayo pasado. La asamblea general sancionó, en efecto, por mayoría lo siguiente:

«Teniendo en cuenta la importancia del papel del capellán en el hospital; teniendo también en cuenta la necesidad de que el servicio de pastoral esté integrado en los otros servicios del hospital, se ha propuesto que la A.H.P.Q. recomiende a sus miembros, habida cuenta de la situación particular de cada uno, que considere el servicio de pastoral con idéntico título que los otros servicios del hospital y poner al capellán como jefe de dicho servicio».

¿Es evidente que la A.H.P.Q. había cuidado de la dimensión espiritual de los enfermos?

La Asociación multiconfesional está pronta a secundar eficazmente los esfuerzos de las denominaciones religiosas que quieran trabajar entre los fieles enfermos para fortificar las ayudas de la fe. Está pronta para hacer suyo, por así decirlo, el celo y la solicitud. Tal es, pues, la posición oficial de la A.H.P.Q. en cuanto a pastoral. Pero, ¿qué hay en realidad?, ¿existe ahora en la A.H.P.Q. uno o más servicios de pastoral?, ¿cuál es su constitución?, ¿cuáles los objetivos y las realizaciones del año?, ¿se tienen proyectos para el porvenir? Actualmente no existe más que un solo servicio de pastoral. No podemos olvidar que la A.H.P.Q. hace apenas dos años que existe.

Algunos meses después de la creación de la A.H.P.Q., el sacerdote Chouinard fue el primer director del servicio de pastoral católica. Por su rica y simpática personalidad, por su competencia, fue rápidamente apreciado, y cuando en septiembre pasado, dejó la dirección del servicio para ocupar altas funciones en la diócesis de Quebec, su sucesor heredó un servicio en pleno movimiento, bien orientado y, sobre todo, perfectamente integrado en la vida de la A.H.P.Q.

¡Qué provechosa es esta inserción del servicio de pastoral en el equipo permanente de la A.H.P.Q.! Gracias a ella, el director del servicio de pastoral debe someterse, para un mayor bien de su servicio, a las reglas y al ritmo acelerado de una administración científicamente planificada y eficaz: trabajo en equipo bajo el hábil y dinámico mandato del director general, elaboración de programas de búsqueda y acción con proyectos a corto y largo plazo, reuniones de control, auto-crítica.

Todos los conocimientos de cada uno —mis hermanos

están diplomados en comercio, en derecho, en relaciones industriales, en ciencias políticas, en administración hospitalaria— todos los conocimientos de cada uno, repito, se ponen voluntaria, espontáneamente en común, pues cada miembro del equipo tiene sobre todo un ideal: servir lo más eficazmente posible al mundo hospitalario. ¿Qué provecho no saca el director con un ambiente así y con los contactos cotidianos con sus hermanos y con las personas más sobresalientes en el campo hospitalario? Su servicio goza, como los otros, de las ventajas de un secretariado bien organizado y dotado de los aparatos más modernos.

¿Cuáles eran los objetivos del servicio de pastoral que aprobó el consejo de administración el pasado septiembre?:

— Preparar un curso para capellanes.

— La colaboración con la Asociación de capellanes de hospital de la provincia de Quebec: presencia en el comité ejecutivo y ayuda en la realización de sus objetivos.

— Estudio de la noción de comité de pastoral en el hospital y formación de tales comités.

— Colaboración con los comités de pastoral de Montreal y de Quebec.

— Reuniones a nivel regional.

— Intensificación de la colaboración entre capellanes católicos y pastores de otras denominaciones religiosas.

— Estudio de los problemas morales dados por la ley de aborto y de anticonceptivos.

He aquí algunas realizaciones:

— En enero pasado se dio un curso de iniciación a un grupo de 35 capellanes de Quebec. Estos cursos completaban un folleto del sacerdote Chouinard. Verdadera guía del nuevo capellán, que fue enviada a 275 capellanes de hospital de Quebec.

— Después del congreso de junio de 1967, los capellanes de Quebec ponían, por voto, al director del servicio pastoral de la A.H.P.Q. entre los miembros del Ejecutivo.

La colaboración entre la Asociación y el servicio de pastoral fue muy intensa durante el año por la organización de cursos de iniciación, encuentros regionales de capellanes, ciertas experiencias pastorales y la preparación de un congreso.

— En muchos lugares de la provincia se intentó establecer comités de pastoral hospitalaria que permitiera a los laicos, a las religiosas y capellanes colaborar entre sí y encontrar, en diálogo, los medios más eficaces para llevar a los enfermos los mejores medios espirituales.

— En Montreal, el director del servicio de pastoral fue invitado a reuniones de laicos y capellanes, organizadas por el responsable de la pastoral hospitalaria, P. Beauregard. Estas reuniones tenían como idea establecer el fin específico del capellán en el hospital y determinar la colaboración que los laicos esperan del sacerdote.

— La A.H.P.Q., ha reunido, por razones de eficacia,

los 211 hospitales miembros en ocho regiones administrativas. Por mandato del director general, el director del servicio de pastoral ha recorrido todas las regiones, a fin de realizar un primer contacto con los capellanes y directores y discutir con ellos los problemas que preocupan después de tanto tiempo a unos y otros. Hemos estudiado juntos las funciones del capellán de hospital, su estatuto en el hospital, el salario y condiciones de trabajo, las cualidades del capellán y las modalidades de su nombramiento.

Ante la Comisión de Castonguay, los representantes de la A.H.P.Q. enumeraron como una de las funciones del servicio de pastoral la posibilidad de hacer de intermediario entre las autoridades religiosas y civiles. Con la aprobación de los interesados, dieron a conocer a los obispos de Quebec en un primer documento de cuatro páginas, los puntos clave, las críticas y recomendaciones que los directores habían formulado en un diálogo, considerado de gran altura por las cualidades de espontaneidad y franqueza.

Estos encuentros a nivel regional han sido de lo más interesante. Lo que anima es ver el acuerdo entre directores en los puntos más importantes. Lo que unos critican y reclaman, lo hacen los otros; el ideal de unos es el ideal de los otros. Los primeros jalones del diálogo que acaban de ponerse nos permitirán desembarazarnos de métodos y comportamientos anquilosados; nos permitirán de suyo una superación en la que los enfermos serán los primeros beneficiarios, pero no sólo ellos.

— El contacto con los capellanes de otras denominaciones no pasa de ser un incentivo a raíz del último congreso de la A.H.P.Q. En los meses de verano se tendrá con ellos una consulta sobre el estatuto del capellán y sus condiciones de trabajo.

— En fin, el problema del aborto tuvo sus preocupaciones en el director del servicio de pastoral. Cuando fue presentado ante el parlamento el proyecto C-195, el director general me ordenó que hiciera llegar a los hospitales toda la documentación que pudiera encontrar sobre el tema. El director general me mandó presentar también, ante el consejo de administración, un trabajo sobre el aborto. Después de la exposición y discusión, el consejo de administración decidió dejar para más tarde el estudio del proyecto ante el parlamento y reclamar la protección de la ley para los establecimientos e individuos que se opusieran a toda práctica abortiva.

¿Cómo se ve el futuro? En su referencia a la asamblea general de la A.H.P.Q., el presidente de la Asociación, Dr. Andrés Pothier, dijo:

«Nuestro servicio de pastoral se ha preocupado este año de perfeccionar a los responsables de la pastoral a nivel regional, tanto con los administradores como con los capellanes. Estos encuentros habrán permitido cambios que ayudarán, sin duda, a la promoción de este importante sector del servicio hospitalario.

La acción del servicio de pastoral de la Asociación deberá recurrir a otros campos. En este campo, más que en otros quizá, pertenecerá a cada uno de nosotros indicar la prioridad y sugerir los medios más apropiados de acción».

¿Convendría abandonar los objetivos del año pasado? Ciertamente no, pues no han sido atendidos completamente.

Así, la Asociación de capellanes de hospital de Quebec desea organizar una serie de cursos de pastoral hospitalaria en colaboración con los PP. Dominicos de Montreal y el Instituto de pastoral de la Universidad Laval de Quebec, y el servicio de pastoral de la A.H.P.Q. será invitado a colaborar activamente. Convendrá preparar una sesión especial para los 27 de los 35 participantes a los cursos de iniciación de enero pasado que han solicitado vivir juntos una semana de dinámica de grupo con el Dr. María-Andrés Bertrand. Si los capellanes de lugares lejanos no pueden desplazarse fácilmente para asistir a los cursos, ¿no se debería mirar la posibilidad de ir a ellos y organizar con los administradores del lugar, los médicos, enfermeras, capellanes, jornadas de estudio adaptadas a su medio?

En cuanto a ecumenismo se refiere, ¿no podría celebrarse en nuestros hospitales la próxima semana de la Unidad cristiana como se celebró con tanto éxito en enero pasado en el hospital real Victoria de Montreal, gracias al llamamiento del director general y al acuerdo entre los capellanes de diferentes denominaciones?

Mejorar los servicios abiertos; abrir nuevos caminos, he aquí un programa espléndido. Programa muy extenso capaz de agotar al director del servicio de pastoral, porque está solo. Sin embargo, está lleno de confianza. Todavía tiene presentes las palabras del Dr. Pothier:

«En el dominio de la pastoral, mejor quizá que en otro, convendrá que cada uno de nosotros indiquemos los puntos principales y sugiramos los medios más apropiados de acción».

¿A qué se refiere el Dr. Pothier, cuando dice «nosotros»? A los administradores, religiosas, enfermeras, médicos, capellanes de los hospitales de la A.H.P.Q.: todo el equipo hospitalario. El director del servicio de pastoral no está solo.

Así, la primera idea de su programa será escuchar. Para ver qué es lo principal en el programa de su actividad, quiere escuchar a quienes después de varios años consagran sus talentos, su vida al servicio de los hospitales y de los enfermos. Quiere escuchar a todos y cada uno, pues está convencido de que puede aprender de todo el personal hospitalario, no sólo bajo el plano técnico, sino más aún en el orden del servicio y del amor.

JEAN-MARC DAOUST, S. I.

Director del servicio de Pastoral de la Asociación de hospitales de la Provincia de Quebec

Noticario

NUEVO PROVINCIAL DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

El día 31 de julio fue elegido provincial el hermano Gabino Gorostieta.

El nuevo provincial de Aragón está íntimamente ligado a LABOR HOSPITALARIA. Durante largo tiempo ha venido desempeñando la labor silenciosa de la supervisión de la revista, en lo tocante a la parte dogmática y religiosa, cargo para el que fue designado por el arzobispo de Barcelona.

En el último número de LABOR HOSPITALARIA todo él dedicado al aborto, el hermano Gabino puso destacado empeño en que, en materia tan importante y delicada, quedara bien clara la postura que siempre ha mantenido la Iglesia sobre el derecho a la vida de los no nacidos.

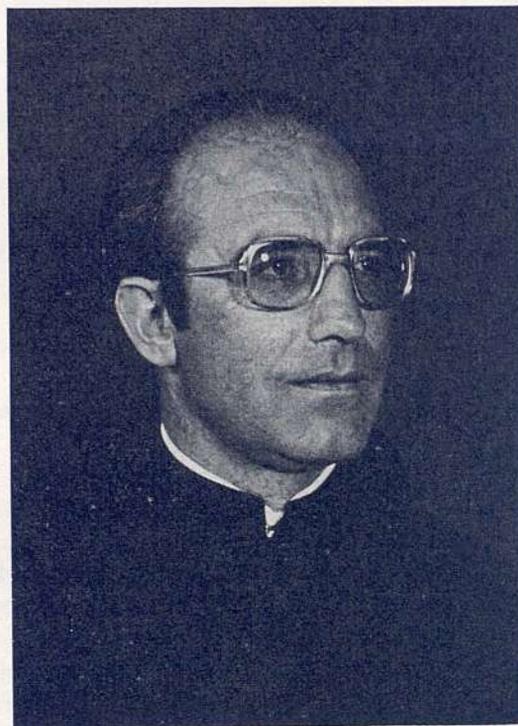
DATOS BIOGRAFICOS

El hermano Gabino Gorostieta nació en Larumbe, Navarra, el día 26 de febrero de 1937. Sus padres Antonio y Dionisia dispusieron fuera bautizado en la iglesia parroquial de Larumbe, dos días después del nacimiento del niño.

El día 5 de enero de 1950 ingresó en la escuela apostólica San Juan de Dios, de Barcelona, donde prosiguió los estudios de preparatoria que culminaron con los de bachillerato, en el instituto nacional de Segunda Enseñanza, Ausias March, de Barcelona.

El postulante lo realizó en San Baudilio de Llobregat, del 29 de noviembre de 1953, al 7 de marzo de 1954 que empezó el noviciado en Calafell. Los primeros votos los emitió al año siguiente en la fiesta de san Juan de Dios, y los ratificó con su consagración solemne, el 5 de marzo de 1961.

Al finalizar el noviciado pasó a San Baudilio de Llobregat y en el curso 1955-56, inició la carrera sacerdotal. El 9 de septiembre de 1956 pasó al escolasticado de Barcelona y al empezar el curso 1958-59 se trasladó



a Salamanca para continuar la carrera sacerdotal en la Universidad Pontificia que culminó el curso 1964-65 con la licenciatura en Teología en la misma Universidad Pontificia de Salamanca y con los estudios de Catequética, en el Instituto Pontificio San Pío X de la misma ciudad.

Se ordenó de subdiácono, el 5 de abril de 1964, en Salamanca. En diciembre de 1964 de diácono en Barcelona y el 11 de julio de 1965 el obispo de Salamanca lo consagró sacerdote. Celebró su primera misa en Pamplona, el 25 de julio. En septiembre pasó a Calafell de capellán en el sanatorio marítimo. En octubre de 1966 llegó a Barcelona, como capellán y secretario provincial. En el Capítulo Provincial de 1971 fue elegido segundo definidor provincial. En 1974 primer definidor provincial. Asistió al Capítulo General de 1976 y en el Capítulo Provincial del 77 es elegido provincial de Aragón.

ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERIA

Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería.

La disposición transitoria segunda, apartado siete, de la Ley General de Educación catorce/mil novecientos setenta, de cuatro de agosto, dispone que las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se convertirán en Escuelas Universitarias o Centros de Formación Profesional, según la extensión y naturaleza de sus enseñanzas. Parece oportuno determinar cuáles de las actuales Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios deben pasar a integrarse en la Universidad como Escuelas Universitarias y proceder a su reglamentación sin perjuicio de la posible transformación de otras en el futuro, bien en Escuelas Universitarias, bien en Centros de Formación Profesional.

En su virtud, previos los informes de la Junta Nacional de Universidades y del Consejo Nacional de Educación y con dictamen del Consejo de Estado, a propuesta del Ministro de Educación y Ciencia y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día veintitrés de julio de mil novecientos setenta y siete,

DISPONGO:

ARTÍCULO PRIMERO

Uno. A tenor de lo previsto en la disposición transitoria segunda, apartado siete, de la Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios actualmente existentes en las Facultades de Medicina se convierten en Escuelas Universitarias integradas en la Universidad, siéndoles de aplicación lo dispuesto en el Decreto dos mil doscientos noventa y tres/mil novecientos setenta y tres, de diecisiete de agosto, y normas complementarias que lo desarrollen.

Dos. Las actuales Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios dependientes de otros Departamentos Ministeriales o del Instituto Nacional de Previsión se convertirán en Escuelas Universitarias, previa solicitud de aquéllos al Rectorado de la Universidad a la que deban quedar adscritas. Oída la Junta de Gobierno de la Universidad, el Rectorado remitirá la solicitud con su informe al Ministerio de Educación y Ciencia, que resolverá en el plazo de treinta días.

Serán de aplicación a estas Escuelas Universitarias lo dispuesto en el artículo ciento treinta y seis, uno, de la Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, en el Decreto dos mil doscientos noventa y tres/mil novecientos setenta y tres, de diecisiete de agosto, y en el presente Decreto.

Tres. Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios no incluidas en el apartado anterior podrán transformarse

en Escuelas Universitarias mediante su adscripción a una Universidad estatal o su integración en una Universidad no estatal, en la forma y bajo el régimen que establece el mencionado Decreto dos mil doscientos noventa y tres/mil novecientos setenta y tres, de diecisiete de agosto.

Cuatro. Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios mencionadas en los apartados dos y tres del presente artículo que no se transformen en Escuelas Universitarias podrán impartir enseñanzas de Formación Profesional de la rama sanitaria en la forma que reglamentariamente se determine.

ARTÍCULO SEGUNDO

Uno. Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios integradas en las Universidades, las que se adscriban a las mismas, así como las que puedan crearse en el futuro, se denominarán Escuelas Universitarias de Enfermería.

Dos. La duración de los estudios de las Escuelas de Enfermería será de tres años, conforme dispone el artículo treinta y uno de la Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa.

ARTÍCULO TERCERO

Uno. Las Universidades podrán proponer al Ministerio de Educación y Ciencia, cuando las circunstancias lo aconsejen:

- a) La creación de nuevas Escuelas Universitarias de Enfermería.
- b) El aplazamiento de la integración hasta el curso mil novecientos setenta y ocho-setenta y nueve.
- c) La clausura de determinadas Escuelas.
- d) La conjunción de dos o más de ellas en un solo Centro.

e) La adscripción de Instituciones hospitalarias como Centros de Prácticas a las Escuelas Universitarias, así como el establecimiento, dentro de las normas generales que a tales efectos se dicten, de convenios de colaboración con otras Instituciones hospitalarias a los efectos de realización de prácticas por el alumnado.

Dos. Las propuestas relativas a los puntos b), c) y d) del apartado anterior deberán remitirse, en el plazo de quince días a partir de la publicación del presente Decreto, al Ministerio de Educación y Ciencia, que resolverá a tenor de las razones alegadas.

Tres. Cuando, a propuesta de la respectiva Universidad, el Ministerio de Educación y Ciencia resuelva el aplazamiento de la integración de una Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios, será de aplicación a la misma lo dispuesto en la disposición transitoria primera del presente Decreto.

ARTÍCULO CUARTO

Uno. La Dirección General de Universidades, a propuesta de los respectivos Rectores, nombrará una Comisión Gestora por cada Escuela con el fin de dirigir el desarrollo de su integración.

Dos. La Comisión estará constituida por cuatro Profesores numerarios de la Facultad de Medicina, de los cuales al menos uno será Catedrático de Universidad, pertenecientes a Departamentos afines a las enseñanzas de estas Escuelas, por el Director, un Profesor y un alumno de la que se integra, y un representante del Colegio Pro-

fesional. El Presidente de esta Comisión será designado por el Rector de entre sus componentes.

Tres. Esta Comisión asesorará al Rector en los siguientes aspectos:

a) Elaboración, conforme a lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley General de Educación, de los planes de estudio incluidos los de especialización y a que alude el párrafo cuarto del artículo treinta y nueve de la Ley General de Educación, aprobación del plan general que el Profesorado de la Escuela presente para el desarrollo de las correspondientes disciplinas de los cursos en cada una de las asignaturas, prestando al Profesorado, por medio de reuniones periódicas, cuantas ayudas y colaboración requieran.

b) Organización, en colaboración con los Institutos de Ciencias de la Educación y los Departamentos de la Universidad, de cursillos de perfeccionamiento del Profesorado.

c) Continuidad en sus funciones docentes del actual Profesorado de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, asignando al mismo la enseñanza de las materias correspondientes en los nuevos planes de estudio.

En el supuesto de no existir en las actuales Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios Profesorado que pueda impartir las enseñanzas correspondientes a los nuevos planes de estudios para que se impartan a partir del año mil novecientos setenta y siete-setenta y ocho, la Comisión podrá proponer al Rector la designación de los Profesores necesarios.

Cuatro. Las Comisiones quedan facultadas para solicitar al Rectorado la incorporación a las mismas de Catedráticos, Profesores agregados o Profesores adjuntos de Universidad, al solo efecto de colaborar en la supervisión de cada una de las materias impartidas en las Escuelas.

Cinco. Al fin de cada curso, la Comisión Gestora elevará el informe al Rector sobre el desenvolvimiento de la incorporación de los sucesivos cursos de la Escuela en la Universidad, sin perjuicio de poner en su conocimiento las incidencias de todo orden que al respecto puedan producirse.

Seis. Las Comisiones quedarán disueltas tras la implantación y desarrollo completo de los Estudios de estas Escuelas Universitarias.

ARTÍCULO QUINTO

Uno. En el año académico mil novecientos setenta y siete-setenta y ocho se implantará, con carácter general, el primer curso de las Escuelas Universitarias conforme al sistema y régimen de la Ley General de Educación. El segundo y tercer curso de estas enseñanzas se implantarán, respectivamente, en los años académicos mil novecientos setenta y ocho-setenta y nueve y mil novecientos setenta y nueve ochenta.

Dos. Los planes de estudios de las enseñanzas a que se refiere el apartado anterior serán elaborados por las propias Universidades, de acuerdo con las directrices que marcará el Ministerio de Educación y Ciencia, según dispone el artículo treinta y siete de la Ley General de Educación.

Tres. A partir del año académico mil novecientos setenta y siete-setenta y ocho sólo tendrán acceso a las enseñanzas de las Escuelas Universitarias de Enfermería quienes hayan superado el Curso de Orientación Universitaria

o estén habilitados legalmente para el acceso a los estudios universitarios y cumplan los requisitos establecidos por la legislación vigente.

Cuatro. Los alumnos que concluyan los estudios conforme a lo dispuesto en este artículo obtendrán el título de Diplomado en Enfermería, que habilitará para el ejercicio profesional, con los derechos, atribuciones y prerrogativas que determinen las disposiciones legales.

Cinco. Los estudios especializados que se cursen en las Escuelas Universitarias de Enfermería por los graduados en ellas darán derecho a un certificado acreditativo de los mismos con los efectos previstos en el párrafo cuarto del artículo treinta y nueve de la Ley General de Educación.

ARTÍCULO SEXTO

Se autoriza al Ministerio de Educación y Ciencia para dictar las disposiciones precisas para la ejecución y desarrollo de lo establecido en este Decreto, que entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el *Boletín Oficial del Estado*.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA

Uno. Excepcionalmente, a petición razonada de la respectiva entidad titular, el Ministerio de Educación y Ciencia podrá autorizar a las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios que no se transformen en Escuelas Universitarias, o que aplacen su integración a admitir en el curso mil novecientos setenta y siete-setenta y ocho matrícula del primer curso de las enseñanzas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, pudiendo continuar la impartición de aquéllos, incluidos los de especialidades reconocidas por el régimen de la legislación anterior, hasta que los alumnos matriculados por primera vez en dicho curso concluyan sus estudios conforme al mencionado régimen.

Dos. Los alumnos matriculados en el año académico mil novecientos setenta y seis-setenta y siete en las actuales Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, así como los que inicien sus estudios en el curso mil novecientos setenta y siete-setenta y ocho al amparo de lo establecido en el apartado anterior, continuarán aquéllos conforme a los planes y régimen vigentes con sujeción a lo establecido en la disposición transitoria primera, punto dos, de la Ley General de Educación.

Tres. Los alumnos que concluyan sus estudios en los supuestos contemplados en esta disposición transitoria obtendrán el título de Ayudantes Técnicos Sanitarios, conforme a la legislación anterior y con los efectos que en ésta se reconocían.

Cuatro. Las enseñanzas a que se refieren los apartados anteriores serán impartidas por el Profesorado de las actuales Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

SEGUNDA

Quienes estén en posesión de los títulos de Practicante, Enfermera o Matrona, o Ayudante Técnico Sanitario, tendrán, a la terminación del curso mil novecientos setenta y nueve ochenta, los derechos profesionales y corporativos que, en su caso, se atribuyan a los nuevos Diplomados en Enfermería.

TERCERA

Uno. Quienes se encuentren en posesión del título de Practicante, Enfermera, Matrona o Ayudante Técnico Sanitario y deseen obtener el título de Diplomado en Enfermería, deberán superar en un plazo de cinco años, contados a partir del uno de enero de mil novecientos ochenta, las pruebas de suficiencia que en atención a los estudios realizados se determinen por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Dos. Para los alumnos que por aplicación del párrafo uno de la disposición transitoria primera comiencen sus estudios de Ayudante Técnico Sanitario en el curso de mil novecientos setenta y siete-setenta y ocho, el cómputo del plazo señalado en el párrafo anterior se iniciará el uno de enero de mil novecientos ochenta y uno.

CUARTA

Uno. El Profesorado de los Centros a que se refiere el apartado uno del artículo primero del presente Decreto que imparten las actuales enseñanzas de Ayudantes Técnicos Sanitarios continuará con el mismo régimen administrativo y económico hasta la total extinción de las mencionadas enseñanzas.

Dos. El Profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería quedará sometido al mismo régimen económico y administrativo que el Profesorado de las actuales Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, hasta tanto se creen las plazas correspondientes a aquellos Centros en las respectivas plantillas presupuestarias.

Dado en Madrid a veintitrés de julio de mil novecientos setenta y siete.

JUAN CARLOS

El Ministro de Educación y Ciencia
Iñigo Cavero Lataillade

BOE 22 de agosto de 1977

EL CONSEJO DE LA «INTERNATIONAL FEDERATION OF HOSPITAL ENGINEERING» SE REUNE EN BARCELONA

Durante los días 4 y 5 de julio, celebró en Barcelona sus sesiones anuales de trabajo, la *International Federation of Hospital Engineering* (I.F.H.E.). Dichas sesiones han sido organizadas por la «Asociación Española de Ingeniería y Arquitectura Hospitalaria», de reciente creación en Barcelona y con ámbito nacional.

El Consejo ha tratado primordialmente de la organización del «V Congreso Internacional de Ingeniería y Arquitectura Hospitalaria», que se celebrará en Lisboa a fines de mayo de 1978. Asimismo ha estudiado la creación de Cursos Internacionales de Formación y otras posibles actividades a desarrollar en años venideros.

El Consejo de IFHE y la Junta de AEDIAH celebraron una sesión conjunta, en la que se abordaron problemas comunes y se proyectó promover el desarrollo de nuevas técnicas tendentes al mejoramiento de los cuidados que se aplican al enfermo y a los referentes a la prevención sanitaria.

El Consejo y la Junta fueron recibidos por el Rector Magnífico de la Universidad Politécnica de Barcelona, quien compartió con sus miembros, interesándose por los



El grupo de la I.F.H.E. visita un centro hospitalario de Barcelona

temas tratados. La Universidad Politécnica y AEDIAH estudian la posibilidad de introducir en el ciclo de Doctorado los estudios de las especialidades de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria.

Entre los actos programados figuraron sendas visitas, al Hospital del Sagrado Corazón, Residencia Príncipes de España, y a las obras de construcción del Hospital Oncológico.

DECLARACION ETICA DE LA PSIQUIATRIA

La Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría ha acordado las siguientes normas éticas para los psiquiatras en el mundo entero:

1. El objetivo de la Psiquiatría es promover la salud, la autonomía personal y el desarrollo del individuo. Dentro del alcance de sus conocimientos y habilidades, y de acuerdo con principios científicos y éticos reconocidos, el psiquiatra deberá servir al mejor interés del paciente y ocuparse asimismo por el bien común y la distribución justa de los recursos de salud.

2. A cada paciente deberá proporcionársele la mejor terapia disponible y se le ha de tratar con la solicitud y respeto debido a la dignidad de todo ser humano y a la autonomía de su propia vida y salud.

3. La relación terapéutica entre el paciente y el psiquiatra parte de un acuerdo mutuo. Dicha relación exige confianza, secreto profesional, franqueza, cooperación y responsabilidad de parte de ambos.

4. El psiquiatra ha de comunicar al paciente la naturaleza de su enfermedad, el diagnóstico, los procedimientos terapéuticos que propone utilizar —con las alternativas posibles— y el pronóstico.

5. No se deberá llevar a cabo ningún procedimiento o tratamiento contrario a la voluntad del enfermo o sin contar con ésta, a menos de que el paciente sea incapaz de expresar sus propios deseos.

6. Tan pronto cesan las condiciones que justifican el

tratamiento compulsivo, el paciente debe ser dado de alta, a no ser que él o ella, voluntariamente, consientan que continúe el tratamiento.

7. El psiquiatra nunca deberá utilizar las posibilidades de su profesión para maltratar a individuos o a grupos.

8. Cualquier cosa que el enfermo ha dicho al psiquiatra o que éste ha notado durante el examen médico o el tratamiento deberá considerarse materia confidencial, a menos de que el paciente mismo exima al psiquiatra de la obligación de mantener el secreto profesional.

9. El incremento y la difusión de los conocimientos y las técnicas de la Psiquiatría requiere la participación de los pacientes. No obstante, antes de presentar un paciente ante una clase es preciso obtener su debido consentimiento; igualmente, siempre que sea posible, cuando se publica una historia clínica.

10. Todo paciente o sujeto de investigación tiene plena libertad para retirarse, por cualquier razón y en todo momento, de cualquier tratamiento voluntario y de cualquier programa de enseñanza o investigación científica en que él o ella esté participando.

PROYECTO DE LEY SOBRE TRASPLANTE DE ORGANOS

El Presidente de Francia ha examinado un proyecto de ley, que se conoce como *Ley Caillavet*, nombre de su autor. La ley pretende autorizar la toma de órganos, para realizar trasplantes, del cadáver de cualquier persona que no hubiera dado a conocer en vida su negativa a la realización de esta toma.

Articulado de la ley de M. Caillavet:

Artículo primero. Para realizar injertos de órganos puede practicarse cualquier toma del cadáver de una persona desde el momento en que se compruebe el fallecimiento; si no ha dado a conocer, mientras estaba viva, su negativa a que se realice la toma.

Si se trata de un menor o de un incapacitado, esta negativa puede emanar de su representante legal.

Artículo segundo. Sin perjuicio del reembolso de todos los gastos que puedan ocasionar, las extirpaciones de órganos previstas en el artículo anterior no pueden dar lugar a ninguna contrapartida pecunaria.

Artículo tercero. Un decreto del Consejo de Estado, basado en el informe del Ministro de Sanidad y del Ministro de Justicia, determinará las modalidades de aplicación de la presente ley, y especialmente las condiciones en que deberá comprobarse la realidad de la muerte, así como las circunstancias en que haya llegado a conocimiento del cuerpo médico la negativa a la extirpación prevista en el artículo precedente, que puede ser considerada nula.

Artículo cuarto. Quedan abolidas todas las disposiciones legales que se opongan a la presente ley.

Este proyecto de ley sigue el camino abierto por Bélgica y se une a otro de Gran Bretaña.

Su principal característica es que se supone a todo difunto donador, a no ser que haya una negativa expresa.

El trasplante será siempre gratuito.

El proyecto de ley supone un cambio, una forma nueva y contraria de plantear la cuestión de voluntariedad en

esta materia. Hasta ahora sólo se podía practicar la extirpación de un órgano si se podía demostrar la conformidad del difunto. En adelante, esta conformidad se supone por ley; lo que debe probarse es la negativa. Se trata de una inversión de los términos.

Entre los problemas éticos de nuestro tiempo, la donación de órganos ocupa un lugar de excepción, tanto por su significado simbólico de solidaridad humana como porque constituye un mensaje de esperanza para los grandes minusválidos físicos.

La donación de órganos llega en el momento adecuado para constituirse en símbolo de la fraternidad humana llevada hasta la solidaridad anatómica.

Consciente de su alcance, el Instituto Internacional de Biología Humana prepara una Conferencia Mundial sobre Donaciones de Organos, en la que se recomendará especialmente la organización (bajo los auspicios de las Naciones Unidas) de una jornada mundial dedicada a las donaciones de órganos.

EL INFARTO CAUSA CASI LA MITAD DE LAS MUERTES EN LOS PAISES DESARROLLADOS

El corazón es el órgano, junto con el cerebro, que más disgustos nos da a los humanos. Y quizás habría que decir que corazón y cerebro van al unísono en esto, pues lo que a uno afecta repercute inmediatamente en el otro y no sólo en cuanto a salud, sino en relación a la misma vida.

SEMANA DEL CORAZON

Se celebró en París «La Semana del Corazón», a la que asistieron representantes de la Organización Mundial de la Salud así como destacados biólogos y bioquímicos e investigadores de la industria farmacológica europea. Los reunidos se centraron en el estudio de esa plaga moderna que se apunta casi el 50 por ciento de las muertes en los países desarrollados: el infarto. El tema del infarto está en la calle y se habla de él en cualquier corrillo. Todos sabemos de qué se trata, aunque sea de manera un tanto aproximada, y todos sabemos que es algo muy peligroso, y todos también solemos decir o pensar para tranquilizarnos: «El infarto sólo sucede a los demás», y metemos la cabeza debajo del ala y seguimos actuando, comiendo y fumando como si la cosa no fuese con nosotros.

QUE ES EL INFARTO

Según los muy versados en ciencias biológicas, infarto, angina de pecho y trombosis son alteraciones cardíacas que en algunos detalles pueden diferenciarse, pero que en realidad si no son las tres una misma cosa poco les falta. Sea lo que fuera, tal riesgo cardíaco es sencillamente la incapacidad de las arterias coronarias de suministrar suficiente sangre oxigenada al corazón. Esto supone dolor y peso torácicos intensos y se hace difícil la respiración, a la vez que hay desmayos fugaces y crisis en los latidos del corazón. Síntomas que preceden a este mal son, entre otros, además de los citados, hipertensión sumamente alta y el hincharse piernas y tobillos, al decir de los asistentes a la aludida Semana del Corazón.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Como es lógico suponer, en la citada semana se marcaron unas normas en plan de medidas de seguridad y que debieran ser atendidas por todos, hombres y mujeres, niños y adultos, pues el infarto a nadie respeta. Estas medidas son las siguientes: vigilar garganta y anginas mal curadas, combatir las infecciones de dientes, no abusar de las comidas grasas animales, cuidar la diabetes, vigilar el peso excesivo, huir del sedentarismo, reducir la tensión arterial alta y eliminar el tabaco. Muchos se reirán de esto último y dirán que sí: «ya salió el tópico de siempre». Pero la cosa no es para tomarlo a broma. En La Semana del Corazón se insistió mucho en que el infarto tiene sus mejores aliados en la falta de ejercicio físico, en las emociones fuertes y continuadas, en la comida excesiva y en el tabaco. Seis cigarrillos al día duplican el riesgo de infarto, y veinte cigarrillos diarios lo multiplican por tres.

S. PRIETO CANTERO

DIEZ MANDAMIENTOS PARA EVITAR EL INFARTO

En un ensayo sobre la gran amenaza del infarto y demás dolencias del corazón, que se cierne sobre el hombre de nuestro tiempo, hemos leído que estas enfermedades aquejan cada día más a personas relativamente jóvenes, hombres sobre todo, de 40 a 50 años. Se dice también que los jóvenes y adolescentes se desgastan por la rapidez de su desarrollo psíquico y que son víctimas prematuras de la angustia que les llevará al infarto.

En resumen, señala el autor que el *stress* —sobrecarga de preocupaciones— la envidia, la ambición, la prisa, la agresividad, son causas del infarto; y que el remedio consiste en tener: calma, paz interior, reposo, amistad y amor.

Dice también que, consultados varios médicos expertos, todos ellos están de acuerdo en que los diez mandamientos para evitar el infarto son los siguientes: 1.º Menos ambición. 2.º Más seguridad en la vida. 3.º Menos competición. 4.º Más sosiego. 5.º Menos agresividad. 6.º Más estímulos felices. 7.º Suprimir las raíces de la envidia. 8.º Tiempo para la amistad. 9.º Amor al prójimo. 10.º Amor a Dios.

NUEVA DEFINICIÓN DE SALUD

Tras cuarenta años de forzado silencio, se ha celebrado el «X.º Congrés de Metges y Bidlegs de Llengua Catalana».

El Congreso ha sido ocasión para establecer un nuevo planteamiento del hecho sanitario.

No identificados con la definición de *salud* propuesta por la OMS; después de analizar los diversos componentes que podrían definir la salud (concepto relativo, la propia realización teleonómica, capacidades genéticas en relación constante con el medio), y después de definir la salud somática, psíquica, social, como especie del entorno, etc., el Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, nos ofrece la siguiente definición de salud: «aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa».

EL PROBLEMA SANITARIO

Ante la precaria situación sanitaria de nuestra zona nos hemos visto obligados a preguntarnos cómo dar un míni-

mo de asistencia sanitaria a los sectores alejados de hospitales y dispensarios. ¿Cómo organizar una asistencia que no sea estéril, sino que conduzca hacia un verdadero movimiento de humanización?

Así hemos comprobado que curar a los enfermos no sirve para nada si la gente no cambia sus costumbres relativas a la salud. De aquí la necesidad de una reflexión popular que lleve al descubrimiento de una nueva relación con la naturaleza y con Dios. Y, además, a realizaciones comunitarias como la perforación de pozos, construcción de letrinas, etc.

También nos hemos percatado de que, ya que los medicamentos son caros, es necesario desarrollar el cultivo moderno y el ahorro para posibilitar que los agricultores puedan disponer de una cantidad de dinero suficiente para adquirirlos.

Además, para que los poblados no estén perennemente dependiendo de la ayuda extranjera, es preciso formar a la gente para que sepan realizar las curas elementales y para que organicen pequeños depósitos de medicamentos en el mismo poblado.

Todo esto supone un entendimiento entre los grupos, una superación de las querellas de tribu, un espíritu de servicio para el bien común. Ahí no estamos lejos del espíritu cristiano.

UN ENFERMO SIMPÁTICO

1) Acepta las consecuencias de la enfermedad. Reconoce las nuevas limitaciones. Pero supera tu decaimiento. No eres el gran hombre que fuiste, pero sí sólo *hombre*, que ya es bastante.

2) Soporta con valor, sin lloriqueos tus dolencias; pues bien sabes que no se pueden evitar, ni suprimir. Ofrecelas al Señor con generosidad y habla poco de ellas.

3) No te abandones. El slogan: Mantente en forma, también va para ti. Serás menos carga para ti y para los demás.

4) Despierta cada día con el ánimo de hacer algo, por pequeño que sea, y que no quede en palabras o buenos propósitos. Son muchas tus posibilidades: amar, leer, conversar, escribir cartas, orar, perdonar, visitar a otro que sufre también. ¿De verdad que no puedes hacer nada? Ni participar en la vida familiar, poner paz, participar de las alegrías. Preocuparte de los demás. ¿No puedes sonreír?

5) Piensa que hay otros más desdichados y no hagas como el sabio de la fábula: volver la cabeza y sólo mirar. Visítalos y alivia sus penalidades. Es el mejor remedio para olvidar las propias.

6) Ten siempre alguien a quien amar: ama tú. No seas tan egoísta que quieras ser sólo receptor de amor.

7) Evita lo que te pueda perjudicar; tabaco, alcohol, falta de orden, agresividad, falta de sociabilidad. No eches a perder el tiempo libre.

EL DECÁLOGO DEL REUMÁTICO

Las diversas formas de enfermedades reumáticas se hallan ampliamente diseminadas y, de una forma u otra, afectan a un elevado número de personas. Por ello juzgamos que puede resultar de interés la difusión del decálogo de principios básicos a los que debe ajustar su

conducta todo paciente reumático, tal como los propone la Liga Reumatológica Española:

1. *Conocer el significado de «reuma».* El enfermo debe saber que *reuma* o *dolor* no es una enfermedad, sino un síntoma que puede estar producido por muchas enfermedades diferentes. De la misma manera que hay muchas enfermedades distintas que producen *fiebre*. Por ello y para beneficiarse del tratamiento más adecuado a su enfermedad, el enfermo debe someterse a una buena exploración clínica, tan pronto como se presenten las primeras molestias. Sólo así será posible hacer un diagnóstico de la enfermedad que produce el *reuma* y tratarla certeramente antes de que se produzcan lesiones irreparables en su organismo.

2. *Seguir el tratamiento pertinente.* Las distintas clases de reumatismo requieren el empleo de procedimientos diferentes. No es lo mismo tratar un reumatismo infeccioso que otro degenerativo, o inflamatorio, o gotoso, etc. También la misma clase de *reuma* debe tratarse de manera distinta en los enfermos que padezcan otras taras orgánicas o presenten grados distintos de destrucción articular. Hay algunos medicamentos que alivian el dolor y no influyen en la marcha de la enfermedad. Hay otros que pueden resultar perjudiciales para el organismo. Sólo el médico sabe prescribir la medicación adecuada en cada caso.

3. *Descansar.* No mover las articulaciones innecesariamente en las fases agudas de la enfermedad. Adoptar la posición correcta. Es necesario evitar el excesivo desgaste articular y prevenir el desarrollo de deformidades. Sentarse, cuando no sea preciso estar de pie.

Dormir las horas que el organismo requiera. La cama debe tener el somier bien tenso y el colchón duro. A veces es necesario poner una tabla de madera debajo del colchón. Lo más conveniente es usar el colchón moderno. Cuando esté acostado en cama debe descansar con los pies juntos y las rodillas extendidas, las manos cerradas y los codos en flexión. Usar una sola almohada, si no padece una enfermedad del corazón que lo contraindique.

4. *Alimentarse adecuadamente.* Evitar la desnutrición y la obesidad. Comer frutas y ensaladas, tomar leche y queso, que son alimentos ricos en hierro y vitaminas. Comer carne, pescado y huevos en cantidad conveniente. Comer, pero no en exceso, arroz, patatas, garbanzos, fideos y alimentos feculentos en general. Vigilar el peso. Si necesita adelgazar debe pedir consejo al médico. Comer de todo con moderación. No hay ninguna forma de *reuma* que esté producida por la ingestión de alimentos determinados. Debe mantenerse bien nutrido, sin engordar.

5. *Aplicarse calor.* El calor, aplicado a las partes enfermas alivia el dolor, mejora la circulación de la sangre, disminuye la tensión muscular. Puede emplearse la almohadilla eléctrica, los fomentos, los baños, la lámpara de rayos infrarrojos, etc. A veces es más conveniente usar la onda corta, diatermia u otras formas de calor. En la mayoría de los casos, la forma más eficaz es la más sencilla y económica, pero debe aplicarse con la regularidad debida y la técnica adecuada.

6. *Evitar los esfuerzos.* Muchas enfermedades reumáticas reducen poco a poco las facultades del enfermo. Los movimientos van perdiendo amplitud. Los músculos se

debilitan. Algunas formas de reumatismo también producen daño en el corazón o en otros órganos.

El enfermo necesita unas veces estar en reposo absoluto, otras en reposo relativo y otras debe seguir un plan bien ordenado de ejercicios progresivos. Los músculos y las articulaciones mejorarán su función paulatinamente. La recuperación debe ser lentamente progresiva. Debe evitar esfuerzos, especialmente en aquellas articulaciones más delicadas.

7. *Protegerse del frío y de la humedad.* Debe evitar los cambios bruscos de temperatura y las corrientes de aire. Usar buen calzado que le mantenga los pies bien abrigados, las manos y los pies deben permanecer calientes en todo tiempo. En invierno no debe salir a la calle con ropa de poco abrigo. Debe usar ropa que sea al mismo tiempo ligera y de mucho abrigo, a fin de evitar que el peso de la misma aumente la carga de las articulaciones. Cuando esté acostado deberá evitar que la ropa de la cama gravite sobre sus pies, poniendo una almohada, entre las dos sábanas, a los pies de la cama.

8. *Evitar la tensión nerviosa.* Las preocupaciones y la ansiedad impiden que el descanso sea reparador, no le conviene ponerse nervioso y debe prescindir de tomar café, si éste le excita. Evitar las discusiones o las ocasiones y circunstancias que las promuevan. Muchas formas de reumatismo atacan con predilección a las personas más activas. El enfermo debe aceptar el reposo o la limitación de su actividad como un descanso reparador. La impaciencia y la tensión nerviosa ponen serios obstáculos a la recuperación del enfermo.

9. *Acudir regularmente a la consulta médica.* La eficacia del mejor tratamiento se pierde si el enfermo lo descuida, si prolonga indebidamente el tiempo de su aplicación o elude la vigilancia médica. El enfermo debe seguir el plan trazado durante el tiempo que se proyecte. El tratamiento debe ajustarse periódicamente a las necesidades del enfermo y el médico debe vigilar la tolerancia y eficacia de los medicamentos que prescribió. En muchos casos habrá necesidad de un tratamiento base para mantener la enfermedad debidamente controlada.

10. *El enfermo siempre puede mejorar.* Si el enfermo es desgraciadamente uno de los que, por falta de una buena orientación o porque haya padecido una forma grave de reumatismo, sufre ya una invalidez o alguna limitación de sus movimientos, debe recordar que la rehabilitación puede beneficiarle mucho. No importa el grado de deformidad o incapacidad física que sufra, las técnicas modernas de rehabilitación pueden devolverle muchas de las facultades perdidas. Todo enfermo puede mejorar si realmente lo desea y pone los medios para lograrlo.

CARTA EUROPEA PARA MINUSVÁLIDOS

El Comité de Ministros de los 18 países miembros del Consejo de Europa acordó adoptar la «Carta Europea para Minusválidos», lo cual equivale a considerar a cuantos minusválidos viajen al extranjero los mismos derechos que los minusválidos nacionales.

Las facilidades y prioridades serán aplicables, en pie de igualdad, en el territorio de los 18 y, además, será

extensiva a cuantos países europeos se adhieran a dicha *Carta*.

En síntesis, los beneficios que esta *Carta* supone, pueden resumirse en los siguientes puntos:

Asistencia en aeropuertos, estaciones y plazas reservadas en trenes y transportes comunitarios.

Prioridad de acceso a las ventanillas de las administraciones y servicios públicos.

Tolerancia en materia de estacionamiento de vehículos, destinada a alentar la movilidad de minusválidos.

Acceso libre a museos, manifestaciones culturales y deportivas.

Esta «Carta Europea para Minusválidos» supone, sin duda, un importante paso adelante hacia la consecución de la integración social que nos hemos propuesto, informa Auxilia.

LA HEROÍNA DE KYRENIA

La enfermera de la Cruz Roja, Susan Quinn, de 29 años de edad, fue llamada la *Heroína de Kyrenia* cuando se negó a abandonar a un grupo de niños enfermos en los momentos más críticos de la lucha del año pasado en Chipre y ahora ha recibido el más preciado galardón que el movimiento de la Cruz Roja mundial podía haberle otorgado. Recibió la medalla *Florence Nightingale* de manos de Lady Limerick, presidente del Consejo Internacional de la Cruz Roja británica. Susan Quinn terminó su trabajo en Chipre y actualmente está planeando marchar a Bangla Desh con la Cruz Roja.

OFENSIVA CONTRA SEIS ENFERMEDADES TROPICALES EN ÁFRICA

La Organización Mundial de la Salud va a lanzar una batalla contra las seis enfermedades contagiosas que son una continua amenaza para África. Se quieren lograr nuevos tratamientos más eficaces todavía contra el paludismo, la esquistosomiasis, la filarosis, la enfermedad del sueño, la lepra y la oncocercosis. Unos 200 millones de personas padecen algunas de las tres primeras enfermedades. La prioridad de este enorme esfuerzo ha sido dada a África, pero el mundo entero se beneficiará de este programa especial, porque tres vastas regiones de la tierra sufren de estas seis enfermedades contagiosas.

NUEVO TERMÓMETRO

Especialmente práctico para hospitales y sanatorios. Más agradable para el paciente y más rápido para el personal. Permite utilizar todos los métodos de medición: bucal, axilar o rectal. Señala la temperatura con una precisión de una décima de grado. En un minuto se puede leer la temperatura del cuerpo. Cada paciente tiene su propio sensor de temperatura para lo cual sirve un termistor que cambia su resistencia con la mínima variación de temperatura. Este termistor está unido, mediante una conexión por enchufe, al instrumento indicador electrónico.

J. P.

BIENAVENTURANZAS DEL RETRASADO MENTAL

- Bienaventurados los que comprenden mi extraño paso al caminar y mis manos torpes.
- Bienaventurados los que saben que mis oídos tienen que esforzarse para comprender lo que oyen.
- Bienaventurados los que comprenden, que aunque mis ojos brillan mi mente es lenta.
- Bienaventurados los que miran y no ven la comida que dejo caer fuera del plato.
- Bienaventurados los que con una sonrisa en los labios me estimulan a tratar una vez más.
- Bienaventurados los que nunca me recuerdan que hice hoy dos veces la misma pregunta.
- Bienaventurados los que comprenden que me es difícil convertir en palabras mis pensamientos.
- Bienaventurados los que me escuchan, pues yo también tengo algo que decir.
- Bienaventurados los que saben lo que siente mi corazón aunque no pueda expresarlo.
- Bienaventurados los que me respetan y me aman como soy, tan sólo como soy: y no como ellos quisieran que yo fuera.
- Bienaventurados los que me ayudan en mi peregrinar hacia la casa del Padre Celestial.

LA ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO APRUEBA UNA CLAUSULA DE CONCIENCIA PARA LAS ENFERMERAS

A las enfermeras se les reconoce el derecho a negarse a intervenir en ciertas prácticas por motivos morales y religiosos, según una resolución que ha sido aprobada por la Organización Internacional del Trabajo.

«Una enfermera —dice la resolución— puede seguir la voz de su conciencia, a condición de informar a su debido tiempo a su superior jerárquico y de que la atención médica quede asegurada».

Se espera que esta resolución protegerá al personal médico en situaciones conflictivas relacionadas, sobre todo, con las negativas a intervenir en prácticas abortivas o a internar en hospitales psiquiátricos a personas por motivos políticos, como se hace en algunos países, según se precisó en medios de la propia Organización Internacional del Trabajo.

LECCIONES SOBRE PSIQUIATRIA

Destacados profesores de la psiquiatría han dictado lecciones a los alumnos de la Escuela Psiquiátrica de Ayudantes Técnicos Sanitarios en San Baudilio de Llobregat, sobre estos temas:

Psiquiatría forense

Dr. Juan Bautista Eche

Evolución histórica del concepto de enfermo mental

Dr. Tomás Arranz

Introducción al mundo de los delirios

Profesor Ramón Sarró

El psicodrama

Dr. Leopoldo Gravedo

Actuación de los neurolépticos

Dr. Ferrer Prats



SECRETARIO DE PASTORAL SANITARIA

El hermano Francisco Sola ha sido nombrado Secretario del Secretariado diocesano de Pastoral Sanitaria de la diócesis de Barcelona. El nombramiento fue firmado por el cardenal Narciso Jubany, el día 5 de julio de 1977.

ZAPOPAN

JORNADAS BIBLICAS PARA PERSONAL HOSPITALARIO

Este evento se celebró en el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios en Zapopan, Jal., los sábados correspondientes a noviembre y diciembre de 10 a 14 horas.

La organización de las Jornadas estuvo a cargo del Secretariado Bíblico de la Archidiócesis y Frem de Occidente. El alumnado fue de 108 personas.

Maestros que impartieron el curso:

Padre Fernando Lugo Serrano, Presidente del Secretariado y Maestro del Seminario, Conferencista.

Coordinadores de grupos y asambleas: Dr. Luis E. Rivero, Dr. Ediberto Suazo, Dr. Rafael Montaña, Padre Justo Azpiroz, Padre José Vallejo y Hno. Morales.

Temario

- Valor del sufrimiento.
- Cristo y los enfermos.
- Cristo Médico Divino, exige la Fe.
- Dignidad y grandeza de nuestro cuerpo.
- La salud signo de Cristo-Vida.
- Mensaje de Cristo a los enfermos.
- Compromiso en la obra misericordiosa del Evangelio.

**Grupo de asistentes
a las jornadas bíblicas**



Dinámica

- Exposición del tema del día.
- Descanso, recreación y convivencia.
- Grupo de trabajo en forma de talleres.
- Asamblea general.

Objetivos

- Prevaloración.
- Mayor formación y vivencia de la palabra de Dios.
- Revisión de las estructuras de apostolado en el medio hospitalario.
- Incrementar los medios de difusión de la Sagrada Escritura.
- Buscar en la misma Sagrada Escritura el significado de la enfermedad y del dolor.
- Buscar las pautas más adecuadas de trabajo en este campo de la Pastoral.

Clausura y entrega de Diplomas.

PUEBLA

PRIMERAS JORNADAS DE PASTORAL HOSPITALARIA

Que el dolor de los enfermos, encuentre sentido, consuelo y esperanza, fue una de las principales conclusiones a que llegaron las 328 personas que participaron en las Primeras Jornadas de Pastoral Hospitalaria, en Puebla.

En las mencionadas Jornadas se reunieron quienes por vocación o profesión, tienen el ideal de brindar a los enfermos atención física y ayuda espiritual.

Un aspecto importante que se trató en la Jornada fue el del respeto a la voluntad del enfermo y el procurarle la atención espiritual que solicite, sin distinguir su religión.

También se dijo que quienes atienden espiritualmente a los enfermos deben tener una preparación específica ya que tienen que enfrentarse a toda clase de problemas relacionados con la moral y la psicología.

Se insistió en que se practica poco el sacramento de la Unción de Enfermos. Muchas veces, es para no asustar al enfermo, sin considerar que la eternidad es algo definitivo.

Una proposición que se hizo fue la de que en todos los Seminarios, se explique, dentro de su plan de estudios, todo lo relativo a la Pastoral Hospitalaria.

Ampliamente se expuso el significado de la Pastoral en sus aspectos teológicos, bíblicos y moral. Por su importancia bien merecería un artículo especial, pues todos los oyentes así lo solicitaron:

También se sugirió que en la catequesis de adultos, se explique el Sacramento de la Unción de enfermos y todo lo relativo al dolor humano, ya que en muchas personas, no saben como actuar ni qué aconsejar a quien no tiene salud.

En las Jornadas hubo representantes de varios Estados. Entre ellos había sacerdotes, religiosas, médicos, enfermeras y seglares.

La apertura y clausura la hizo el señor Arzobispo, Monseñor Corripio y el Hno. Morales fue el Coordinador de las Jornadas.

Después de un breve resumen que presentó el Hno. Morales, el señor Arzobispo hizo una invitación de que se forme un equipo de Pastoral Hospitalaria en la Archidiócesis que estudie todo lo relativo a los problemas de las personas enfermas.

Urgió a los presentes a vivir más intensamente el cristianismo para que el enfermo sienta más seguridad y consuelo. Es cierto que el dolor y la enfermedad siempre existirán; sin embargo, lo que puede variar es el significado que se le puede dar.

Para terminar las Jornadas, que no dejaron de ser un rotundo éxito, se tuvo una concelebración Eucarística que presidió Monseñor Corripio.

ALICIA VENTURA

TEHUACAN

JORNADAS HOSPITALARIAS

Con motivo del XV aniversario de la erección de la diócesis de Tehuacán, en el Estado de Puebla, el secretariado social organizó las primeras jornadas de pastoral hospitalaria, los días 27 y 28 de mayo de 1977.

Programa

Día 27. Explicación general de las jornadas, Hno. Roberto Morales. Apertura de las jornadas. Discurso Excmo. Sr. obispo don Rafael Ayala. Exigencias requeridas por el hospital de hoy (de actualidad). Dr. Herón Rodríguez. Formación progresiva del personal de enfermería. Dr. Sergio Espinoza. Aspectos psicológicos a tener presentes en relación personal hospitalario relaciones humanas. Dr. Antonio Rodríguez. Reflexión por grupos. Reunión plenaria. Nuestro mensaje a las enfermeras. Hno. Roberto Morales. Acción deontológica, técnica y moral en el campo médico (con casos clínicos). Hno. Roberto Morales. Reflexión por grupos. Reunión plenaria.

Día 28. Definición de la pastoral hospitalaria. Hno. Roberto Morales. Evangelización, catequesis y sacramentalización hospitalaria. Hno. Roberto Morales. Reflexión por grupos. Reunión plenaria. ¿Qué siente la jerarquía por la pastoral hospitalaria? Pbro. José María Altamirano. Reflexión por grupos. Reunión plenaria. Evaluación por escrito. Clausura de las jornadas y entrega de diplomas. Excmo. Sr. obispo don Rafael Ayala. Misa concelebrada en el seminario regional.



En primer término Monseñor Rafael Ayala



Trabajo en equipo



Grupo de alumnas

NOTICIAS, MUCHAS NOTICIAS

La Pastoral Sanitaria quiere ser una pastoral renovada: PSr, esas podrían ser las siglas.

El verano ha estado sembrado de Convivencias Regionales: Logroño, Covadonga, Bañolas, La Coruña... Es un momento de búsqueda pastoral, de confrontar nuestra misión en el hospital.

Barcelona convocó igualmente a los Delegados diocesanos y representantes de la FERS de la región catalana para una reflexión común, una búsqueda y coordinación de objetivos dentro de la Pastoral sanitaria en dichas diócesis.

Madrid reunió también a los Responsables Regionales y Delegados diocesanos de España (3-5 octubre) para poner sobre el tapete las preocupaciones, las dificultades, las causas y razones que tenemos para hacer lo que hacemos. Se buscaron, asimismo, los objetivos que el curso entrante debería proponerse.

Son noticia otros encuentros, muchas conferencias, otros cursillos. A su tiempo —como balance del año— los señalaremos y daremos un resumen de las ideas fundamentales que han estado en la base de los mismos.

CLAUSULA DE CONCIENCIA PARA EL PERSONAL SANITARIO

Monseñor Silvio Louni, observador de la Santa Sede en la *Conferencia Internacional del Trabajo*, ha comentado la manera de matizar el proyecto de *cláusula de conciencia* que la Conferencia se propone acordar sobre el personal sanitario.

Este personal será autorizado por la Conferencia compuesta por ministros, así como por funcionarios, patronos y sindicalistas, a rechazar el participar en cierto tipo de cuidados o de operaciones contrarios a su conciencia individual. *Se trata especialmente del aborto, de la eutanasia y de los cuidados psiquiátricos.*

Según monseñor Luoni, el texto propuesto «define claramente el derecho del personal sanitario, y al mismo tiempo, asegura la protección del paciente que no podrá cuestionarse».

El observador del Vaticano estima que esta *cláusula de conciencia* debe ser inscrita en un texto internacional, puesto que se trata del «reconocimiento de la libertad religiosa y del creyente», que la Santa Sede trata de hacer admitir en todos los organismos y encuentros internacionales en la que está representada.

¿DEBEN SABER LOS ENFERMOS QUE VAN A MORIR?

En un artículo recientemente publicado en la prensa madrileña, se recogían los resultados de una encuesta realizada en Francia sobre el tema «¿Hay que revelar al enfermo su muerte próxima?». De los 135 médicos encuestados, el 15 por 100 contestaba afirmativamente, un 30 por 100 opinaba que no debe hacerse, y el 55 por 100 dudaba de su conveniencia. Pero 135 de ellos —todos, menos dos— declararon que deseaban ser informados cuando se encontraran en aquella situación.

¿Cómo es posible que estos médicos quisieran para sí

lo que no creían apropiado para otros? Quizá influya en ello su experiencia de que algunas personas carecen de la suficiente madurez humana para hacer frente a la realidad, y otras razones parecidas. Pero en definitiva, y de modo quizá inconsciente, reclamaban para sí mismos el derecho que todos los seres humanos tienen a saber que su muerte está próxima (el derecho a ordenar las últimas voluntades con relación a la familia, los asuntos personales; y, sobre todo, el derecho de cada hombre a dar a su vida la dirección definitiva).

UNA CONSPIRACION DE SILENCIO

Un dato importante para comprender la negativa o duda de algunos médicos a informar al enfermo sobre su gravedad es que «nuestra sociedad disimula la muerte porque no tiene nada que decir sobre ella. Sus objetivos —continúa el historiador Chaunu— son la búsqueda del gozo, del placer, la satisfacción de las necesidades materiales. Estas finalidades resultan ridículas frente a la muerte que las destruye. Cuando no se tiene un pensamiento sobre ella, la muerte es lo que estropea la vida. Por tanto, se intenta escamotearla».

Y este sentimiento es tan fuerte que algunos autores han hablado de la existencia de una verdadera conspiración de silencio sobre el tema de la muerte.

De este modo, la muerte se considera como un puro hecho biológico sin sentido que induce a sacar los cadáveres por la puerta trasera del hospital, o como un fracaso de la Medicina. «Sólo la muerte violenta es aceptada —concluye Chaunu—, pues es una muerte accidental, una muerte sin significación, a la que se puede escapar».

Existe también el miedo a morir solos, a esa muerte inhumana, despersonalizada, del moribundo que es aislado de sus familiares para poder ser mejor atendido médicamente. Un eminente médico indicaba cómo «el enfermo en ese estado lo que generalmente desea es una persona que se siente a su lado y le coja la mano y que le dejen ya tranquilo».

Lo cierto es que, quien se encuentra en el trance de morir, está viviendo un momento trascendental e irreplicable en el que precisa de afecto y ayuda.

Como afirman los obispos alemanes en una Carta Pastoral colectiva, «uno de los elementos de esa asistencia consiste en no abandonar al enfermo en su trance espiritual. Precisamente en el momento de la muerte es más urgente la necesidad de encontrar respuesta al problema del origen y de la finalidad de la vida (...) En tales momentos, la fe resulta una ayuda eficaz para resistir e incluso para sobreponerse al miedo de la muerte. La fe proporciona una sólida esperanza y da sentido incluso al sufrimiento que a primera vista nos parece incomprensible, pues el mismo sufrimiento es una participación en la Pasión de Cristo».

UNCION DE ENFERMOS

Existe, pues, un grave deber de advertir —con delicadeza— de la cercanía de la muerte a los enfermos graves. La Iglesia ha enseñado siempre que no hacerlo así puede llegar a ser un pecado grave contra la caridad y justicia, porque se impide al enfermo tomar conciencia de su situación real y prepararse para comenzar esa vida nueva y definitiva en cuyo umbral se encuentra.

Unida al temor de revelar al enfermo la gravedad de su situación y, en ciertos casos, con caracteres de verdadera angustia, se suele plantear también la cuestión de si se debe o no insinuarse, o proponerle abiertamente, la recepción del sacramento de la Unción de Enfermos.

En ocasiones, se trata de salvar la situación retrasando la administración del sacramento hasta el último momento, incluso cuando el enfermo ha perdido ya el uso de los sentidos. Esto, según la doctrina de la Iglesia, es un grave error, pues además de la gracia santificante, el sacramento confiere el moribundo una gracia específica que fortalece el alma para afrontar la enfermedad y la muerte, borra las reliquias del pecado y ayuda a vencer las tentaciones que en esos momentos pueden presentarse. Además, la Unción de los Enfermos es un sacramento *de vivos* —es preciso encontrarse en estado de gracia para recibirlo—, y por ello la Iglesia recomienda vivamente que el enfermo se confiese antes de recibirlo; confesión necesaria si se encuentra en pecado mortal, salvo que la confesión ya no fuera posible.

En la Constitución *Sacrosanctum Concilium* del Concilio Vaticano II, n. 73, se dice que «no es sólo el sacramento de quienes se encuentran en los últimos momentos de su vida. Por tanto, el tiempo oportuno para recibirlo comienza cuando el cristiano ya empieza a estar en peligro de muerte por enfermedad o vejez». Es decir, que no debe retrasarse si existe ese peligro de muerte. Además, y como es sabido, un verdadero efecto del sacramento es dar salud al cuerpo (es un efecto secundario, que se produce sólo cuando y en la medida en que ello sea conveniente para la salud del alma).

La Unción de los Enfermos es, pues, un sacramento específico que ayuda a prepararse lo mejor posible para el momento más importante de su vida. Por ello, el cristiano tiene auténtico derecho a conocer su verdadera situación y la conveniencia de recibir la Extremaunción, sin paliativos, aunque con toda la delicadeza que merece.

No hay que olvidar que al final de este último viaje nos espera un Dios que es también un Padre amoroso.

DOLORES LANZAS
(Ecopress)

ENCUENTRO DE PABLO VI CON LOS PEREGRINOS EN CASTEL GANDOLFO

Como los miércoles anteriores, el 24 de agosto la audiencia general se celebró en el patio del Palacio Pontificio de Castel Gandolfo. El encuentro de los peregrinos con Pablo VI resulta así más familiar: los fieles pueden ver muy de cerca al Papa, dialoga con ellos desde el balcón.

«Habéis logrado que salga el sol», les dijo aludiendo a los días anteriores de intensa lluvia que se han registrado en toda la región del Lacio.

El Santo Padre, tras saludar a todos, dedicó especiales palabras a algunos de los grupos presentes. En primer lugar, a los enfermos procedentes de Yugoslavia e Italia:

Damos nuestra bienvenida cordial a dos grupos de enfermos. El primero, de las diócesis de Lubiana, de Kotor y de Maribor; y el otro, de alumnos italianos de la institución Auxilia. Al poner de relieve la valiosa aportación que ofrecéis a la Iglesia con vuestro sufrimiento, queremos aseguraros que el Papa está muy cercano a vosotros espi-

ritualmente, con la oración, el afecto y la bendición paternal.

Un saludo cordial y afectuoso a nuestros queridos jóvenes parapléjicos, huéspedes de Castel Gandolfo estos días, y atendidos por los padres capuchinos de Albano. Fomentad siempre en vosotros el amor fraterno, el gozo de vivir, la paz y la fortaleza de ánimo; y nunca os abandonará la gracia del Señor. Estamos muy cerca de vosotros con nuestra oración y nuestra bendición.

Saludó luego en francés con estas palabras:

Damos una cordial bienvenida a la delegación francesa, muy numerosa, de *Pax Christi* y a sus queridos capellanes; al grupo de *ciegos* y *minusválidos* de la diócesis de Beauvais (Francia) y a los peregrinos de Costa de Marfil, que vienen de Tierra Santa. A todos manifestamos nuestro afecto, nuestra confianza y nuestra exhortación a derramar la luz y la caridad de Cristo, siempre y en todo lugar. Con nuestra bendición apostólica.

En inglés se expresó así:

Tenemos el gusto de saludar entre nuestros visitantes de hoy a los miembros del Movimiento japonés de Caridad, de la archidiócesis de Osaka. En vosotros felicitamos a todos cuantos están entregados al servicio de la humanidad en el nombre de Jesús. Que proyectéis, con vuestra caridad, la luz de Cristo y el fuego de su amor.

Nuestra bienvenida paternal a nuestros hijos e hijas que han venido de Indonesia. Recordando una vez más la hospitalidad que recibimos en vuestro país, pedimos para vosotros la fuerza y la alegría de la vida cristiana. Dios bendiga a toda Indonesia y a toda Asia.

El encuentro terminó con la recitación de la plegaria mariana del *Angelus* y algunos cantos religiosos.

VALOR DEL SUFRIMIENTO

A la peregrinación organizada por la Unión Maltés de traslado de Enfermos a Lourdes, Pablo VI, hablando en inglés les dirigió las siguientes palabras:

«Nuestro saludo particular a los peregrinos de Malta. Sabemos que habéis ido a Lourdes a visitar a la Virgen María; y que ahora estáis en Roma para visitar a San Pedro. En nombre del Señor os damos a todos la bienvenida, de forma particular a los enfermos. Os pedimos que os acordéis del valor —del gran valor— del sufrimiento, cuando está unido con el de la Pasión de Cristo. Sí, toda la Iglesia se beneficia de este vuestro amor; y el mundo necesita vuestro ejemplo de fe y de paciencia. Estad seguros de que rogamos por vosotros».

LA PALABRA

«El Concilio, bajando ya a las consecuencias prácticas más urgentes, inculca el *respeto* hacia el hombre, de modo que cada uno *considere al prójimo*, sin exceptuar a nadie, como *otro yo...* Sobre todo, en nuestros días, es urgente la obligación de sentirse absolutamente prójimo de *cualquier otro hombre* y, por consiguiente, *servirle* activamente cuando *nos sale al encuentro*» (G. S., 27, 1-2).

JOSÉ M.^a ALIMBAU

UNA MIRADA AL MUNDO DEL SUFRIMIENTO

Durante el período estivo, el de las vacaciones, quien puede sale fuera; sale del habitual cuadro social y profesional, del que desea librarse, aislarse para sustraerse a las presiones de los compromisos normales, de las preocupaciones habituales, con el fin de vivir este breve y privilegiado tiempo de reposo intensamente para sí. Pero, en esta fuga de nuestro mundo habitual, a todos nos sigue el recuerdo, casi como un sentido de estimulante presencia, del sufrimiento que existe hoy en tantos estratos de nuestra sociedad. No se puede olvidar este sufrimiento comunitario; sería una apatía egoísta, una evasión falaz. Más aún, el mismo reposo, que conseguimos procurarnos, acrecienta una advertencia penosa de los males, de los peligros y de las necesidades que oprimen hoy nuestra convivencia civil.

¿Cómo van las cosas? ¿Qué podemos hacer para remediar tantas desgracias comunitarias?

Lo primero que necesitamos es siempre paz. No debemos dejarnos vencer por la psicología maléfica que cree que las guerras son fatales y benéficas: por desgracia se está descomponiendo el sentido de la concordia universal, de forma que terribles y no vanos fantasmas de nuevos e incalculables conflictos se conviertan en hipótesis amenazantes todavía posibles. ¡Dios nos salve!

Luego, el trabajo. Generaciones enteras tienen necesidad de trabajo, es decir, de empeñar su propia actividad en orden a la dignidad de la vida, para ganarse honradamente el pan, para garantizar un animoso futuro a sus legítimas esperanzas. Honor y apoyo a cuantos actúan para dar una ordenada y provechosa actividad a los desocupados, a los jóvenes especialmente. ¡Dios los bendiga!

Y, cuántas, cuántas necesidades reclaman ayuda a nuestro alrededor: enfermos, prófugos, huérfanos, minusválidos, marginados...

¡Oh, benditos aquellos que advierten estos múltiples y siempre renovados sufrimientos y tratan de prestarles asistencia! Esperamos que las nuevas formas legales no perjudiquen las iniciativas privadas en este campo de las tradicionales y siempre renovadas formas de beneficencia, donde la espontaneidad del bien en favor de los demás debe encontrar pública acogida y protección, y en las que la bondad de nuestro pueblo resulta frecuentemente muy ejemplarmente interpretada.

En fin, acudiremos a la gran fuente de la oración para obtener, con la templanza en lo superfluo, la providencia de lo necesario.

La meditación veraniega se hace así programa de caridad social que Dios bendecirá ciertamente.

LA «FRATERNIDAD CRISTIANA DE ENFERMOS» INFORMA A LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

La Fraternidad Cristiana de Enfermos ha creído conveniente llamar la atención de nuestra sociedad sobre la problemática de los enfermos crónicos y minusválidos, unas veces desatendidos y otras ignorados por los organismos estatales, las instituciones privadas y el hombre de la calle.

Para ello, ha elaborado un informe que resumimos a continuación. En él se denuncia...

Estadística. Lo necesario que sería elaborar una estadística sería que permita conocer la población de enfermos y disminuidos físicos existentes en España y sus necesidades reales no atendidas.

Educación. Gravedad del problema de asistencia cultural a los niños jóvenes enfermos.

Problema laboral. Necesidad de incrementar los cursos de formación que organiza el S.E.R.E.M. preferencia por el minusválido en igualdad de condiciones; reservas de puestos de trabajo aptos para ellos; estimular la creación de talleres protegidos dentro de las empresas privadas; estímulos económicos a empresas y trabajadores por parte de la Seguridad Social; más centros de rehabilitación.

Asistencia médica. Mejorar la asistencia médica, haciéndola que alcance a todos sin excepción.

Residencias. Necesidad de residencias gratuitas o económicas para enfermos crónicos o grandes inválidos.

Barreras arquitectónicas. Supresión de las barreras arquitectónicas, que hacen aún más difícil el normal desenvolvimiento de un disminuido físico.

Transportes. Adaptación de los transportes colectivos para que puedan servir también a los disminuidos físicos.

Pensiones. Actualización de las pensiones y prestaciones.

Participación. De los disminuidos físicos en la elaboración de cualquier proyecto de ley o medidas que les afecte.

Pastoral. Necesidad de crear una pastoral con una línea de adaptación especial, dado que en la persona enferma o disminuida física pueden encontrarse los problemas de los obreros, de los pobres y otros que, normalmente, estos no tienen; se han de tener en cuenta también a los enfermos no hospitalizados.

Coordinación de organismos. Coordinación de los organismos que trabajan por los enfermos y minusválidos.

Copia de este informe-denuncia ha sido presentada, en primer lugar, a S. M. Juan Carlos I, y posteriormente se tratará de hacerlo llegar hasta el último rincón del país a través de los medios informativos.

Al mismo tiempo se reconocen y agradecen los esfuerzos realizados y los frutos conseguidos.

EN POCAS PALABRAS

El arzobispo de Canterbury, doctor Donald Coggan, afirmó que es erróneo mantener vivo artificialmente a un enfermo incurable, aunque reconoció los grandes peligros que entraña la legalización de la eutanasia. En una conferencia pronunciada en Londres, en la Real Sociedad de Medicina, el primado de la iglesia anglicana mantuvo que la mayoría de los cristianos consideran equivocada la postura científica de mantener vivo a un enfermo incurable, sin salvación posible, sólo por el alarde de la ciencia, inclinándose, sin embargo, por el principio de «no matarás, pero no necesitarás tampoco la lucha desmedida para mantener la vida que se escapa». El arzobispo sostuvo que se mantiene ahora una conspiración de silencio en torno a la muerte, inclinándose por un enfoque más abierto del fenómeno biológico y personal, para que la gente pueda considerarlo como un acto natural, digno de ser tratado de una forma constructiva.

Revista de revistas

LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS, AMENAZA PERMANENTE PARA LOS ENFERMOS Y EL PERSONAL SANITARIO

Las infecciones hospitalarias son una de las principales causas de mortalidad de los enfermos hospitalizados. Por ello hay que mejorar la prevención y la vigilancia de las mismas, mediante actividades bien organizadas de investigación, integradas en programas nacionales o locales de asistencia hospitalaria. Estos programas deben ser planificados en función de las necesidades y medios disponibles.

El estudio de los brotes epidémicos, así como el examen de los métodos de desinfección y esterilización, la notificación de los tipos de resistencia a los antibióticos y el registro de los casos de infección postoperatoria, suelen dar una información muy valiosa. A pesar de ello, no es solamente en las salas del hospital o en el laboratorio donde se deben circunscribir, sino hacerlo extenso a la industria, la cual con su tecnología nos puede aportar una gran ayuda.

CRÓNICA DE LA OMS
Vol. 31 n.º 2 febrero 1977, págs. 73-76

LA MEDICINA Y LOS MEDICOS DEL FUTURO

En la mayor parte de las Escuelas de Medicina no se prepara a los médicos convenientemente para que cuiden de la salud de la población, sino para el ejercicio profesional de una medicina muy tecnificada que cierra los ojos ante todo lo que no sea enfermedad y sus derivaciones.

Con un desarrollo integrado de los servicios sanitarios y de los médicos, las actividades de cada Escuela de Medicina, deberán depender de unos programas de personal, basados en los planes y la política sanitaria general de cada país. En estos programas de personal, no sólo se ha de señalar el número y las categorías de este personal que hay que formar, sino también los conocimientos, las aptitudes, la extensión y el nivel de competencia que se necesitan para cada una de las tareas.

Esto significa que hay que abandonar las ideas y prácticas habituales, pues,

no hay que dudar, que es necesario cambiar y que los cambios serán beneficiosos para todos.

CRÓNICA DE LA OMS
Vol. 31, n.º 2 febrero 1977, págs. 69-72
H. MAHLER

LA MEDICINA Y LOS COMPUTADORES

La introducción de la tecnología en los más variados campos profesionales, se ha extendido de tal modo, que hoy alcanza límites tan asombrosos como son la ayuda al diagnóstico médico por medio de computadores electrónicos. Estas máquinas deben ser consideradas como herramientas de trabajo comparables con el electrocardiógrafo, los R. X., el estetoscopio, etc.

Después de las primeras utilizaciones de los computadores por la industria, se ha pasado a crear unos centros de datos de gran amplitud, sobre pacientes y enfermedades. Además del valor como archivo clínico, es la más poderosa fuente para el estudio estadístico de toda clase de afecciones, la evolución de las mismas y los resultados de los tratamientos.

A partir de esta realidad podemos considerar que disponemos de un fichero electrónico sumamente manejable, rápido y práctico.

Asimismo podríamos poner muchos ejemplos de su utilización como elemento de cálculo, para la resolución de ecuaciones complejas, como en los equipos de angiografía cardíaca computarizada. Se calculan los volúmenes finales diastólicos y sistólicos; el volumen, índice y fracción de eycción y la salida cardíaca por métodos de integración planimétrica, partiendo de los datos obtenidos por R. X.

Esta somera visión de alguna de las aplicaciones del computador en beneficio de la medicina, nos hace ver que no es un aparato extraño, ni está fuera de nuestro alcance, ni es un competidor de la capacidad profesional sino como señalábamos anteriormente, se trata de una herramienta más del equipo hospitalario.

SÍNTESIS MÉDICA
Vol. XXI, n.º 2 febrero 1977 págs. 3-37
JOSÉ R. FARRÉ

STRESS Y ENVEJECIMIENTO

La mejor manera para entender la relación entre el stress y el envejecimiento, es recordar la definición dada por Selye: «El stress es la respuesta que da el organismo a cualquier sollicitación que se le haga». Dentro de esta definición podemos considerar dos tipos de stress; por una parte, el stress agradable, que es el placer de realizarse y que Selye distingue con la palabra «eustress», y que somáticamente da reacciones análogas a las del otro tipo de stress, que es el desamparo —distress— ya que la secreción de adrenalina, de corticoides, de ACTH, y su acción sobre los centros del hipotálamo son los mismos.

Cualquier respuesta inespecífica que da el cuerpo a cualquier agente o a cualquier situación con la que nos encontramos, los produce el stress.

El envejecimiento es la consecuencia del acúmulo de todos los stress a que se ha visto sometido el organismo en el transcurso de la vida. Este acúmulo de stress es la causa, cuando no el efecto del envejecimiento.

MEDICINA E HIGIENE
N.º 339, marzo 1977
F. J. BEER

INFORMAR AL ENFERMO

Es indudable que existe un deterioro progresivo en cuanto a la relación médico-enfermo y esta relación se deshumaniza mucho más en los grandes centros hospitalarios. Urge una toma de conciencia por parte de los médicos para empezar a erradicar y de alguna manera educar al paciente, con la información que debemos recabar por parte de los órganos correspondientes de la administración, misión que ha sido desatendida por una falta de planificación racional y a veces demasiado burocratizada de las necesidades del público.

Se debe soslayar el aspecto de relaciones públicas y ahondar sin eufemismos en la información al paciente, pues gracias al nivel cultural que va en aumento y explicando sin tecnicismos académicos, el enfermo puede llegar a comprender su situación y así le evitaremos cualquier estado de ansiedad, depresión, inseguridad, etc., que a menudo acontecen ante la desinformación y desconocimiento de su enfermedad.

JANO - MEDICINA Y HUMANIDADES
N.º 276, mayo 1977, pag. 9

ASCENSIÓN ZUBIRI

Bibliografía

GUNTER BORNKAMM

EL NUEVO TESTAMENTO Y LA HISTORIA DEL CRISTIANISMO PRIMITIVO

Ed. Sígueme, Salamanca 1975.

Presenta un estudio profundo del mensaje de Jesús de Nazaret a raíz de los evangelios sinópticos dando a conocer las teorías de las Fuentes así como la tradición más antigua sobre Jesús.

JOSÉ SARRIÓ, O. H.

GONZÁLEZ FAUS, JOSÉ I.

LA TEOLOGÍA DE CADA DÍA

Ed. Sígueme, Salamanca 1976.

Es un volumen compuesto por diversos artículos abiertos al hombre en diferentes revistas de orientación teológica.

El autor suscita una reflexión sobre nuestro pasado inmediato para hacerlo más real.

JOSÉ SARRIÓ, O. H.

METZ - SCHLICK

LOS GRUPOS INFORMALES EN LA IGLESIA

Ed. Sígueme, Salamanca 1976.

Recoge el libro la segunda reunión que organiza el Cerdic en Estrasburgo, la de 1971, orientada a una reflexión sobre los grupos informales, elemento importante del cambio de las sociedades, que tiene su repercusión en el terreno eclesial.

PILES

GIRARDI, JULES

CRISTIANISMO Y LIBERACION DEL HOMBRE

Traducción del francés: MARQUEZ, L.
Ed. Sígueme, 215 páginas. Salamanca 1973.

Un libro interesante, aborda directamente el problema, con gran sentido crítico. Aunque no aporte soluciones, plantea problemas existentes que la Iglesia no reconoce, la lucha de clases.

Recomendable para cristianos con inquietudes sociales.

RAMÓN MARTÍNEZ

SPARTACO LUCARINI

INFORME SOBRE LA DROGA

Ediciones Sígueme.

¿Será la droga el resultado de una crisis global, el grito de muchos jóvenes que no se resignan a dejarse aplastar por los alienantes esquemas de la llamada *civilización*? Es otro de los interrogantes.

Quienes lean despacio el libro encontrarán alguna pista a estos interrogantes, estoy seguro.

JOSÉ L. REDRADO

RUBÉN A. ALVES

HIJOS DEL MAÑANA

Ediciones Sígueme, Salamanca 1976.

Necesitamos comenzar de nuevo, construir la civilización sobre un nuevo fundamento, sobre cimientos nuevos.

Esto es lo que significa ser creador, poseer la capacidad creativa, ser libre. Hay que abandonar la lógica y hacernos creadores.

Hno. JOSÉ GARCÍA SIERRA

JUAN CARLOS SCONNACE

TEOLOGÍA DE LA LIBERACION Y PRAXIS POPULAR

Ediciones Sígueme, Salamanca 1976.

La modernidad actúa y piensa inmanentemente el ámbito de la relación sujeto-objeto (universal-particular teoría-praxis, idea-materia). Estos son meros polos de la totalidad unidimensional que es dicha relación misma con otras palabras el autor nos describe el nuevo paso que está dando el proceso histórico de liberación desde el ámbito radical de la relación social originaria (de fraternidad humana), es decir la libertad del otro, del hermano.

Hno. JOSÉ GARCÍA SIERRA

A. TH. VAN LEEMVEN, M. XHAUFFLOIRE,
L. KOLAKOUSKI, W. PAUNENBERG y otros

EL FUTURO DE LA RELIGION

La fe cristiana en el futuro puede actuar como correctivo frente a las tendencias de huida del mundo que tan

fácilmente se infiltran en la vida religiosa actual.

La esperanza cristiana puede contribuir a que la fe en el mundo no vaya en dirección opuesta.

Hno. JOSÉ GARCÍA SIERRA

JOSÉ RODIER - VÍCTOR M. PIDAL

LO QUE HEMOS VISTO

Sociedad de Educadores Atenas 1975.

Hemos de estar siempre dispuestos a dar respuesta a todo el que os pida razón de nuestra esperanza. Hemos visto un pueblo obrero desengañado y oprimido que sigue luchando, un pueblo capaz de despertar.

El autor se exclama y nos dice: «pero, ¿dónde están los profetas? ¿dónde están los militantes?».

Hno. JOSÉ GARCÍA SIERRA

WALTER KOSPER

FE E HISTORIA

Ediciones Sígueme, Salamanca 1974.

En el horizonte de la experiencia histórica de Dios, la historia no es sólo el lugar extrínseco y el medio en que Dios se da a conocer y experimentar. Más bien la historia tiene que significar algo para Dios y ser algo en él.

El dominio y señorío de Dios históricamente sólo es efectivo cuando los hombres se abren a él y cuando le dan cabida en su vida y en su obrar. Así, nuestra acción histórica puede convertirse para los demás en la forma de existencia de Dios.

Hno. JOSÉ GARCÍA SIERRA

J. M. R. TILLARD

LOS RELIGIOSOS EN LA VIDA RELIGIOSA

Ediciones Paulinas.

Oración y lectura de la escritura deben estar en continua ósmosis: La oración se nutre de la escritura y la escritura se comprende en la oración y por medio de la oración.

El Concilio nos espolea a una oración concertada sólidamente con la palabra de Dios nutrida por la extraordinaria revelación que, en su Hijo, Dios Padre hace a cada hombre.

La palabra de Dios encuentra la plenitud de su eficacia sólo en la celebración de la Sagrada Liturgia.

Hno. JOSÉ GARCÍA SIERRA



SERVICIO DE LACTANTES 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

CAJA DE PENSIONES
PARA LA VEJEZ
Y DE AHORROS

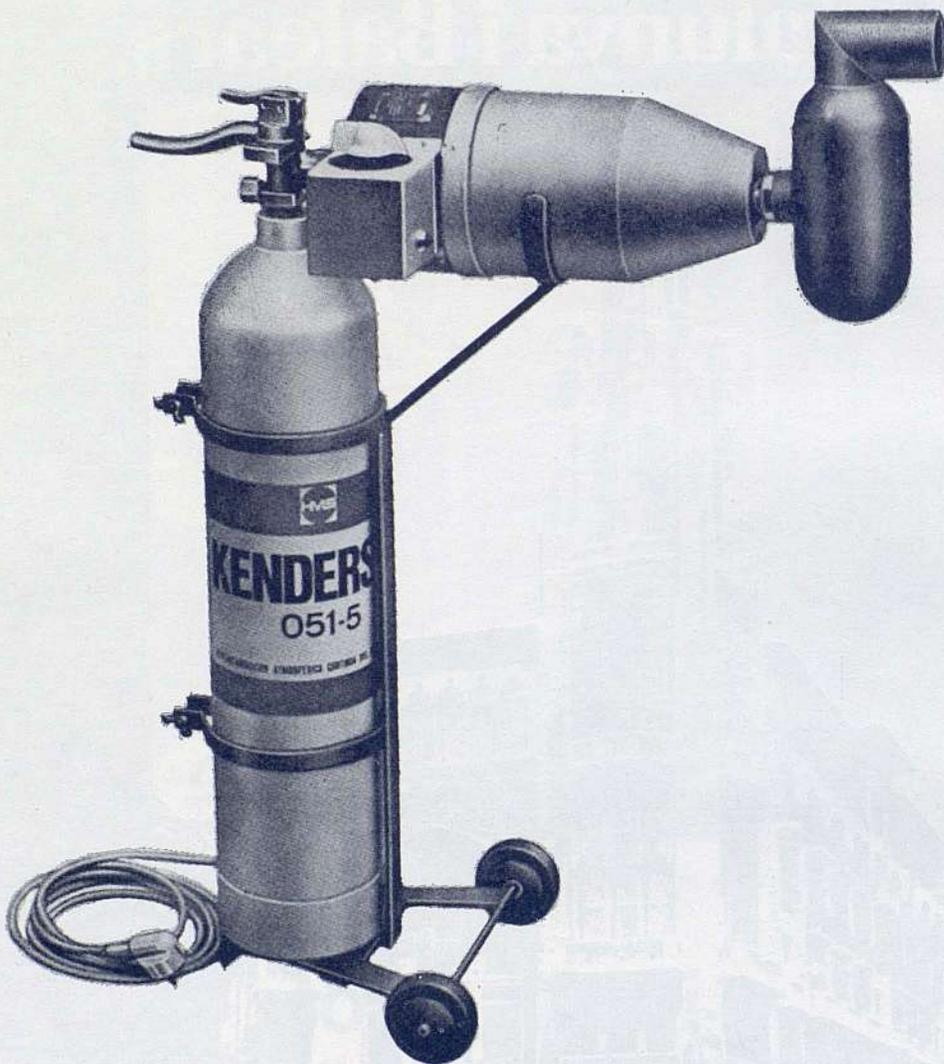
“la Caixa” de Catalunya i Balears



oficinas centrales: Via Layetana 56-62 Barcelona 3



**INFECCION HOSPITALARIA
Y
DESINFECCION**



**KENDERSOL®
MALATRA®**

HMSiberica, s.a.

HIGIENE Y MEDICINA PREVENTIVA - La Granja, 8 / Tels. 218 47 55 - 218 47 59 - Barcelona 17

nuevo

cuando el niño deja el pañal
toda su piel merece

NATUSAN LOCION

la protección más natural
de la piel del niño



Presentación

Frasco de 150 ml.

Composición

Aceite de vaselina, glicerina, lanolina hidrosoluble, estabilizador, regulador del pH de la piel y excipiente acuoso c. s. 150 ml.

Forma cosmética

Loción hidratante.

Formato comercial

Caja cartón, conteniendo un frasco.

Via administración

Tópica.

Normas para la correcta aplicación

Extender sobre la piel con los dedos o algodón, haciendo un ligero masaje.

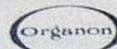
Indicaciones

Especialmente indicada para el aseo del niño. Neutraliza la alcalinidad de los residuos de jabón y detergentes usados en la higiene del niño, protegiendo e hidratando al mismo tiempo la piel.

Loción Hidratante Benzon.

De venta exclusiva en
Farmacias.

No incluido en la A. S. S. S.



Organon Española, S. A.
Apartado 43
San Baudilio de Llobregat
Barcelona



construcciones

Actualmente está construyendo
un nuevo pabellón
en el Sanatorio Psiquiátrico
Nuestra Señora de Montserrat
en San Baudilio de Llobregat.

Guipúzcoa, 62, 11.º 2.ª - BARCELONA 5

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34

FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

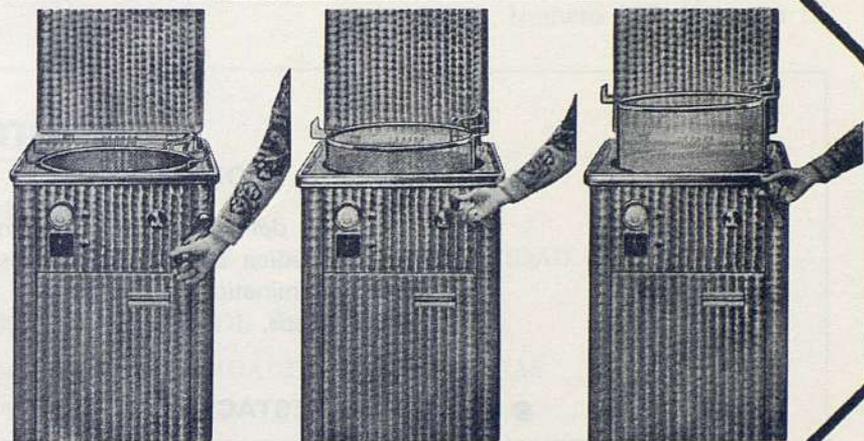


MODELO
GOLIAT
30 LTS.

STUDI

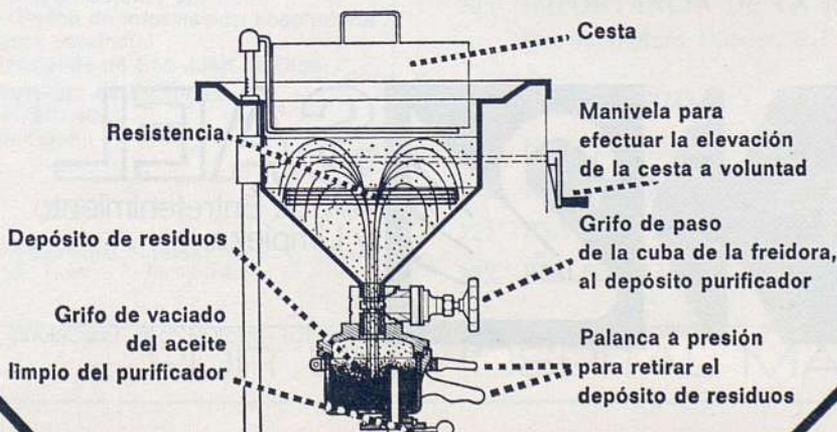
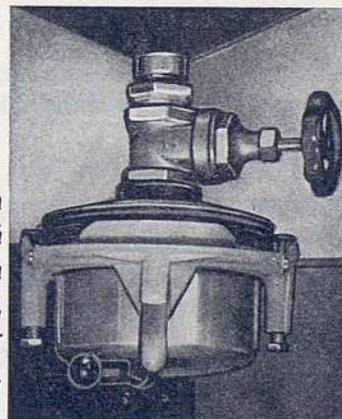
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



LIMPIEZA PROFILACTICA

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

● **RESULTADOS PROFILACTICOS:**

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

● **AREA DE PRESTACION:**

Barcelona y su comarca solamente.

● **CONSULTAS Y PEDIDOS:**

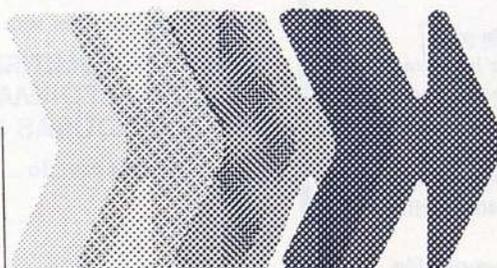
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

● **REFERENCIAS:**

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



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



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

Enna, 157 - tel.3092516; Barcelona · 5

INDICE GENERAL / 77

LH OPINA

- La reforma sanitaria, 4
- Pastoral hospitalaria, 54
- El aborto, 102
- El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 176

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- Caracteres generales del hospital, 7
- Formación teórico-práctica de los ayudantes técnicos sanitarios, 13
- El departamento de personal en el hospital, 16
- Qué significa la ronquera, 34
- El lugar del voluntario en la terapia del enfermo hospitalizado, 36
- Hacia una asistencia médica humanitaria, 56
- Educación de enfermería, 61
- Análisis crítico-valorativo de los jefes de enfermería, 66
- El centro de salud mental comunitaria San Rafael, 84
- Debate sobre el aborto en el hospital San Juan de Dios, 104
- Aspectos ginecológicos del aborto, 109
- Respetar la vida desde sus comienzos. Palabras de Pablo VI, 117
- Aspectos genéticos de los abortos, 118
- Aspectos sociológicos del aborto, 121
- Perspectiva moral del aborto, 133
- Aborto provocado y aborto espontáneo, 140
- Algunas consideraciones sobre la psiquiatría del aborto, 144
- Aspectos jurídicos del aborto, 147
- Ambito y capacidades hospitalarias, 179
- Funciones que realiza el departamento de admisión, 182
- Nuevas orientaciones y tendencias en la enseñanza de enfermería, 188
- El equipo de salud en el hospital, 196

PASTORAL HOSPITALARIA

- El capellán, agente de la pastoral en el hospital, 19
- Colaboración entre capellán y religiosa en el hospital, 25
- Reflexiones en torno a las pequeñas comunidades, 29
- Panorámica actual de la presencia de la religiosa sanitaria en la iglesia española, 71

- Los responsables del servicio religioso en el hospital hoy, 75
- Frente al misterio del dolor, 78
- Psicología del enfermo, 200
- Derechos de los enfermos defendidos en el Sínodo de Obispos, 204
- Importancia de la Pastoral en el hospital, 205

NOTICIARIO

- Nuevo provincial de los hermanos de san Juan de Dios, 208
- Hospitales*, 38, 89, 209
- Pastoral*, 42, 91, 216
- Revistas de revistas*, 47, 93, 221
- Bibliografía*, 164, 222

FOTOGRAFADOS

- Curación integral del niño, 9
- Enfermeras ante el microscopio, 13
- Niño Alberto Calzado, 104
- Mesa redonda sobre el aborto, 105
- Dr. J. Plaza Montero, 106
- Hermanos: Ramón Ferreró, 106. Gabino Gorostieta, 107 y 208. Francisco Sola, 107 y 217
- Grupo de asistentes a las lecciones sobre el aborto, 108
- Dr. Luis Campos, 109
- Dr. Jaime Antich, 118
- D. Raimon Bonal, 121
- Padre Benjamín Forcano, 133
- Dr. Francisco Palomero, 140
- Dr. Fernando Angulo, 144
- Dr. José M.^a Ferré, 147
- Grupo de I.F.H.E. en Barcelona, 211
- Asistentes a las jornadas bíblicas, 216
- Monseñor Ayala, 217
- Trabajo en equipo. Tehuacan, 217
- Grupo de alumnas, 217



FORET, S.A.
BARCELONA

les recuerda su especialidad

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

W. M. BLOSS

Licenciado en Ciencias

PRIMERA FIRMA EN ESPAÑA

APARATOS, MATERIAL E INSTRUMENTAL DE OFTALMOLOGIA

Completísima exposición de las marcas de
máxima calidad y prestigio mundiales

Servicio postventa garantizado

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

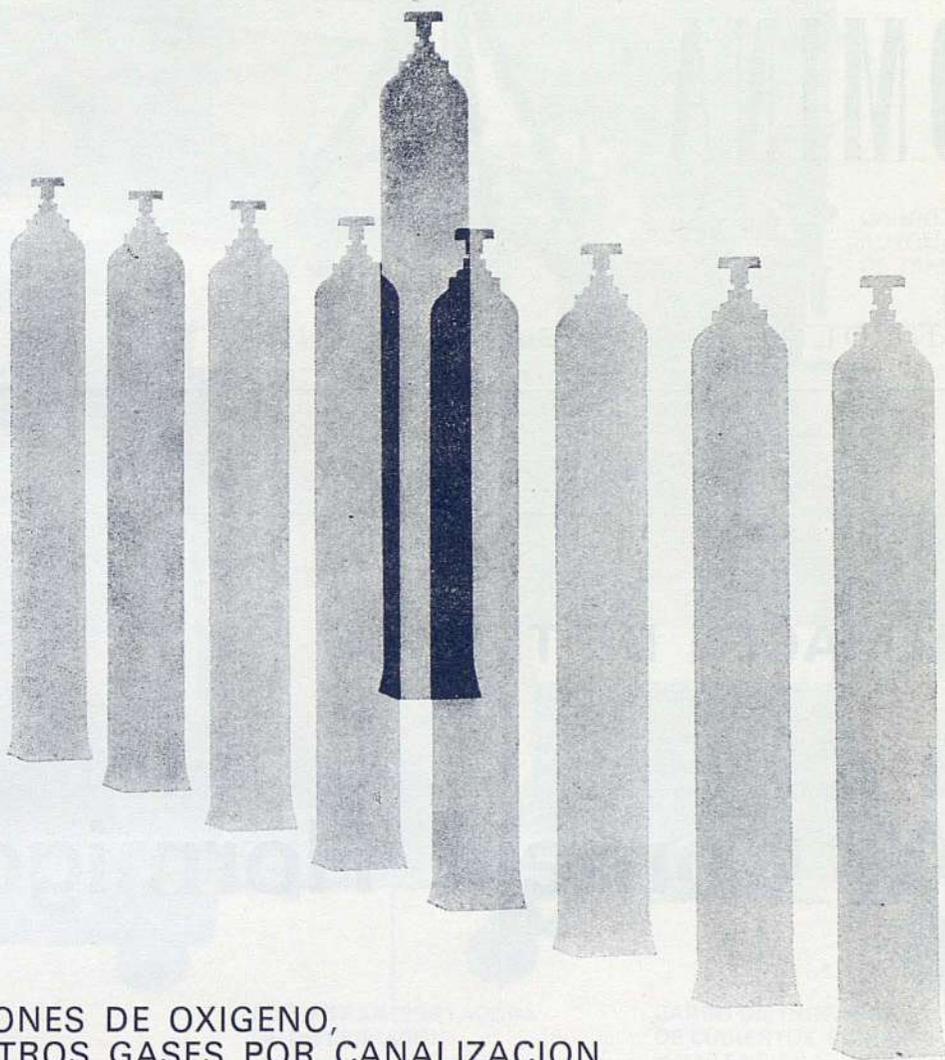
Calle Fernando Puig, 36-38 Teléfono 211 47 19 BARCELONA-6

Dirección telegráfica: WOMIG - Barcelona



OXIFAR, S. A.

Mas de 35 años de experiencia
en el campo de la oxigenoterapia
garantizan nuestras instalaciones y equipos.



INSTALACIONES DE OXIGENO,
VACIO Y OTROS GASES POR CANALIZACION

BARCELONA (13)
Enamorados, 136
Teléfono *225 82 60

MADRID (4)
Amador de los Rios, 1
Teléfono 419 28 00

ZARAGOZA
Baltasar Gracián, 7
Teléfono *25 72 53

Dirección Telegráfica «OXIFAR»

SISTEMAS DE TELEVISION EN CIRCUITO CERRADO

- ★ VENTA
- ★ ALQUILER
- ★ COLOR

OMINA



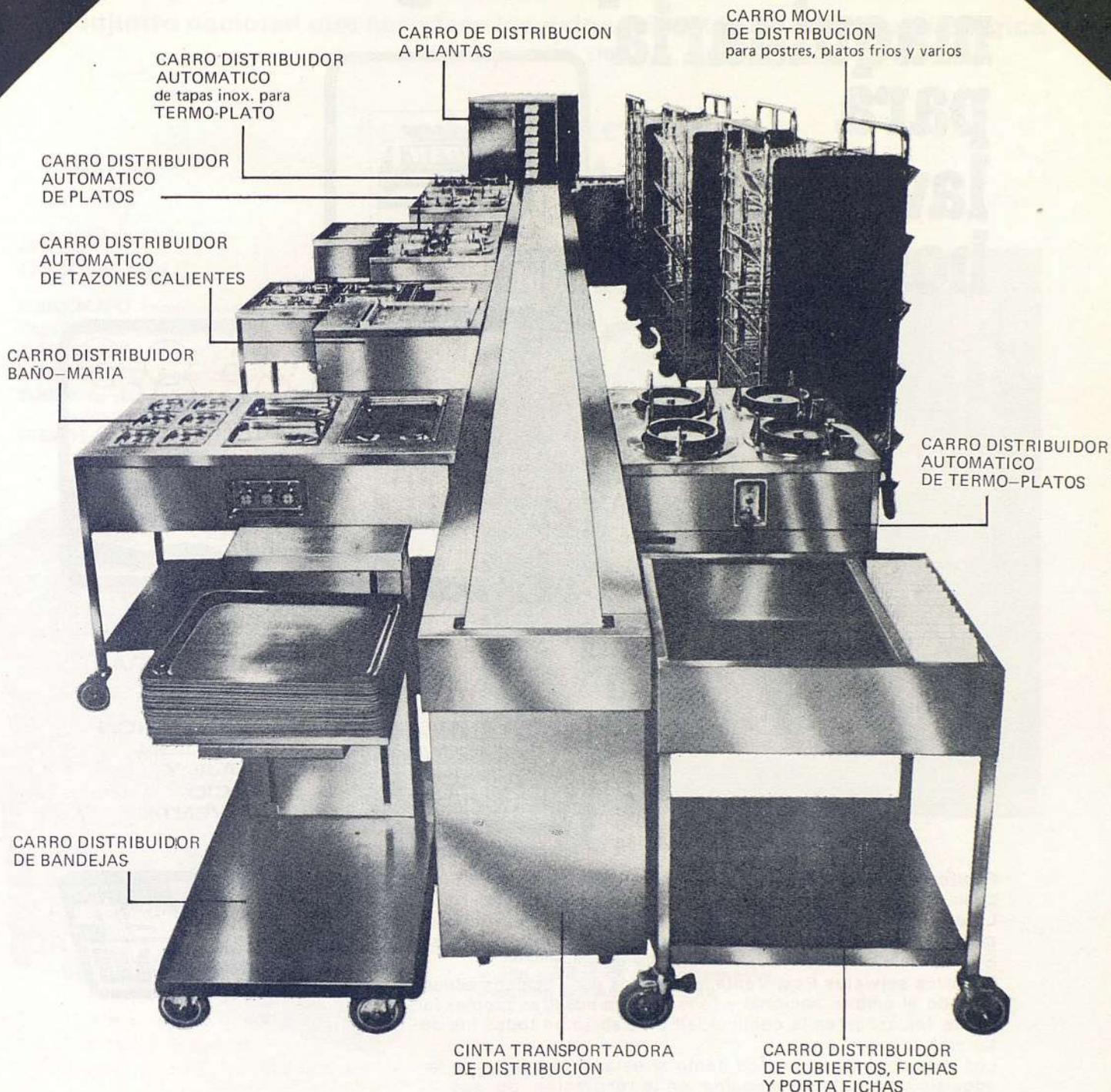
LINCOLN, 26 * BARCELONA-6 * TEL. 228 47 45

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

CASPE, 33 B
TELEFS. 302 00 47 - 317 75 49 - 318 12 11
BARCELONA (10)

Cinta completa de distribución de comidas



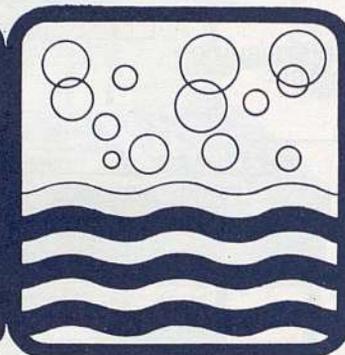
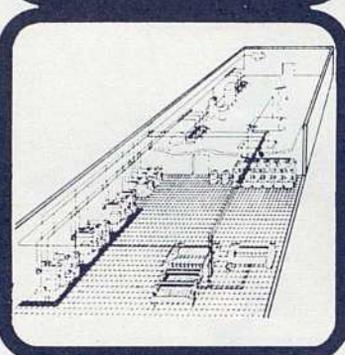
ADISA

SISTEMA DE DISTRIBUCION DE COMIDAS
PARA CLINICAS Y HOSPITALES

OFICINAS: Tuset, 8 - 10, 4.º (E. Monitor) Barcelona - 6
Tels. 228 54 58 - 228 02 04 - 228 98 23 - 218 23 12 / 16

ALMACEN Y EXPOSICION:
POLIGONO INDUSTRIAL CONGOST
Avda. San Julián s/n. GRANOLLERS

la más completa gama de maquinaria para lavandería hospitalaria



**LAVADORAS
SECADORAS
PLANCHADORAS**

**PROYECTO
CONSTRUCCION
INSTALACION
UTILLAJE Y
SERVICIO
POST-VENTA**

Fabricamos máquinas de gran calidad, capacidad y rendimiento para lavar, secar, planchar, etc., así como utillaje menor.

La experiencia de las importantísimas instalaciones realizadas nos permite darles referencias y realizar el montaje de sus instalaciones con absoluta seriedad, eficacia y garantía.

Nuestros servicios Post-Venta, atendidos por Técnicos situados en todo el ámbito nacional y formados en nuestras propias factorías, les aseguran la continuidad de trabajo en todos los detalles.

Les rogamos nos consulten, tanto si están interesados en la adquisición de alguna máquina, en la renovación de sus instalaciones actuales o en la realización de una nueva planta completa



GIRBAU, S.A.

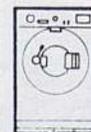
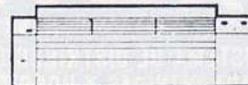
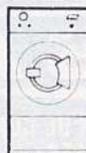
Carretera de Manlleu, Km. 1 Tel.(93)889 27 89/90 VICH (Barcelona)

Delegación Centro - Fundadores, 31 Tel.(91)245 57 15/40 - Madrid - 28

Delegación Cataluña - Santaló, 95-Tel.(93) 211 16 12 - Barcelona - 6

Delegación Francia - 13 a 21, rue de l'Elysée - Tel.(55) 77 98 25

87 000 Limoges - Francia



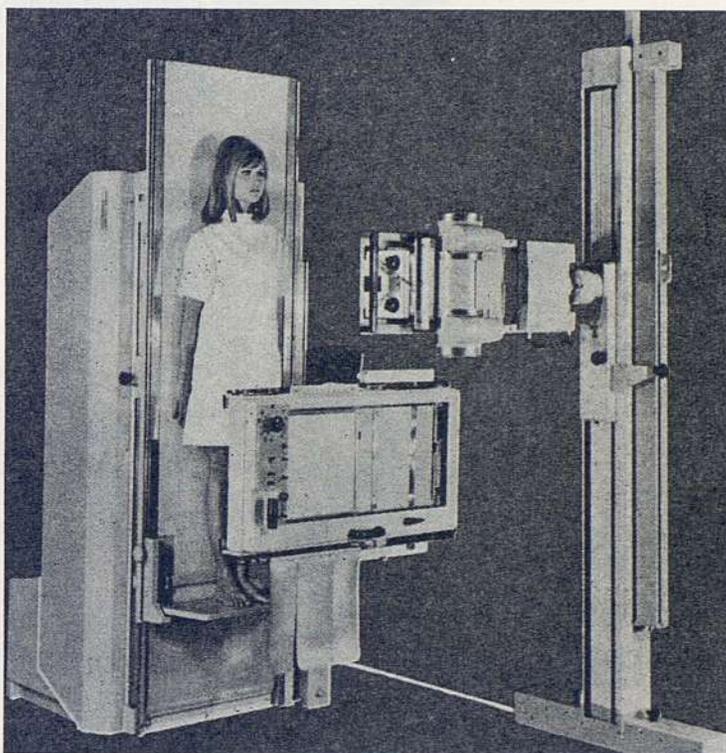
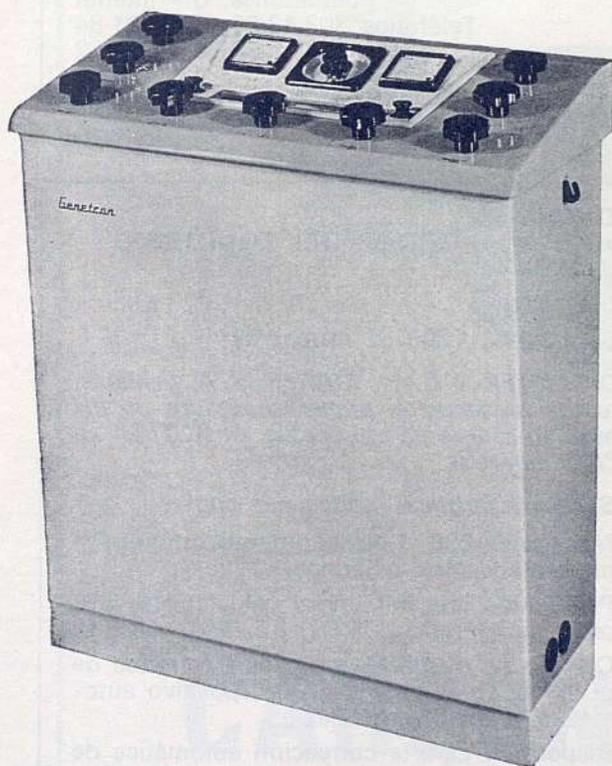
POR FIN...

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

GENERAL ELECTRICA
ESPAÑOLA

Mesa GENEMATIC

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



NUEVO GENERADOR DE RAYOS X

GENETRON
400 mA - 140 Kv

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

Onda plena rectificada por Kenotrones o
rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43
BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4
BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1
GIJON

General Sanjurjo, 53
LA CORUNA

Génova, 26
MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cuarteles, 47
MALAGA

Apóstoles, 17
MURCIA

Castelar, 25
SEVILLA

Eduardo Bosca, 20
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21
ZARAGOZA

HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas



Servicio cafetería



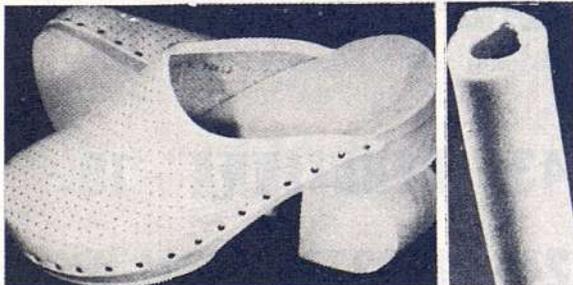
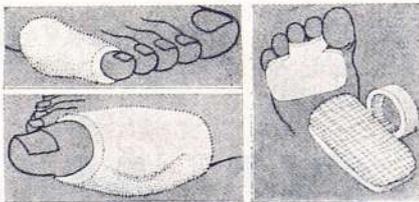
Antonio Matachana, s.a.

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

MAFRE

INSTRUMENTOS

ORTOPEDIA - MATERIAL CLINICO



Espronceda, 304-306, entlo. 4.ª
Tel. 351 53 03 - Barcelona 13

ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

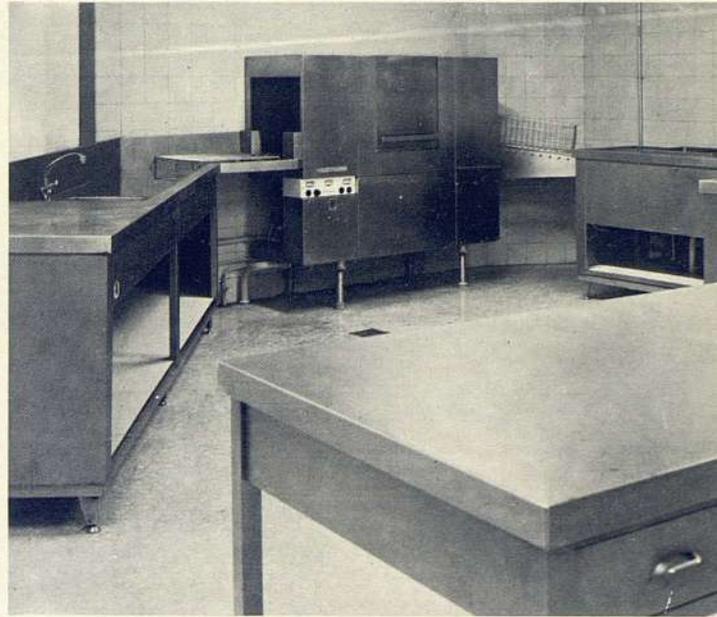
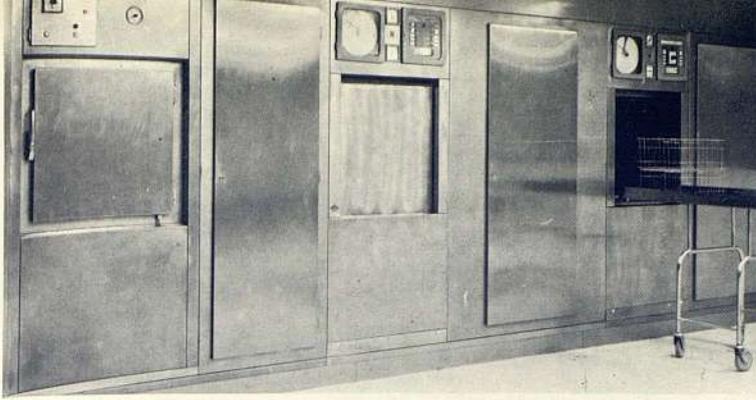
Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

Domicilio Social y Fábrica en:

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

Oficinas

Villarroel, 144 - Teléf. 254 14 07
BARCELONA 11

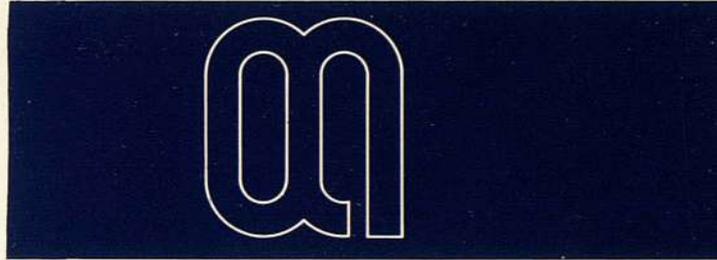


Instalaciones de:

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

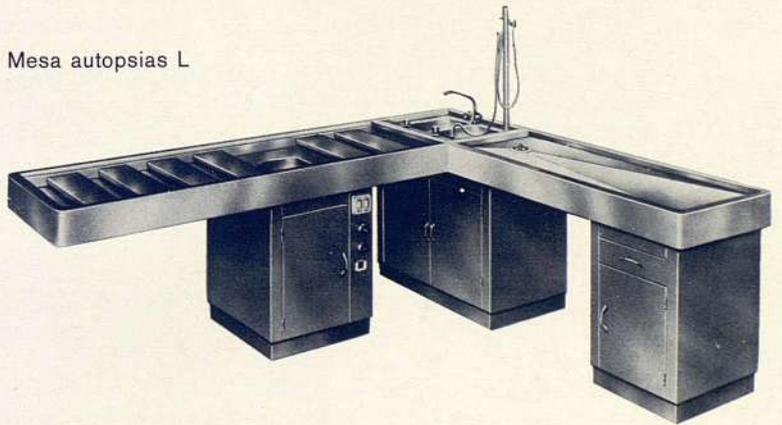
Entrega de:

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



Lavador de cuñas

Mesa autopsias L



PUBLICIDAD FLAGUE CAMPS



Antonio Matachana, s.a

VIA AUGUSTA, 11 - TELEFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA

LABOR HOSPITALARIA

nos ha
depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA" l'estalvi

CENTRAL

Rivadeneyra, 6 / Plaza de Cataluña
Tel. *301 12 08

AGENCIAS BARCELONA

Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundición, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31
Aribau, 121 / Rosellón
P.º Maragall, 386-388 / Petrarca
Avda. Mistral, 36 / Rocafort
Aribau, 272-274 / Mariano Cubi
Plaza Comas, 11-12 (Las Corts)
Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)
Artesanía, 96 (Guineueta)
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)
Menorca, 35 (Verneda)
Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94
Sagrera, 174 / Portugal, 4
Jaime Huguet, 6 / Plaza Hermanos Serra, 1

Avda. Madrid, 92 / Juan de Sada
Plaza del Diamante, 7 / Asturias, 56
Violante de Hungría, 100-102 (Sants)

SAN ADRIAN DE BESOS
Carretera de Mataró, 18

BADALONA:

Avda. Alfonso XIII, 607 / Juan XXIII
Avda. Alfonso XIII / esq. c/. San Lucas

PREMIA DE MAR:

Avda. 27 de Enero, 132

HOSPITALET

Maladeta, 10 / Mina, 42
Ctra. de Sta. Eulalia, 14 / Martí Codolar, 42

SAN FELIU DE LLOBREGAT

Avda. Marquesa de Castellbell, 116

PRAT DE LLOBREGAT

Coronel Sanfeliu, 79-81

i Vale más quien sirve mejor!