

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
HOS
PITALA
LABRIA**

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 31. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1978
Número 170. Volumen X

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 Eserverri
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 34

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

Sumario

LH OPINA

211 NUESTROS LECTORES TAMBIEN OPINAN

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- 212 NIVELES Y MEDIDAS DEL CONTROL DE CALIDAD
Por M. A. Asenjo Sebastián
- 220 LA ERGOTERAPIA EN EL SANATORIO PSIQUIATRICO
SAN JUAN DE DIOS
Por Armando Calderón

ASISTENCIA Y ENFERMERIA

- 234 ESCUELAS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA
Por C. Eserverri Chaverri

PASTORAL HOSPITALARIA

- 239 EL NUEVO PAPA ENTRE LOS ENFERMOS DE ROMA
- 242 DIEZ AÑOS DESPUES DE LA ENCICLICA HUMANAE VITAE
Por Francisco Abel, S. J.
- 246 SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.
BARCELONA
Por José L. Redrado y Francisco de Llanos
- 252 UNA CARTA AL PERIODICO AVVENIRE DE ITALIA
Por Carlos Zanetti

NOTICIARIO

- 254 HOSPITALES
- 260 PASTORAL
- 263 REVISTA DE REVISTAS
- 264 BIBLIOGRAFIA

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

LH opina

NUESTROS LECTORES TAMBIEN OPINAN

La buena acogida que los profesionales de la medicina, dispensan a LABOR HOSPITALARIA, nos lleva a valorar, en todo cuanto vale, la confianza que los lectores depositan en nosotros. Leen, con creciente interés, la literatura orientativa hospitalaria que encuentran en las páginas de la revista, y, desde largas distancias, animan a proseguir nuestro empeño informativo. Son muchos los lectores de los países hispanoparlantes que se interesan por dar a conocer su revista entre coetáneos, amigos y simpatizantes de los enfermos. Gracias a este interés creciente de sus lectores, LABOR HOSPITALARIA extiende su radio de influencia en los hospitales de las más diversas provincias y estados del mundo hispánico.

El equipo de LABOR HOSPITALARIA ha sopesado bien todos los valores positivos que esta trayectoria determina y se afana por superarse, cada vez más, para que nuestros amigos —de acá y de allá— no queden defraudados. Fruto de esta labor de equipo —callada y constante— es el respaldo que la revista ha recibido, con la colaboración de varios profesionales de alta formación hospitalaria. Esta colaboración da nueva vida y mayor impulso al quehacer diario que unos y otros realizan.

Todos están empeñados en que nuevos temas actuales, relacionados con la organización y pastoral de hospitales, sean tratados con gran responsabilidad y se expongan con asequibles métodos pedagógicos. Su pensamiento lúcido marcará una filosofía hospitalaria bien concreta y determinante, que influya en la transformación del nuevo bienhacer en el campo hospitalario. Ayudará asimismo a esclarecer ideas, a formar sanos criterios, a utilizar nuevos métodos que repercutan en beneficio del enfermo y de todo el entorno que le rodea.

Estas razones de peso llevan al equipo a buscar el consenso de todos los lectores para que el acierto en la selección de temas, sea cada vez más eficaz. Los lectores tienen también su opinión. Esta es siempre valiosa. Respetable. Eficiente. Sus ideas estimulan. Alegran. Abren nuevos horizontes. Obligan a superarse. Y si las opiniones se ponen de manifiesto, a través de una crítica sana y constructiva, cuanto los lectores dicen, es de un valor impresionante. Opinen nuestros lectores. Sus ideas consolidarán nuevas posiciones. Saber cómo enjuician su revista, los amigos que la leen; conocer los temas que prefieren, es una de las metas preferidas del equipo.

1979 centrará a LABOR HOSPITALARIA en el año 32 de su quehacer en el mundo informativo hospitalario. La edad madura en que ha entrado la revista, debe marcar un hito en el esfuerzo de abrir nuevos caminos que lleven a todos a recorrerlos unidos, con optimismo, con alegría, con afán de superación, con la mirada fija en el mejor servicio al enfermo, nuestro hermano.

Organización de hospitales

NIVELES Y MEDIDAS DEL CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL

I. NIVELES

En el hospital el control de calidad debe de ejercerse a todos los niveles, y tanto por individuos como por comités. La propia moral del hospital es la que más influye en el control de calidad.

Con un poco más de precisión pueden establecerse los siguientes niveles:

1 CONTROL INTERNO U HOSPITALARIO

1.1 *Estamento médico y Dirección*

- 1.1.1 Comisión de Selección
- 1.1.2 Comisión de Archivos
- 1.1.3 Comisión de Mortalidad
- 1.1.4 Comisión de Farmacia
- 1.1.5 Comisión de Tejidos o Anatomía Patológica
- 1.1.6 Comisión de Enseñanza
- 1.1.7 Comisión de Utilización
- 1.1.8 Comisión de Acreditación
- 1.1.9 Conferencia de Correlación Clínico-patológica
- 1.1.10 Sección de Coordinación Oncológica

No describiré las misiones, funcionamiento y resultados de los comités por cuanto lo he hecho en diversos trabajos y alargaría éste en exceso ^{1, 2, 3, 4}.

1.2 *Estamento de Enfermería*

En relación al Departamento de Enfermería, y concretamente a la infección, uno de los gravísimos problemas que actualmente se le plantea a todo hospital, es preciso tener en cuenta que el Departamento de Enfermería tiene una capital importancia en conexión

con la Comisión de Infecciones. El Departamento es, en definitiva, el que constituye la interfase entre los pacientes y el resto del mundo hospitalario. La enfermera mueve a los pacientes, los toca, los baña, los cambia y los alimenta. Están en íntimo contacto con sus ropas, material de curas, sondas, jeringas, termómetros, cuñas y bateas. Está veinticuatro horas al día, siete días a la semana, cincuenta y dos semanas al año, y todos los años de la vida del hospital.

La presencia de una infección en el hospital no puede preverse con certeza, sino con alguna probabilidad; por tanto deben de considerarse desde un punto de vista estadístico. Precisamente, por ser la enfermera la interfase paciente-hospital, sobre ella recae este control y el concepto de «probabilidad» suele ser enojoso para la enfermera. Responden a la ley del «todo o nada». Por ejemplo: un material está estéril o contaminado, una técnica es aséptica o séptica, un fallo de la técnica causa la infección, etc. Ello dificulta extraordinariamente el control ⁵.

Es preciso tener en cuenta que la completa ausencia de microbios garantiza la completa ausencia de infección, pero que, no obstante, hay escalas graduales de riesgo. Si no se puede cero, serán muy pocos, si no, los menos posibles.

Las fuentes de la infección pueden ser:

1. Autógenas. Procedentes del propio paciente.
2. Humanas. Procedentes del personal hospitalario.
3. Ambientales. Procedentes del propio hospital.
4. Vehículos ingeribles. Alimentos, agua, leche.
5. Insectos y roedores.

Precisamente, las cuatro últimas fuentes constituyen

las fuentes exógenas, o lo que se conoce como la posibilidad de infecciones cruzadas.

Para el control existen dos formas:

- a) Reducir el número de microorganismos en las fuentes y
- b) Reducir el número de oportunidades de contactos agente-huésped.

Los métodos empleados para dicho control se basan en:

1. Técnicas de asepsia.
2. Técnicas de aislamiento.
3. Técnicas de descontaminación.
4. Técnicas de esterilización.

Precisamente las más fáciles de controlar, y por cierto las más numerosas, son las exógenas, y en ello tiene fundamental importancia el Departamento de Enfermería. Para medir la calidad del Departamento de Enfermería, indirectamente, se puede hacer conociendo el grado y número de infección existente en un hospital dado.

Lesnik y Anderson⁶, han precisado las siete áreas de control del Departamento de Enfermería, que se han identificado, en resumen, de la siguiente manera:

1. Vigilancia del paciente, que entraña todo el manejo de la asistencia y exige la aplicación de principios biológicos, físicos y sociales.
2. Observación de síntomas y reacciones, incluidas las de orden somático y mental, que exigen aplicación de principios fundados en las ciencias biológicas, físicas o sociales.
3. Anotación exacta de hechos, incluyendo valoración de la asistencia integral al paciente.
4. Supervisión de otras personas, excepto los médicos, que participan en la asistencia del paciente.
5. Aplicación y ejecución de procedimientos y técnicas de enfermería.
6. Dirección y educación para asegurar la asistencia física y mental.
7. Aplicación y ejecución de las órdenes de los médicos acerca de tratamientos y medicamentos, con la comprensión de causa y efecto de las mismas.

El estudio de la Jurisprudencia demuestra que los Tribunales, según estos autores, consideran funciones independientes las comprendidas en los primeros seis apartados mencionados y de cuya adecuada realización es responsable el Departamento de Enfermería.

Estas siete áreas de control pueden concretarse en los dos grandes grupos siguientes:

1. Funciones técnicas, cuya completa descripción la hemos realizado en otro lugar⁷:
 - a) Actividades generales. Auditoría.
 - b) Protección emocional al paciente.
 - c) Seguridad del paciente.
 - d) Cuidado espiritual del paciente.

2. Administrativas:

- a) Estudio de tiempos.
- b) Estudio de productividad.

Con respecto a estas últimas, un método de evaluación es el de analizar alguno de los aspectos administrativos correspondientes al Departamento de Enfermería, tales son:

- El estudio de tiempos.
- El estudio de productividad.

Por lo que se refiere a tiempos, Jhonn F. Roche⁸ recibió el encargo de estudiar en qué proporciones se empleaba el tiempo del Departamento de Enfermería entre los diferentes tipos de trabajo.

Dicho autor empleó varios métodos para observar las actividades:

1. Observación continua con observadores que hacían *sombra* al personal de enfermería.
2. Solicitar al personal que diera informes acerca de su trabajo.
3. Empleo de la técnica de muestreo de trabajo.

Con tal propósito, consiguió una lista de cuarenta y siete actividades de trabajo que abarcan, incluso, el tiempo de descanso y las actividades de todo el personal de la Unidad. Las cuarenta y siete características actividades se redujeron a las seis categorías siguientes:

1. Cuidado directo del paciente:
 - Asistir a los médicos en sus consultas.
 - Efectuar visita con los médicos.
 - Procedimientos de enfermera.
 - Visita de enfermera.
 - Cuidados de urgencia.
 - Observación de pacientes.
 - Enseñanza.
 - Servir alimentos y bebidas.
 - Limpiar zona inmediata al enfermo.
2. Cuidados indirectos del paciente. Tales son:
 - Informaciones.
 - Gráficas.
 - Equipo de seguridad.
 - Paso de recetas al archivo.
 - Admisión y despedida.
 - Recepción de informes.
3. Intercambio de informes:
 - Informes.
 - Asignaciones.
 - Conversaciones para establecer las necesidades con los médicos y personal técnico.
 - Envío de información.
4. Supervisión:
 - Supervisión del personal.
 - Evaluación del personal.
 - Planificación.
 - Instrucción del personal.
 - Trabajo con los monitores.
 - Conferencias.

5. Varios. Aquí se incluyen actividades de:

- Limpieza.
- Suministros.
- Solicitudes.
- Almacenado.

6. No productivas. Tales son:

- Tiempo de descanso.
- Tiempo de desayuno.
- Tiempo de comida.
- Solaz de personal.

Para el estudio se tabularon, aun recogiendo información de todo el hospital, con la finalidad de que el estudio fuera secreto, las zonas de:

- Cirugía.
- Medicina.
- Pediatría.
- Maternidad.

Los resultados obtenidos se muestran en la tabla siguiente, correspondiente a mil quinientas cincuenta y seis observaciones.

Categoría del trabajo	Jefa enfermeras	Super-visoras	Enfer-mera	Auxiliar	Sani-tario
Atención directa al paciente	35,6	41,2	27,8	31,5	3,0
Atención indirecta de paciente	30,5	33,8	49,8	31,0	46,4
Intercambio de información	17,4	12,5	7,2	17,2	10,1
Supervisión	5,5	5,5	1,7	2,2	6,5
Misceláneas	0,5	1,0	0,8	3,1	17,9
No productivo	10,5	6,2	12,7	11,4	16,1

La comparación entre los niveles observados y la opinión de los observadores relativa al nivel que debería alcanzarse, proporciona los resultados de la tabla siguiente:

Categoría del trabajo	Jefa enfermeras	Super-visoras	Enfer-mera	Auxiliar	Sani-tario
Atención directa al paciente	86	85	89	99	—
Atención indirecta del paciente	58	63	73	80	100
Intercambio de información	94	79	88	99	100
Supervisión	92	88	50	89	100
Misceláneas	0	67	0	77	97

A la vista de estas tablas, no resulta difícil comparar los resultados en dicho hospital en relación a los que

obtenga el hospital que nosotros tratemos de evaluar.

Por otra parte, Rösch⁹ ha realizado estudios de productividad del personal del Departamento de Enfermería, y, precisamente, estudiando un numeroso grupo de hospitales, durante el período comprendido entre 1951-1966, ha llegado a los siguientes resultados:

Crecimiento de efectivos	3,6-4,2 % año
Crecimiento de actos productivos	9,2 % »
Crecimiento de la productividad	3,7 % »

1.3 Dirección y Junta de Gobierno.

Control de Costos

A veces, un mayor costo no significa una mejora de la calidad. J. H. Knowles, director que fue del Massachusetts General Hospital, hoy es presidente de la F. Rockefeller, ha manifestado: «Cuando el equilibrio entre la personalidad del director y la autoridad moral y técnica que se le concede está en duda, entonces el presupuesto se dispara a límites inconcebibles sin que en absoluto se note ninguna mejora en la calidad de la asistencia».

Es descorazonador, sin embargo, saber que el director sólo tiene influencia directa y decisión libre en el gasto aproximado de un 10 por 100 del total del gasto hospitalario. El otro 90 por 100 cae dentro de los límites que se aceptan por decisiones a nivel médico o de enfermería. Si la nómina de este personal constituye el 75 por 100 del total gasto del hospital, si él es el directo responsable de la calidad y del 90 por 100 del coste no es extraño que a su valoración, selección y conservación hayamos dedicado otro artículo en esta revista misma. En cuanto a su organización y dotación hemos dedicado tiempo y lo hemos expuesto en otro lugar⁷, pues de todo ello depende, casi el 95 por 100, de la calidad asistencial.

2 CONTROL EXTERNO O EXTRAHOSPITALARIO

2.1 Normativa general de estándares hospitalarios mínimos

2.2 Existencia de una Comisión de Acreditación ajena a los hospitales

2.3 Adhesión de la Junta de Gobierno a dichos estándares

2.4 Conocimiento público de los hospitales adheridos o no

2.5 Presencia en las Juntas de Gobierno de personas representativas de los usuarios del hospital, democráticamente elegidas

En definitiva, para obtener una adecuada calidad asistencial se precisa:

a) Disponer de una estructura física y funcional correcta, sobre todo esta última. Para ello es necesario:

1. Dividir el trabajo racionalmente.
2. Delegar responsabilidades.

3. Equilibrar la correspondencia entre autoridad y responsabilidad.
4. Disponer de adecuados canales de información.
5. Delimitación exacta de deberes y derechos.
6. Marcar objetivos asistenciales escritos y cuantificados.
7. Planificar las Divisiones, Departamentos, Servicios y Secciones adecuadamente.
8. Organizar correctamente cada uno de ellos.
9. Coordinar, perfectamente, la acción de cada grupo, estableciendo exactamente sus relaciones, y
10. Plasmarlo todo ello en un Organigrama y en una Normativa escrita.

- b) Disponer de un personal altamente cualificado y motivado. La calidad del hospital se ve altamente favorecida si cada uno de los componentes del mismo posee las siguientes cualidades:
1. Adecuada formación científica.
 2. Adecuada aplicación técnica de esa formación.
 3. Adecuada formación humana.
 4. Adecuada formación psicológica.
 5. Adecuada formación sociológica.
 6. Adecuada formación en higiene y educación sanitaria.
 7. Adecuado sentido de la responsabilidad.
 8. Adecuada estabilidad emocional.
 9. Adecuada formación empresarial.

Se ve dificultada por las siguientes razones:

- Problemas de índole personal.
- Escasez de adecuado material.
- Deficiencias en la comunicación.
- Escasez de personal. «Las investigaciones sobre relación entre personal y calidad han sido muy limitadas, por los complejos problemas implicados en la medida de la calidad. Nadie puede decir con certeza que un alto nivel de dotación de personal lleve a una elevada calidad de la asistencia¹⁰».

Es fundamental, también, disponer de unos protocolos escritos de diagnóstico y/o tratamiento para el mayor número posible de entidades nosológicas, que se van actualizando, así como normas escritas de actuación sobre los pacientes: médicas y de enfermería.

II. MEDIDA DE RESULTADOS

El análisis de resultados, comparándolos con los objetivos, nos indica la calidad o cantidad, según lo comparado, y dividiéndolo por el coste nos indica el rendimiento.

Refiriéndonos a calidad, un buen método es el llamado de Auditoría Médica, que pretende esclarecer los siguientes aspectos¹¹:

- Si el diagnóstico del paciente fue el más correcto.
- Si la terapéutica fue la científicamente indicada, de acuerdo con el diagnóstico.
- Si el tratamiento no dio el resultado esperado, a qué fue debido.

La regulación de su funcionamiento, evaluación, composición, responsabilidades y calificación junto con el resto de aspectos a valorar para la obtención de una adecuada calidad deben de explicarse en unas «Normas de Funcionamiento del Comité de Auditoría, Control de Calidad y Acreditación⁷»:

De otra parte, los resultados obtenidos pueden compararse con standars conocidos u objetivos marcados, tales como:

CIFRAS STANDARD

Composición del personal médico	10
Sistema de nombramiento	10
Grado de dedicación al hospital	25
Departamentalización	20
Comisiones de control	15
Documentación	10
Flexibilidad de la estructura	10

Puntuación máxima total 100

CIFRAS STANDARD

Mortalidad total, máxima	4	%
Mortalidad recién nacido, máxima	1,5	%
Mortalidad de la madre, máximo	0,25	%
Nacidos muertos, máximo	1,5	%
Operación cesárea	6	%
Muerte durante la anestesia, máximo	1/5.000	
Muerte postoperatoria (diez días)	1/100	
Infección postoperatoria, máximo	4	%
Complicaciones, máximo	4	%
Interconsultas, mínimo	15	%
Cirugía innecesaria, máximo	5	%
Número de autopsias, mínimo	20	%

VALORACIÓN DEL EXPEDIENTE

Antecedentes	4
Padecimiento actual	8
Exploración	8
Diagnósticos probables	5
Diagnósticos definitivos	10
Notas de evolución	10
Solicitudes de exámenes complementarios	5
Consultas con otras especialidades	5
Tratamiento medicamentoso o quirúrgico	5
Dosis	5
Duración de la estancia	5
Dieta	5
Resumen clínico	5
Adecuación de días de estancia	5
Citas para consultas	5
Presentación en forma correcta del expediente	5

Pueden realizarse, igualmente, estudios sobre aspectos parciales del hospital. Con respecto al Servicio de Radiodiagnóstico, E. A. S. Pedrosa ha publicado un magnífico trabajo¹³.

Es útil, también, analizar las interrelaciones entre Servicios Clínicos y Generales¹⁴.

Hospital	CAMAS			PACIENTES			PERSONAL			ALUMNOS			AUTOPSIAS Total en 1 año
	Unidad. general.	Unid. espec.	Total	Ingre- sados	Estancias	Consult. externas	Médicos			Personal Total	Licenc. ^a M. ^a	A. T. S.	
							Plantilla	Postgra.	A. T. S.				
A-1	715	26	741	12.121	241.050	78.225	153	151	238	1.623	114	231	177
A-2	2.766	74	2.840	41.550	784.359	82.040	393	101	644	3.587	472	160	164
A-3	376	63	439	6.788	134.185	188.732	111	162	338	1.044	105	15	71
B-1	1.648	24	1.672	41.104	549.247	40.136	319	275	382	2.450	2.500	163	348
B-2	976	84	1.060	13.412	282.041	17.952	237	197	300	1.587	2.005	174	452
B-3	638	12	650	11.751	157.477	163.780	170	62	313	817	3.800	150	160
C-1	2.037	48	2.085	67.808	781.157	358.441	658	164	1.197	4.336	314	250	872
C-2	1.800	124	1.924	61.268	657.239	962.905	700	202	1.801	5.494	—	—	561
C-3	2.115	73	2.188	39.672	519.543	275.962	399	132	1.224	3.771	—	150	249
D-1	357	25	382	10.318	106.882	88.195	97	70	91	578	—	391	17
D-2	522	25	547	7.866	148.226	50.890	71	96	93	778	—	219	44
D-3	968	12	980	17.450	242.274	156.928	150	—	149	764	150	—	27

Año 1972

Hospital	Personal	Productos	Otros gastos	Gastos totales funciona- miento	Gastos capital	Gastos investi- gación
A-1	302.913	162.142	5.018	470.073	58.961	23.360
A-2	696.408	331.594	—	1.028.002	65.000	5.000
A-3	286.493	121.253	12.842	420.588	158.370	21.219
B-1	561.967	238.431	42.827	843.225	37.677	7.000
B-2	259.322	139.206	12.183	410.711	72.298	6.242
B-3	195.842	67.917	—	263.759	7.000	1.800
C-1	1.033.257	525.474	43.530	1.602.261	355.409	2.630
C-2	1.177.498	393.694	60.143	1.631.335	209.138	—
C-3	692.657	274.261	85.249	1.052.167	101.649	—
D-1	63.705	56.351	6.592	126.648	66.556	400
D-2	153.210	84.182	5.267	242.664	—	—
D-3	162.865	93.457	2.240	258.562	7.532	—

Año 1972

Hospital	Ocupa- ción	Promed. estanc.	Costo medio estancia ¹	Gast. pers. Gasto total ¹	% gastos invest. total	% au- topsias s/fallec.	Pers./ cama	Camas por médico		Camas A. T. S.	Camas por alumno	
								plantilla	Postgra.		Licenc. ^a M. ^a	A. T. S.
A-1	89,1	19,8	1.950	64,4	4,2	42,5	2,2	4,8	4,9	3,1	6,5	3,2
A-2	75,7	18,9	1.310	67,7	5,2	7,7	1,3	7,2	28,1	4,4	8,0	17,7
A-3	83,7	19,8	3.134	68,1	3,5	27,4	2,4	3,9	2,7	1,3	4,2	29,3
B-1	90,0	13,3	1.535	66,6	0,8	29,8	1,5	5,2	6,1	4,4	0,7	10,3
B-2	72,9	21,0	1.456	63,1	1,3	67,2	1,5	4,4	5,4	3,5	0,5	6,1
B-3	66,4	13,4	1.675	74,3	0,7	56,7	1,3	3,8	10,5	2,1	0,2	4,3
C-1	102,6	11,5	2.051	64,5	1,3	32,8	2,1	3,2	12,7	1,7	6,6	8,3
C-2	93,6	10,7	2.482	72,2	—	40,8	2,8	2,7	9,5	1,1	—	—
C-3	65,0	13,1	2.025	65,8	—	28,9	1,7	5,5	16,6	1,8	—	14,6
D-1	76,6	10,3	1.185	50,3	0,2	4,6	1,5	3,9	5,4	4,2	—	1,0
D-2	74,2	18,8	1.637	63,1	—	7,9	1,4	7,7	5,7	5,9	—	2,5
D-3	67,7	13,9	1.067	63,0	—	7,5	0,8	6,5	—	6,6	—	—

¹ Sin gastos de amortización.

Pueden estudiarse, por ejemplo, el hospital en cuestión en relación a grupos de hospitales, comparando el número de análisis y radiografías realizadas por admisión o estancia, tal como se expresa en los cuadros que se insertan en las páginas siguientes.

Grado de aceptación social del hospital.

Diversos índices nos pueden ayudar a valorar el grado de aceptación social del hospital, tales como:

- Índice de ocupación.
- Listas de espera.
- Número de consultas en policlínicas.

Así como los aspectos de:

- Comentarios en los medios de comunicación social: favorables y desfavorables.
- Quejas de pacientes.
- Quejas de proveedores.
- Clase económico-social que acude al hospital.

Es preciso tener presente que el Servicio de Urgencias y las Policlínicas son muy sensibles, por lo que respecta a la aceptación social y ello por diversas circunstancias, entre las que destaca el número de actos realizados.

Dichos Servicios, junto con el de Información —teléfono—, son las verdaderas puertas del hospital, por donde se relaciona con la población a cuyo servicio debe de encontrarse.

- Número de solicitudes a plazas vacantes de: médicos de plantilla, médicos residentes, enfermeras y auxiliares, etc.
- Número y calidad de las publicaciones de sus miembros.
- Reuniones científicas desarrolladas.
- Contribución a la formación continuada.
- Relaciones con los médicos de familia.
- Coordinación con esfuerzos sociales comunitarios.
- Campañas de medicina preventiva.
- Contribución a la educación sanitaria.

Los Reglamentos de Régimen Interior constituyen elementos importantes para mejorar la calidad asistencial.

El Reglamento de Régimen Interior debe de regular los siguientes aspectos:

- I. Organos de Gobierno.
- II. Funciones y atribuciones de los Organos de Gobierno.
- III. Servicios que el hospital dispensa.
- IV. Cometidos del personal.
- V. Usuarios del hospital: derechos y deberes.
- VI. Normas sobre presupuestos y contabilidad.

En resumen ¹⁵:

- a) Deben de regular las líneas generales de la organización, y
- b) Comprender todo aquello que sea de inexcusable conocimiento para el personal y para los

asistidos en orden a un correcto funcionamiento del hospital.

Es preciso tener en cuenta que los reglamentos extensos y minuciosos son generalmente los menos eficaces y los más incumplidos. Las normas de un reglamento interno deben ser pocas y claras, imperativas en su terminología y referidas únicamente a los aspectos clave de la organización hospitalaria que regulan. No obstante, quedarán perfectamente regulados los siete capítulos anteriormente mencionados y, especialmente:

- Las atribuciones y funcionamiento de la Junta Facultativa y sus Comités.
- El sentido de apoyo y generalidad de los Servicios Comunes respecto a los de asistencia directa del enfermo.
- La organización y funcionamiento del Departamento de Enfermería.
- El funcionamiento y utilización del Archivo.
- El régimen de altas de los enfermos.
- La actividad docente y de investigación.
- El método de selección y perfeccionamiento del personal.
- El funcionamiento de los servicios administrativos, especialmente los económico-contables.
- El establecimiento de una contabilidad que permita conocer el coste por acto o servicio, y
- Responsabilidad de los Organos de Gobierno y de cada puesto-tipo de trabajo en el hospital.

III. DIFICULTADES PARA EL CONTROL DE CALIDAD

Las dificultades que se han opuesto al control son de diversos tipos:

1 Dificultades materiales:

- 1.1 Falta de tiempo. Siendo una de las funciones principales no puede ser válida esta excusa.
- 1.2 Incompetencia del personal. De ser cierta esta razón, el control se hace imprescindible.
- 1.3 Existencia de demasiada gente. Si es necesaria no es malo y si no lo es hay que controlar para demostrarlo y corregirlo.
- 1.4 Escasez de personal. Es la misma objeción que la falta de tiempo.

2 Dificultades psicológicas:

A este respecto se han emitido los siguientes comentarios:

- 2.1 Control, consecuencia de desconfianza. No debería ser ésta la expresión adecuada, sino la de que «control consecuencia de la necesidad de asegurarse una buena calidad».

Establecimientos	Especialidades	Número de análisis por cada caso tratado							Promed.
		> 50	50-100	101-200	201-300	301-400	401-500	< 600	
Hospitales universitarios	Cirugía	—	—	34	11	22	11	11	347
	Medicina	—	—	—	—	10	10	30	585
	Pediatría	—	—	38	—	38	12	—	350
Centros hospitalarios	Cirugía	—	38	31	31	—	—	—	136
	Medicina	—	—	6	57	37	—	—	270
	Pediatría	—	—	20	50	20	—	10	267
Hospitales	Cirugía	47	34	16	—	—	3	—	65
	Medicina	10	37	27	10	10	3	—	150
	Pediatría	16	36	16	16	16	—	—	120

Establecimientos	Especialidades	Número de análisis por días de hospitalización							Promed.
		> 5	5-10	11-15	16-20	21-30	31-40	< 40	
Hospitales universitarios	Cirugía	—	11	34	33	11	—	11	19
	Medicina	—	10	—	—	50	30	10	29
	Pediatría	—	—	15	25	37	15	12	12
Centros hospitalarios	Cirugía	6	44	25	19	6	—	—	11
	Medicina	—	12	38	25	25	—	—	17
	Pediatría	—	10	30	30	20	10	—	18
Hospitales	Cirugía	67	23	7	—	3	—	—	5
	Medicina	44	—	—	—	—	—	—	7
	Pediatría	34	34	16	16	—	—	—	6

Establecimientos	Especialidades	Número de exploraciones radiológicas por admisión					Promed.
		> 10	10/20	21/30	31/50	51/100	
Hospitales universitarios	Cirugía	—	10	53	50	10	36
	Medicina	—	—	37	40	50	11
	Pediatría	4	10	33	29	—	27
Centros hospitalarios	Cirugía	—	34	53	13	—	22
	Medicina	—	13	37	50	—	27,7
	Pediatría	1	66	33	—	—	20,4
Hospitales	Cirugía	20	37	37	3	3	16
	Medicina	28	38	14	17	3	17
	Pediatría	—	50	50	—	—	18

Establecimientos	Especialidades	Número de exploraciones radiológicas por día de hospitalización						Promed.
		0,5	0,5-1	1,1-1,5	1,6-2	2,1-3	3,1-4	
Hospitales universitarios	Cirugía	—	—	58	42	—	—	2,4
	Medicina	—	—	—	20	60	20	2,6
	Pediatría	—	12	—	38	38	12	2
Centros hospitalarios	Cirugía	—	—	40	26	30	—	1,5
	Medicina	—	19	18	38	25	—	1,6
	Pediatría	—	11	56	22	11	—	1,4
Hospitales	Cirugía	20	20	43	10	7	—	1,1
	Medicina	41	28	24	—	7	—	0,5
	Pediatría	17	33	50	—	—	—	0,7

- 2.2 Controles que se hacen sin aviso. Evidentemente, el control no debe realizarse así; previamente ha de ser organizado, anunciado y aceptado.
- 2.3 Algo mal hecho, siempre reprimenda. Si se hace así, se hace mal. Lo que sí es preciso es analizar las causas de ese malquehacer e indicar la vía de corrección.
- 2.4 No somos niños pequeños. Eso se da por supuesto, y por ello se realiza: «Lo que es bueno para el hospital, es bueno para sus enfermos y su personal».
- 2.5 El control es insoportable. No es cierto. Lo que puede ser insoportable es el método.

BIBLIOGRAFIA

1. ASENJO, M. A.: *Normas de Funcionamiento de la División Médica del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona*. 38, 1972.
2. ASENJO, M. A.: *Estudio económico-asistencial y régimen de gobierno*. Reglamento y Servicio del nuevo Hospital Provincial. Diputación Provincial de Jaén, 1968.
3. ASENJO, M. A.: *Valoración de la eficacia de los cuidados médico*. «Mundo Hospitalario», pág. 16, 19-II-69.
4. ASENJO, M. A.: *Control de Calidad de la Estructura Funcional Hospitalaria*. II Congreso Nacional de Calidad. Calidad y su responsabilidades. Sesiones y Conferencias, 149-186, Barcelona, diciembre 1974.
5. GREEN, V. W.: *Control de la Contaminación Microbiana*. Parte III. Papel del Servicio de Enfermería. Archivo

- Dirección General de Sanidad, núm. 588, traducido de «Hospitals», 16-XI-69.
6. LESNIK, M. J. y ANDERSON, B. E.: *Nursing Practice and the Law*. Ed. 2, 258-282. The Legal Pattern Identifying Nursing Areas and Functions.
 7. ASENJO, M. A.: *Estructura Funcional Hospitalaria y Control de Calidad Asistencial*. Subsecretaría de la Salud, 1978, pág. 117 y s.s., Madrid.
 8. ROCHE, J. F.: *Muestreo del Trabajo de las Actividades del Personal Enfermero*. Dirección y Organización. Ibero-Europea, págs. 316-319, 1969.
 9. ROSCH, G.: *Economique Medicale*. «Flammarion Médecine-Sciences», pág. 103, 1973.
 10. AYDOLETTE, M. K. (traducido por Nájera, P.): *Dotación de personal buscando una asistencia de gran calidad*. Archivo Dirección General de Sanidad, núm. 762.
 11. ASENJO, M. A.: *Valoración de la eficacia de los cuidados médicos*. «Mundo Hospitalario», 16, 19-III-69.
 12. PELÁEZ, F.: *Indices estadísticos como expresión de la calidad asistencial*. II Congreso Nacional de Calidad. Sesiones y Conferencias, 218-219, 1974.
 13. PEDROSA, S. C.: *Control de calidad en los departamentos de Radiodiagnóstico*. «Radiología», 15, 233-254, 1973.
 14. A. MÉDICA. 1, 11-13, 1973.
 15. PORRAS URUE, P.: Archivos Dirección General de Sanidad, núm. 492. Escuela de Dirección y Administración Hospitalaria, Madrid.

Dr. M. A. ASENJO SEBASTIAN

Director de los cursos de Gestión Gerencial Hospitalaria de E. A. D. A.; Profesor de la Escuela Nacional de Administración Hospitalaria; Director Técnico del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

LA ERGOTERAPIA EN EL SANATORIO PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS

*Al hermano Javier,
quien consagrara su vida al cuidado de los enfermos mentales*

PRESENTACION

Nos proponemos recoger en este informe las experiencias obtenidas en la utilización de la ergoterapia* como parte del tratamiento de los pacientes ingresados en el Sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios, La Habana, Cuba. Al mismo tiempo describiremos brevemente los otros cambios que se llevaron a cabo como resultado del proceso de transformación de nuestra institución.

Este es un trabajo básicamente descriptivo. Las conclusiones que del mismo se desprenden son subjetivas, ya que son nuestra evaluación personal de los resultados obtenidos.

En los intentos por iniciar actividades destinadas a la rehabilitación de los enfermos mentales se presentan situaciones que, aunque con modalidades distintas, tienen características comunes. Esperamos que las soluciones dadas a algunos de los problemas encontrados sean útiles a otros grupos que se lancen en una tarea semejante.

INTRODUCCION

En el hospital psiquiátrico tradicional tipo depósito, en el cual domina «el concepto puro de defensa de la sociedad frente al enfermo mental»⁴⁰, existe un ambiente empobrecido, monótono, carente de estímulos y calor humano. En ellos se mantiene una tendencia encaminada a estimular la pasividad y dependencia de los enfermos y el tratamiento se limita a su cuidado, regimentación y custodia. Los pacientes permanecen encamados la mayor parte del tiempo, siendo su única participación y responsabilidad en el proceso terapéutico el portarse bien y

* Debido a su uso más frecuente en nuestro país y a la popularidad creciente que va adquiriendo hemos escogido el término ergoterapia utilizándolo no en su significado específico de «tratamiento por el trabajo»³⁰, sino en un sentido más amplio para denominar el conjunto de actividades de laborterapia, recreativas, educacionales, etc., que llevamos a cabo con fines de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos y que en otros países se denomina terapia ocupacional^{31, 32}.

recibir los tratamientos. Como resultado, este tipo de hospital «constituye una segregación nefasta para los enfermos y favorece la evolución crónica de su enfermedad»¹⁴.

Las condiciones imperantes en dichos hospitales «contribuye como medio de cultivo a estimular lo patológico a través de la masificación deshumanizada de los pacientes»⁴¹ y producen «institucionalización». Esta, según F. Basaglia, consiste en «considerar al enfermo mental como una cosa y no como un hombre. Privarlo de todos sus derechos sociales e individuales. Interpretar cada una de sus acciones como síntoma de la enfermedad... llegando así a un punto de regresión en que no se puede comprender si su estado es debido a la enfermedad o, por el contrario, a la condición deshumana en que se le ha forzado a vivir»⁴.

Además, el personal, tanto médico, paramédico, como auxiliar, al verse sometido al mismo ambiente empobrecido corre el riesgo de sufrir los mismos efectos nocivos de la institucionalización. Según E. Cirincione del hospital psiquiátrico de Volterra: «Por diversos motivos y, diríamos, de modo inevitable, también el personal psiquiátrico a diferentes niveles, con modalidad o intensidad diversas sufre a su vez un proceso de involución intelectual, cultural y emotiva, que a largo plazo puede llegar a dimensiones considerables. Los psiquiatras reciben también los efectos de la inoperabilidad institucional»⁸.

En contraposición a estas prácticas, está el hospital psiquiátrico moderno, el cual es concebido como una escuela «en la que vuelvan a adquirirse las capacidades y técnicas de trato social»⁵. La rápida reintegración del paciente a su medio social, se ha convertido en la principal meta terapéutica y se reconoce su importancia, tanto desde el punto de vista de los valores humanos, como económico⁹. Se busca que, mientras permanezca ingresado, las condiciones del hospital se asemejen en lo posible «al mundo en el que el paciente ha de vivir... y al que se incorporará, en cuanto alcance el grado de curación que lo permita»²¹. La estancia en el sanatorio se considera como «una interrupción transitoria de la vida ciudadana de los pacientes»⁶. Como se describe en el Cuaderno de Salud Pública de la OMS «Servicios

Psiquiátricos y Arquitectura»: «Cuando las plantas han sufrido los efectos de la intemperie no hay, a veces, otro modo de salvarlas que abrigándolas en un lugar donde la humedad, la temperatura y la luz, estén bajo control. Pero si se les deja allí demasiado tiempo se convierten en 'plantas de invernadero' incapaces para siempre de soportar los rigores de la vida al aire libre. De igual modo, el enfermo debe permanecer en el hospital cuanto tiempo exija su tratamiento, pero no más tiempo del necesario para 'endurecerse', es decir, para prepararse a afrontar de nuevo el mundo exterior»²⁵.

La ergoterapia juega un papel fundamental en la rehabilitación del paciente psiquiátrico. Se le considera «una de las armas más eficaces de la psiquiatría moderna»²⁶. Entre sus efectos beneficiosos tenemos que condiciona una conducta ordenada, controla algunas manifestaciones patológicas de la enfermedad, rompe con la clásica dependencia del paciente, aumenta su tolerancia a la frustración, modifica sus reacciones a la autoridad, contrarresta su tendencia al retraimiento, mitiga su negativismo y le da la oportunidad de superar sus otras tendencias mórbidas, conserva sus hábitos de trabajo e higiene y le mantiene más atento a lo que sucede a su alrededor^{5, 32}.

LA ERGOTERAPIA EN NUESTRO SANATORIO

A sugerencias del Dr. Ricardo Mora, director facultativo de nuestro sanatorio, nos lanzamos a la tarea de comenzar la aplicación de la ergoterapia. En aquel momento no contábamos con recurso alguno para llevarla a cabo ni teníamos experiencia previa en su utilización. Por estos motivos comenzamos con un pequeño grupo de pacientes crónicos —15— y escogimos la realización de dibujos libres por ser una actividad fácil de llevar a cabo con pocos recursos. Nos situamos en el único lugar del cual disponíamos, una terraza en los altos de un pabellón. Nos reuníamos con estos pacientes dos horas diarias, de lunes a viernes, y contábamos con la ayuda de dos estudiantes de pintura.

A pesar de no tener las mejores condiciones, considerábamos que el solo hecho de sacar a estos pacientes crónicos de su ambiente empobrecido y monótono tendría efecto terapéutico.

Al poco tiempo se pusieron de manifiesto los resultados de esta actividad. Los pacientes estaban menos retraídos, participaban de un modo más activo, mantenían una comunicación verbal más adecuada y guardaban una mejor disciplina. En conclusión, este primer intento nos permitió ganar experiencia y nos estimuló y preparó para alcanzar objetivos mayores.

Posteriormente decidimos pasar a un trabajo más amplio. Para eso era necesario proceder de un modo organizado y cuidadoso, pues un fracaso podía significar un retroceso en el desarrollo de nuestros planes.

El estudio de la población psiquiátrica fue un paso

previo indispensable. A este fin revisamos las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en ese momento. Después de analizar los datos obtenidos, descartamos aquellos pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica o somato-clínica que contraindicara su participación en las actividades de ergoterapia. Al resto se les sometió, en grupos de veinte, a pruebas psicológicas colectivas consistentes en el dibujo de la figura humana y la proyección en una pantalla de las ocho láminas del Bender, dos láminas seleccionadas del T.A.T. (12BM y 3BM) proyectadas con un grado fijo de desenfoque y tres láminas de manchas de tinta, una de las cuales es tomada del Zeta (lámina dos) y las otras dos elaboradas en el Servicio de Psiquiatría del Hospital «Calixto García» de La Habana. La psicóloga Dra. Cristina Cunill se encargó de la aplicación e informe de estas pruebas. El estudio de la población se completó con la realización de entrevistas psiquiátricas. Finalmente la evaluación de todos estos datos nos permitió seleccionar un grupo de pacientes con posibilidades de recibir efectos beneficiosos del tratamiento rehabilitador por la ergoterapia.

Por otra parte, el mayor número de pacientes y de actividades a desarrollar imponía una interrelación con otros miembros del personal. La ergoterapia se hacía parte del sanatorio y no podía funcionar como un núcleo aislado. Fue necesario crear las condiciones para el diálogo con los demás miembros de la institución. A este respecto nos fue de gran utilidad establecer reuniones mensuales. Iniciamos también un curso de semiología psiquiátrica con clases semanales. Su objetivo era mejorar el nivel científico técnico del personal paramédico y abrir una vía de comunicación con el mismo. Tanto las reuniones, como las clases, se desarrollaron en un clima de franca camaradería, lo que facilitó el estrechamiento de las relaciones interpersonales, aspecto muy importante para el buen funcionamiento de una institución.

El hecho de que en aquellos momentos seguíamos careciendo de los elementos necesarios para llevar a cabo nuestras actividades, nos enseñó a *resolver sobre la marcha*, aprovechando al máximo los medios disponibles. Se hicieron adaptaciones a terrazas y salones para que pudieran ser utilizados en las labores de ergoterapia. De este modo la ergoterapia llevó a la modificación estructural del sanatorio, a fin de adecuarlo a las necesidades de la misma.

Era importante también brindar una muestra objetiva de los logros que la ergoterapia había alcanzado para poder obtener tanto su aceptación dentro de la institución, como también la de los familiares de los pacientes. Con este propósito, decidimos tener una fiesta a cargo de los pacientes mismos, siendo ésta la primera oportunidad que algo semejante se hacía en el sanatorio. La asistencia sobrepasó los cálculos más optimistas. Personas que llevaban mucho tiempo sin visitar a sus familiares ingresados, acudieron en aquella oportunidad

en respuesta a las invitaciones que les fueron enviadas.

A pesar de las limitaciones que teníamos, se produjo un aumento en el número de pacientes que participaban en las actividades y éstas se hicieron más variadas y mejoraron en calidad. Como resultado, la dirección del sanatorio decidió establecer el Departamento de Ergoterapia. El mismo estaba integrado por un responsable y dos ergoterapeutas, a los cuales se sumaron dos más al cabo de unos meses.

A continuación describiremos brevemente algunas características del funcionamiento de nuestro departamento y el modo en que actualmente se lleva a cabo la ergoterapia.

EL DEPARTAMENTO DE ERGOTERAPIA

La organización y la planificación constituyen la piedra angular de cualquier departamento de ergoterapia. En nuestra práctica hemos podido comprobar que de la organización dependerá en gran medida los resultados que se obtengan¹⁰. Sin embargo, nos hemos cuidado de no caer en el burocratismo y en un control excesivamente centralizado que obstaculicen la iniciativa y creatividad.

Un aspecto importante de la organización es delimitar las funciones de cada uno de los miembros. Esto evita que se desconozcan las responsabilidades individuales y facilita la evaluación de la labor realizada.

La carencia de un personal titular, es decir, técnicos ergoterapeutas graduados, fue otro problema que tuvimos que resolver*. A esto le dimos solución con la cooperación de voluntarios³ que no recibían remuneración económica. Estos fueron seleccionados y se les orientaba y supervisaba estrechamente en sus funciones. Su labor resultó de una utilidad extraordinaria. Posteriormente, a partir de la creación del Departamento de Ergoterapia preparamos a un personal joven con un alto nivel educacional que mostraba interés por este tipo de labor. A través de clases, conferencias y la evaluación directa de su trabajo se logró su capacitación técnica.

Para que el Departamento de Ergoterapia funcione adecuadamente es necesario que las relaciones entre sus miembros sean las mejores y que todos se sientan copartícipes de las tareas directivas. Con este fin teníamos reuniones semanales. En las mismas se estimulaba el aporte de sugerencias y críticas. Los planes de trabajo se sometían a la opinión de todos los miembros del Departamento. Se luchó por evitar la rutina y la fosilización en la práctica de nuestras actividades, para lo cual se creó un clima en el cual todo el personal estaba sujeto a constante interevaluación. Esto nos hacía más

tolerantes a las críticas y nos desarrollaba la capacidad de escuchar a otros.

Estas reuniones permitían el análisis y superación de las tensiones resultantes del trabajo con pacientes psiquiátricos y la ventilación de cualquier tipo de incompreensión o discrepancia entre los miembros de nuestro Departamento.

CLASIFICACION DE LOS PACIENTES EN GRUPOS

Se reconoce la importancia que tiene adecuar las actividades de ergoterapia a las características de los pacientes³⁶. Simón planteó la necesidad de su «división en grados, como los escolares en la escuela»³⁴. En nuestro caso ha resultado de utilidad clasificar a los pacientes en grupos y brindarles actividades a tono con las características de los mismos.

Dado que nuestro principal objetivo con los enfermos es su rehabilitación social tratamos de contribuir al logro de la meta actual de los hospitales psiquiátricos que es la rápida reintegración del paciente a su medio. Creemos que la creación de grupos de pacientes con características semejantes, y el brindarles actividades de acuerdo a los mismos, facilita este proceso. A este respecto hay autores que señalan la importancia que tiene desde el punto de vista terapéutico la participación activa dentro de un grupo¹⁶.

Hemos creado grupos pequeños a fin de promover la integración del paciente al mismo. La realización de tareas en común estimula la comunicación social y las relaciones interpersonales entre los pacientes. A medida que el paciente mejora se le va incorporando a actividades que exigen participación en grupos mayores y con enfermos de otros grupos.

La clasificación de los pacientes en grupos, contribuye a la organización, permitiendo planificar las actividades de acuerdo al número de pacientes y características de los mismos. Cuidamos siempre de que las actividades no sean demasiado complejas a fin de que no creen frustración ni sentimientos de inferioridad, ni tampoco demasiado fáciles para que no se hagan aburridas¹¹.

El grupo pequeño posibilita que el ergoterapeuta, asistido por un enfermo cuyo estado le permita actuar como monitor, controle el grupo y a su vez ofrezca una atención personal a cada paciente.

La labor con un grupo pequeño y estable permite también que el ergoterapeuta pueda evaluar la participación del paciente y su progreso en la ergoterapia, así como la evolución de su enfermedad o detectar alguna anomalía en la misma y recoger sus inquietudes y preocupaciones.

A fin de poder clasificar a los pacientes, estos son sometidos a un examen físico realizado por el clínico. Posteriormente, se le aplican pruebas psicológicas colec-

* En nuestro país se inició un curso para la formación de dichos técnicos en el Hospital Psiquiátrico de La Habana²⁷ en el cual se viene desarrollando con éxito la ergoterapia³³.

tivas. Con el resultado de los exámenes anteriores, el informe del psiquiatra y los datos obtenidos en la entrevista con el responsable del Departamento de Ergoterapia, este último ubica al paciente en uno de los grupos.

La clasificación del paciente se realiza de acuerdo a su nivel intelectual y escolar, presencia de enfermedad o síntomas clínico-somáticos que contraindiquen alguna actividad, grado de ruptura con la realidad y adecuación de la conducta, grado de deterioro y elementos de organicidad, historia ocupacional, vocacional e intereses. También se tiene en cuenta las características del grupo (pacientes que lo integran, actividades que realizan) y del ergoterapeuta que lo dirige. En algunos casos se realiza una incorporación parcial del paciente a algunas actividades. Los enfermos sometidos a tratamiento electroconvulsivante o de insulina comatosa no asisten a las actividades de la mañana los días que están en tratamiento.

En general no incorporamos a los pacientes que presenten síndromes encefálicos orgánicos, los deficientes mentales (salvo aquellos que no tienen un grado muy marcado de retraso), los pacientes con un deterioro muy marcado, ni los mayores de 65 años.

En especial cuidamos que la ubicación del paciente esté determinada por una evaluación consciente de todas sus características y no a través de una normación rígida.

INCORPORACION DE LOS PACIENTES A LA ERGOTERAPIA

Una vez ubicado el paciente en un grupo, el ergoterapeuta responsable del mismo tiene con él una pequeña entrevista en la cual le explica a qué grupo pertenece, cuáles son las características del mismo, en qué consiste la ergoterapia, las actividades en que participará, los horarios y lugares donde tiene que asistir y aprovecha también esta oportunidad para aclarar sus dudas y preocupaciones.

Esta primera entrevista tiene una importancia vital porque en ella se sentarán las bases para la futura participación del paciente. Debemos acercarnos a él de un modo cálido y amable, explicándole que la ergoterapia es una parte más de su tratamiento, atrayéndolo con las actividades. Evitamos que se utilice cualquier tipo de coacción o se obligue al paciente a que participe en la ergoterapia, ya que esto resulta más perjudicial que beneficioso. En cada caso es importante establecer las causas que determinan la resistencia del paciente a participar y de acuerdo con ellas buscar las soluciones necesarias.

Hemos tomado las siguientes medidas a fin de promover al máximo la incorporación, asistencia y participación de los pacientes a la ergoterapia:

— Hacer sentir al paciente que hay una preocupación

por su asistencia a las actividades. A este fin llevamos listas de asistencia, que son tomadas por el paciente-monitor del grupo.

— Puntualidad y no ausentismo por parte de los ergoterapeutas. Es importante crear en el paciente buenos hábitos de conducta, de la cual el ergoterapeuta debe ser un ejemplo.

— Organizar las actividades, ya que esto hace sentir al paciente que éstas persiguen un fin, que no se está improvisando o experimentando con él. Una vez comenzadas las actividades en la mañana se debe tener un plan a seguir. Esto evita los *baches* o períodos de tiempo en que no hay qué hacer y muchos pacientes lo aprovechan para retirarse.

— Acortar el intervalo de tiempo entre el ingreso del paciente y su incorporación a la ergoterapia, ya que «el proceso rehabilitador debe comenzar tan pronto como comience el tratamiento»⁴¹. En esta fase las actividades se adecuan a fin de que ayuden al paciente a pasar este primer tiempo de adaptación al sanatorio. El paciente se adapta a la separación de los familiares, las nuevas personas y lugares, costumbres, horarios, etc. En esta primera etapa es lógico que el paciente manifieste cierto retraimiento unido a las características de su enfermedad mental que se manifiesta por dificultades en sus relaciones interpersonales.

— Estimular la asistencia y participación. A este fin hemos creado estímulos materiales como la entrega de cigarrillos, maltas y otros productos, salidas y permisos para hacer llamadas telefónicas, y estímulos morales como felicitar al paciente en las reuniones de grupos y poner su nombre en el mural, etc.

— También fue necesario cambiar y reglamentar el régimen de pases y visitas a fin de que no chocaran con el horario de la ergoterapia.

ACTIVIDADES DE ERGOTERAPIA

Las actividades de ergoterapia se adaptaron a las características de nuestra institución, especialmente al hecho de ser ésta un sanatorio para hombres solamente, que cuenta con 139 camas en que 57 (41 % de los casos ingresados internos) y 25 (100 % de hospital de día) son pacientes agudos o subagudos, lo que constituye el 65 % de los pacientes que participan en las actividades de ergoterapia.

Tenemos un pequeño número de pacientes crónicos rehabilitables 44 (52 % de los casos ingresados internos) en su mayoría de edad avanzada. Dieciséis de estos pacientes participan en la prestación de servicios útiles al sanatorio y los otros 23 en actividades de ergoterapia adaptadas especialmente para ellos. Los restantes 38 pacientes (27 % de los casos ingresados internos) son pacientes muy deteriorados, muchos de ellos con más de 65 años de edad, a los cuales no hemos incorporado a las actividades de ergoterapia (cuadro 1).

CUADRO 1

Número total de camas, 139.

Número total de pacientes ingresados (internos), 139.

Número total de pacientes ingresados en hospital de día, 25.

Número total de pacientes incorporados a las actividades del Departamento de Ergoterapia, 110.

85 internos (61 % de los pacientes ingresados) y 25 de hospital de día (100 % de los pacientes ingresados en hospital de día).

- Enfermos de corta estadía o agudos (promedio de estadía: 60 días), 32 internos y 25 hospital de día.
- Enfermos de mediana estadía o subagudos (promedio de estadía de 60 a 1 año), 25.
- Enfermos de larga estadía o crónicos (promedio de estadía más de 1 año en el hospital), 28.

Número total de pacientes que realizan servicios útiles dentro del sanatorio, 16 (12 % de los pacientes ingresados) (todos son pacientes de larga estadía o crónicos).

Número total de pacientes no incorporados a la ergoterapia, 38 (27 % de los pacientes ingresados).

- Retraso mental moderado, 7.
- Retraso mental grave, 9.
- Retraso mental profundo, 3.
- Demencia senil, 4.
- Síndrome encefálico crónico, 4.
- Esquizofrenia tipo crónica indiferenciada, 11.

Hemos encontrado que resulta de suma utilidad crear planes de ergoterapia que incluyan diferentes tipos de actividad. El variar las actividades, sin llegar a límites excesivos, evita la monotonía.

Hemos adoptado la siguiente clasificación de las actividades que llevamos a cabo:

LABORTERAPIA: Trabajo.

RECREATIVAS: Juegos de mesa y juegos de grupo; salidas, paseos, caminatas; fiestas.

CONDICIONAMIENTO FÍSICO: Deportes.

FORMATIVAS: Artes, lectura comentada de la prensa, música, cine-debates, reunión social.

EDUCATIVAS: Escolares, charlas y conferencias.

Estas actividades se programan de acuerdo con las características de los pacientes y los elementos de que se dispone para realizarlas.

A continuación describiremos brevemente las características de las actividades de ergoterapia que desarrollamos con los pacientes.

LABORTERAPIA (TRABAJO)

En general hemos podido comprobar que las labores más útiles son aquéllas cuyo resultado sea de beneficio colectivo¹ y tienda a establecer una mayor vinculación del paciente con la institución. Un ejemplo lo tenemos

en la construcción de nuestro primer terreno de beisbol.

La dirección prestó algunas herramientas y nos dimos a la tarea de construir un pequeño terreno de beisbol. Esto tenía una doble ventaja, pues brindaba una ocupación para el paciente y cuando el terreno estuviese listo nos permitiría contar con él para utilizarlo en las actividades deportivas. La realización de dicho terreno de beisbol puso de manifiesto cómo el entusiasmo puede superar las dificultades.

Uno de los ergoterapeutas había cursado estudios de arquitectura y se encargó de confeccionar un plano y dirigir la construcción. Además participó activamente con los pacientes, no sólo dirigiendo, sino dando también su aporte físico en el trabajo. Esta unión en la realización de un esfuerzo común creó una cohesión en el grupo.

El terreno de beisbol se convirtió en algo propio para los pacientes. Era estimulante verles insistir en quedarse más horas trabajando. Las herramientas se pasaban de unos a otros a fin de evitar el cansancio. Al cabo de cuatro meses se terminó la obra. Los pacientes se sintieron orgullosos de su trabajo. Este sentimiento positivo de realización tuvo un efecto terapéutico beneficioso.

Los pacientes contribuyen también a la limpieza y mantenimiento de los salones y áreas de ergoterapia. Para las fiestas confeccionan invitaciones y adornos y condicionan los locales. En algunas oportunidades han trabajado en el llenado de cápsulas de medicamentos. Durante algunos meses realizamos trabajos de artesanía con los pacientes. Estos construían jabs de guano. Esta actividad resultó ser muy provechosa. En la realización de todas estas labores prestamos atención primordialmente a las cualidades terapéuticas de la actividad cuidando esencialmente las necesidades del paciente y no las del establecimiento.

A cargo de los Hermanos responsables de pabellones está la selección de pacientes que realizan trabajos útiles en el sanatorio, tales como limpieza de pabellones, arreglo del comedor, fregado, etc.

RECREATIVAS

Juegos de mesa y juegos de grupo. Estas actividades son muy utilizadas porque estimulan la participación social del paciente.

Contamos con varios tipos de juegos de mesa como el dominó (muy popular en nuestro país), las damas, el parchís, etc. Hemos realizado torneos de ajedrez y tenis de mesa.

Tiene gran utilidad también el empleo de juegos de grupos y juegos infantiles adaptados.

Salidas: paseos, caminatas. Semanalmente cada ergoterapeuta sale con un grupo escogido de pacientes. Estos se seleccionan de acuerdo con su participación en la ergoterapia, previa autorización de su psiquiatra. Se realizan visitas a parques de diversiones, cines, exposiciones, museos, parque zoológico. Antes de cada salida

se tiene una pequeña reunión con el grupo, explicándole la importancia del buen comportamiento debido a su repercusión sobre el prestigio de la institución y el impedimento a salidas futuras que acarrearían las alteraciones del orden. Hasta el presente no hemos tenido que lamentar ningún hecho desagradable, a pesar de que algunos de los pacientes que han salido llevan más de veinte años ingresados.

También se realizan caminatas a la finca y lugares cercanos a nuestro sanatorio.

Fiestas. Las fiestas son una actividad de valor para el paciente¹³. Primeramente participan en su preparación confeccionando artículos, condicionando los locales, haciendo y distribuyendo invitaciones. El día de la fiesta es un día de alegría en el sanatorio. Los pacientes tienen contacto con otras personas, se invita a los familiares y ex pacientes. Esto les hace sentirse orgullosos y satisfechos con el trabajo realizado. Como resultado hemos establecido varias fechas en el año para la celebración de las mismas.

Como ejemplo del modo en que estas fiestas se llevan a cabo describiremos brevemente la última que realizamos con motivo del fin de un año de trabajo en la ergoterapia. Por la tarde se tuvo una marcha de los pacientes al compás de himnos deportivos. Posteriormente se saludó la bandera y se tocó el himno nacional. Un paciente leyó el juramento deportivo y después se realizó una tabla gimnástica. A continuación hubo competencias deportivas y torneos simultáneos de ajedrez, tenis de mesa, dominó y damas, con premios para los ganadores. Al finalizar estas actividades, se pasó a la inauguración del nuevo salón de actos en el cual se presentaba una exposición de los trabajos en artes plásticas realizados por los pacientes y un mural que recogía algunos aspectos importantes del trabajo realizado por la ergoterapia en ese año. Al caer la tarde se tuvo un show artístico integrado en su mayoría por los propios pacientes y algunos artistas invitados. Finalmente un combo de música moderna amenizó un baile en el que participaron pacientes, familiares e invitados.

CONDICIONAMIENTO FÍSICO

La sesión de la mañana comienza con la realización de ejercicios físicos calisténicos que estimulan y condicionan a los pacientes a las demás actividades. Estos ejercicios se realizan al aire libre dirigidos por un ergoterapeuta. Se ejercitan todos los grupos musculares, desarrollando la agilidad, resistencia, fuerza, postura higiénica y control neuromuscular. Son de corta duración a fin de evitar un cansancio excesivo. Los ejercicios matutinos gustaron tanto a los pacientes que en muchos de ellos se convirtió en un hábito saludable y aun después del alta los siguieron practicando en sus casas.

DEPORTES

Las actividades deportivas son de gran utilidad debido a que brindan una salida adecuada a la agresividad,

ayudan a la socialización del paciente a través de la participación en grupos, les enseñan a respetar normas y leyes y aprenden a ganar y a perder. Asimismo estas actividades estimulan el metabolismo, mejoran la circulación, crean un cansancio normal que condiciona el sueño reparador y establecen hábitos saludables de higiene.

Las actividades deportivas permiten incorporar a los pacientes no sólo como jugadores, sino también como árbitros, anotadores y espectadores.

El deporte más empleado es el beisbol debido a su popularidad en nuestro país.

Hemos utilizado algunas actividades de campo y pista, tales como carreras, saltos, caminatas, debido a que los recursos para llevarlos a cabo son mínimos.

En enfermos crónicos utilizamos juegos sencillos tales como el pasarse un balón.

Hemos creado algunos deportes adaptados especialmente para los pacientes, que tienen la doble función de entretener y ejercitar.

FORMATIVAS

Artes. El arte, como parte del tratamiento ergoterapéutico, resulta de utilidad, pues mantiene al paciente entretenido, le produce satisfacción al crear y le brinda un medio de expresar sus conflictos, impulsos y deseos reprimidos²⁹. Favorece la integración social al trabajar en grupos. El estudio de sus producciones tiene valor diagnóstico, terapéutico y evolutivo²⁸, y puede resultar un importante auxiliar de la psicoterapia¹².

En nuestro sanatorio establecimos, de acuerdo con nuestros recursos tanto materiales como técnicos, actividades terapéuticas por el arte. En las mismas participan el responsable del departamento de ergoterapia, un ergoterapeuta y pacientes que se incorporan espontáneamente. Estos son completamente libres de escoger lo que quieren hacer, inclusive si así lo desean pueden romper o botar sus trabajos. Algunos dibujan, pintan o hacen modelado en barro, o tallan piedras. Siempre se estimula el trabajo del paciente. En aquellos casos que lo piden se les da orientaciones sobre la técnica.

La sesión se divide en una hora de actividad y veinte minutos de discusión. Se seleccionan los trabajos una vez terminados y aquéllos que lo desean los presentan a los otros y en los casos que se prestan a ello se analiza por medio de una discusión dinámica de grupo el modo en que la producción artística refleja los conflictos del paciente.

Dentro del marco de esta actividad se organizan charlas y conferencias sobre arte y salidas a exposiciones.

Lectura comentada de la prensa. Esta actividad ha resultado de utilidad pues mantiene al paciente en contacto con lo que sucede en el «mundo fuera del sanatorio», al cual se le desea reintegrar.

En esta actividad el ergoterapeuta o preferiblemente uno de los pacientes lee las noticias de mayor interés y se explica y discute el contenido de las mismas.

Música. La música ha venido a constituir una rama especializada de la terapia ocupacional y conocida por musicoterapia (music therapy). La utilidad de la misma radica en que permite establecer un contacto con los pacientes en los cuales es imposible la comunicación verbal, por ejemplo, en el caso de los esquizofrénicos no asequibles por otros medios. La música estimula al paciente deprimido y contribuye a sedar al excitado, mejora las relaciones interpersonales y es un medio de autoexpresión¹⁹.

En nuestro sanatorio creamos varias actividades musicales de acuerdo con nuestros recursos materiales. Se presentaron algunas conferencias como «La evolución de la música moderna», acompañándose de discos, y «Los orígenes de la música cubana», utilizándose piano y discos.

Hicimos competencias que fueron del agrado de los pacientes. Estos se dividen en dos grupos. Se pone una pieza musical en el tocadiscos y ambos grupos compiten en adivinar el autor, título y la nacionalidad.

Teníamos sesiones de música en las cuales ésta se escogía a tono con el estado de ánimo de los pacientes y «...después a través de un cambio gradual en la pauta musical trabajar por un cambio en el estado de ánimo del paciente»¹⁷.

A través de un cuestionario adaptado a este fin y que los pacientes debían llenar estudiamos «el reconocimiento y aceptación del tono afectivo de la música»³⁹.

Debido a que la mayoría de nuestros pacientes no había tenido educación musical previa creamos a través de esta actividad clases de apreciación a fin de que ésta se desarrollara y fomentar así su interés por la misma.

En los pacientes esquizofrénicos muy retraídos y algunos con autismo, nos fue de utilidad ponerles discos de música alegre y movida y que siguieran el ritmo tarareándolo y dando palmadas. Según N. Gruhn en estos pacientes «la repetición rítmica de una acción a intervalos regulares debido a su asociación con la música rítmica primitiva debe brindar descarga emocional»¹⁸.

En algunas actividades, sobre todo en las artes plásticas, utilizábamos música de fondo a fin de estimular la producción de los pacientes.

Tuvimos también una actividad que despertó el interés de los pacientes. Empleamos la zarzuela «Los Gavilanes» y la opereta «La Viuda Alegre». Narramos a modo de cuento el tema e intercalamos en momentos propicios trozos de las obras. Después conversamos con ellos sobre las características de los personajes, la trama, etcétera.

Creamos grupos en los cuales se permitía la expresión del paciente a través de la música. Algunos tocaban guitarra, piano, cantaban y se formaron coros. Los coros resultan de gran utilidad, pues al ser una actividad de grupo contribuye a la socialización del paciente.

Cine-debates. Además de las proyecciones de pelí-

culas con fin recreativo, tenemos sesiones de cine-debate para las cuales se escogen películas adecuadas por su contenido temático y nivel artístico, para ser discutidas por los pacientes. Salvo aquellos casos en que esté indicado evitamos las películas sobre temas muy fantasiosos o que tengan relación con los delirios o conflictos del paciente, películas eróticas o que presenten violencia excesiva, que tengan un fin derrotista o dejen una enseñanza malsana. Se aprovecha para enseñar a los pacientes crónicos a mantener en el salón de proyecciones una conducta adecuada.

El nivel en el cual se desarrolla el debate se adecua a las condiciones del paciente. Por ejemplo, en los pacientes crónicos se busca estimular y evaluar el grado en que presta atención a la película. Al final de la proyección se les pide que hagan una narración de la misma, características de los personajes más importantes, época en que se desarrolla, nacionalidad, etc. En grupos más activos se les pide que clasifiquen la película, que le encuentren una enseñanza práctica. En los pacientes agudos neuróticos y algunos psicóticos seleccionados se realiza un análisis dinámico de la misma.

En todos estos casos el cine-debate cumple una doble función diagnóstico-terapéutica.

Reunión social. Para realizar esta actividad los pacientes se reúnen en pequeños grupos en un salón, se reparten cigarrillos y a veces se escucha música. El ergoterapeuta responsable de esta actividad actúa como moderador en las discusiones y conversaciones que surgen espontáneamente entre los pacientes.

EDUCATIVAS

Escolares. El valor de las actividades escolares descansa en su doble posibilidad de brindar entretenimiento y ocupación. Estimula actitudes mentales que conducen a una actividad normal y provee una motivación para continuar la rehabilitación. El hecho de incorporarse a una clase implica participar en un grupo, con su consecuente influencia socializadora²³. Las clases exigen concentración, atraen la atención del paciente a cosas útiles, lo traen a la realidad y les mantiene ejercitados en sus capacidades intelectuales, y los puede preparar para obtener mejores empleos cuando logren el alta².

A los pacientes crónicos que llevan un gran período de tiempo ingresados se les clasifica, de acuerdo con un examen previo, en dos niveles y se les imparte clases especializadas en dos asignaturas básicas: expresión y aritmética.

Los pacientes agudos o crónicos en fase de agudización que ingresan y que tienen un grado de escolaridad inferior al sexto grado se incorporan a clases de superación aprovechándose su estancia en el sanatorio para motivar a estos pacientes a que continúen estudiando una vez que reciban el alta.

Por ejemplo, en las clases de español se le instruye al paciente en la redacción de cartas, actas, etc., se

le dan reglas prácticas de ortografía, se mejora su lectura oral y comprensiva y su dicción. En las clases de matemáticas se practican las cuatro reglas, se instruye sobre la solución de problemas sencillos, etc.

Charlas y conferencias. Para los pacientes con un nivel escolar superior al sexto grado se brindan conferencias en las cuales un ergoterapeuta expone un tema, que es posteriormente discutido en grupo. Se busca que los temas escogidos sean de interés general y contribuyan a su desarrollo cultural.

El interés despertado por estas actividades fue extraordinario. Se dieron ciclos de conferencias y charlas sobre historia, música y cine.

HORARIO

Después de varias modificaciones que trataban de ajustar las actividades de ergoterapia a las características de nuestro sanatorio hemos encontrado de utilidad el siguiente horario:

8,30 a 9,00	Condicionamiento físico.
9,00 a 11,00	Actividades de ergoterapia programadas.
11,00 a 11,20	Reunión del ergoterapeuta con el grupo a su cargo. Lectura comentada de la prensa.
11,00 a 16,00	Actividades de ergoterapia programadas.
16,00 a 18,00	Baño y visitas.
18,15 a 18,45	Comida.

Este horario se lleva a cabo de lunes a viernes. La mañana de los sábados se dedica a juegos de mesa.

VALIDISMO

Los enfermos mentales crónicos sufren un proceso de deterioro y regresión de la personalidad y pierden la capacidad de cuidar de su aseo e higiene personal llegando a un estado en que casi no pueden valerse por sí mismos. A este respecto muchos autores coinciden en plantear que el denominado «deterioro» de los pacientes crónicos, sobre todo esquizofrénicos, no es el resultado directo de la evolución del proceso psiquiátrico que sufren, sino «una creación mixta» de la enfermedad y de las condiciones del medio hospitalario⁴². La esperanza y optimismo en la recuperación de estos pacientes por parte del *staff* produce cambios sorprendentes en los mismos²⁴. Uno de los objetivos de la ergoterapia en estos pacientes crónicos es ayudarlos a recuperar las funciones denominadas de validismo. Después que estos pacientes han sido sometidos a tratamiento psicofarmacológico, el cual los hace más asequibles, el primer paso hacia su rehabilitación es enseñarlos de nuevo (reeducarlos) a vestirse, cuidar de sus ropas, peinarse, bañarse, afeitarse, mantener normas de higiene y convivencia social. El proceso inverso a través del cual

se le realizan al paciente estas funciones estimula su pasividad y dependencia, acrecentando su incapacidad y deterioro.

A modo de ensayo hemos llevado a cabo la reinstauración de estas funciones de validismo en el paciente en el marco del gobierno propio de los pabellones, en una sala con ocho esquizofrénicos crónicos los cuales se ocupan de tender las camas y mantener la higiene y limpieza de su dormitorio, así como cuidar de otros aspectos de su aseo personal.

GOBIERNO PROPIO DE LA ERGOTERAPIA

Con algunas modificaciones de acuerdo con las características de nuestro sanatorio creamos el gobierno propio de la ergoterapia (G.P.E.). Este tiene una importancia vital dentro de las medidas tendentes a la rehabilitación del paciente psiquiátrico. En el hospital mental tradicional el enfermo se considera un ente pasivo carente de criterios y opiniones, siendo su única participación en el proceso terapéutico el recibir los tratamientos y tomar los medicamentos. El G.P.E. hace asumir al paciente una actitud más activa; se le consulta y se recogen sus opiniones y críticas. De este modo se da oportunidad a que el paciente se sienta copartícipe de las medidas que se toman para lograr su rehabilitación.

El G.P.E. está presidido por un consejo de dirección formado por un presidente y un secretario por cada uno de los grupos. Estos son elegidos por los propios pacientes y funcionan por un período de dos semanas, al cabo del cual se realizan nuevas elecciones. Los miembros del consejo de dirección pueden ser reemplazados de sus puestos completa o parcialmente debido a altas, incumplimiento de sus deberes, o empeoramiento en su proceso psiquiátrico.

Entre las funciones del consejo de dirección del G.P.E. están las siguientes:

- Presidir las reuniones del G.P.E.
- Ayudar a los ergoterapeutas en el pase de lista, control de la disciplina, planificación de actividades.
- Funcionar como puente entre el personal de ergoterapia y los pacientes, recogiendo sus críticas y sugerencias. A veces pueden aportar datos de valor sobre la evolución del paciente.

Las reuniones del G.P.E. se tienen semanalmente con la asistencia de todos los pacientes que participan en la ergoterapia y los miembros de dicho departamento. Estas tienen una duración de 45 minutos y comienzan con una introducción por parte del responsable del departamento de ergoterapia, el cual expone los motivos de la reunión y explica algunas cuestiones relacionadas con la ergoterapia. Después los secretarios de grupo hacen un informe de las actividades desarrolladas y la asistencia. A continuación el presidente del consejo de dirección del G.P.E. hace un resumen de lo ocurrido en la semana. Posteriormente se da oportu-

nidad a los pacientes para plantear sus dudas, críticas, sugerencias y cuestiones de interés colectivo. Los casos de alteración de la disciplina se llevan a discusión con el grupo de pacientes y hemos podido observar, como experiencia, la acción modificadora más efectiva del grupo en la solución de estos problemas.

TRANSFORMACION DE NUESTRO SANATORIO

La experiencia adquirida en el trabajo de ergoterapia nos demostró que el buen funcionamiento de la misma y el logro de su objetivo —la rehabilitación del paciente— no puede obtenerse con la actuación exclusiva del psiquiatra, o centrando el tratamiento en el uso de agentes biológicos, con poca utilización de otros recursos terapéuticos (psicoterapia de grupo, de clima) o la exclusiva preocupación por algunos aspectos (custodiales, limpieza y alimentación) con detrimento de otros (validismo, ergoterapia). La tarea rehabilitadora sólo puede alcanzarse con la participación de todos los miembros de la institución, incluyendo tanto el personal médico y paramédico como auxiliar y administrativo, actuando en equipo, conociendo y cumpliendo su papel terapéutico (comunidad terapéutica). Es necesario además crear condiciones óptimas tanto en el medio físico como humano (socioterapia), buscar la vinculación del paciente a la institución, dándole responsabilidades y permitiéndole una mayor participación en las actividades directivas (gobierno propio). En resumen, deben adecuarse todos los factores que actúan sobre el paciente durante su estancia en el hospital a fin de que cumplan una función rehabilitadora.

Uno de los resultados más importantes obtenido por las actividades de ergoterapia fue la puesta en marcha de un proceso de cambio que convirtió a nuestro sanatorio en una institución más activa. La ergoterapia, que funcionó como un generador y catalizador en nuestro sanatorio, tuvo una acogida favorable y despertó una conciencia de la necesidad de las modificaciones que tendrían que llevarse a cabo.

Este proceso de transformación se produjo «desde adentro», concienciando a los demás miembros del personal sobre su necesidad y trabajando sobre estructuras ya creadas.

A fin de lograrlo era necesario tener una conciencia clara de los elementos con que se contaba en un momento dado y ver qué se podía hacer con los mismos para producir un determinado cambio que, a su vez, generara otro y así sucesivamente.

A fin de no hacer este trabajo excesivamente extenso, nos concretaremos a señalar los cambios que han tenido lugar, sin entrar en otras pormenorizaciones. Por la importancia que tiene para el desarrollo futuro de nuestra institución trataremos de un modo más detallado lo relacionado con la creación del gobierno propio de los pabellones.

La transformación de nuestro sanatorio puso de manifiesto el interés por buscar otras formas provechosas de hospitalización. En 1971 se trató de preparar para reintegrarlos a su medio socio-familiar a algunos pacientes que llevaban gran tiempo ingresados y que habían respondido satisfactoriamente al tratamiento de rehabilitación. A fin de lograr esto se comenzó por extenderles el pase a más días y posteriormente, según fuera su evolución, se les mantenía durante el día en el sanatorio y, por las tardes, iban para sus casas. Los buenos resultados obtenidos con este procedimiento llevó a aplicarlo a otros pacientes a fin de reducir su tiempo de ingreso como interno en el sanatorio. A continuación se ensayó esta forma de ingreso sin etapas intermedias con algunos pacientes en que era aconsejable. De este modo fue creciendo el número de pacientes con este status. Como resultado, se encarga a la psicóloga Dra. Cristina Cunill que organizara el hospital de día.

El primer año pasaron por el hospital de día, 7 pacientes; el segundo, 41; y el tercero, hasta septiembre, 53.

También se enfatizó la creación de otro medio terapéutico importante: la psicoterapia de grupo. De una falta total de este tipo de tratamiento, actualmente contamos con psicoterapia de grupo de adolescentes, pacientes psicóticos agudos, esquizofrénicos crónicos, neuróticos, alcohólicos y pacientes con habituación a psicofármacos.

En contraposición se ha reducido la utilización del electroshoc y la insulina comatosa como formas de tratamiento.

Acompañando estos cambios ha habido una transformación del medio hospitalario tanto en los aspectos físicos como humanos. La ergoterapia condujo a la creación de locales donde poder llevarla a cabo. Actualmente contamos con dos terrazas adaptadas para el funcionamiento de las actividades de ergoterapia. Además, se construyó un salón de actos con capacidad para 150 personas sentadas. Se cuenta también con dos terrenos de beisbol.

El funcionamiento del personal, que se caracterizaba por un trabajo individual, hoy tiende a una mayor interrelación. Como resultado, se celebran actualmente reuniones mensuales a las cuales se invita a todos los miembros del personal. Hemos comenzado un trabajo en equipo entre los departamentos de psicología, de clínica y de ergoterapia con fines a la evaluación y clasificación de los pacientes que ingresan.

GOBIERNO PROPIO DE LOS PABELLONES

La creación del gobierno propio de los pabellones (G.P.P.) es un aspecto importante dentro de la transformación del sanatorio como paso previo hacia el establecimiento de la comunidad terapéutica.

Como ya señalamos, contamos con el gobierno propio de la ergoterapia (G.P.E.), pero el mismo se limita a un aspecto de la vida del paciente dentro del hospital. En las reuniones del G.P.E. nos percatamos que había cuestiones que se escapaban de su competencia y era necesario crear un aparato organizativo más amplio. De este modo surgía la necesidad de la creación del G.P.P. Nuestros escasos conocimientos teóricos sobre la dinámica de los grupos se había enriquecido con la experiencia práctica en el funcionamiento del G.P.E. Partiendo de esta base comenzamos el G.P.P. en un pabellón constituido por doce pacientes que presentaban patologías psiquiátricas diversas. Este era un pabellón de tránsito y los pacientes eran trasladados de acuerdo con el movimiento de ingresos y altas. Su tratamiento estaba a cargo del psiquiatra que los ingresaba. Los resultados fueron alentadores a pesar de los inconvenientes que surgían debido a lo heterogéneo de los pacientes y a la no existencia de un verdadero trabajo en equipo. Nuestra responsabilidad al frente del Departamento de Ergoterapia no nos permitía en aquellos momentos disponer de tiempo suficiente y finalmente decidimos suspender momentáneamente esta actividad.

Posteriormente logramos superar algunos de los inconvenientes existentes en el primer pabellón e intentamos crear el G.P.P. en una sala con ocho pacientes esquizofrénicos crónicos, estando su tratamiento psiquiátrico a cargo del Dr. R. Mora. En esta oportunidad fueron ciertas deficiencias organizativas las que dieron por resultado de nuevo una detención en el establecimiento del G.P.P.

No obstante, adquirimos una experiencia práctica útil que nos hizo comprender dónde habían radicado nuestros fallos. Para que el G.P.P. funcione de un modo adecuado se debe contar con las siguientes condiciones y procedimientos:

— El primer paso en la creación del G.P.P. es que los miembros del personal que vayan a participar en el mismo tengan una idea clara de los objetivos que persiguen y del método a seguir para llevarlos a cabo. A este fin es muy importante la celebración de reuniones previas entre los mismos.

— Es necesario hacer una selección cuidadosa de los pacientes. El grupo no debe ser muy heterogéneo. Por ejemplo, no es aconsejable que participen en el mismo pabellón pacientes neuróticos y psicóticos. De todos es conocido el efecto angustiante que tiene en un paciente no psicótico tener que convivir con uno que sí lo esté, especialmente en el caso de pacientes deteriorados. Además, las tareas a desarrollar por el G.P.P. dependen de las características de los pacientes. No se debe incluir en el G.P.P. a los oligofrénicos con déficit mental marcado, a los pacientes con síndrome encefálico crónico y deterioro marcado, a los psicópatas, y a aquéllos con riesgo de agresión, suicidio y fuga.

— Se le deben plantear al paciente tareas concretas

de acuerdo con sus posibilidades; en la realización de las mismas se les debe ayudar e instruir hasta que sean capaces de llevarlas a cabo por sí mismos. Una vez alcanzado esto es que se debe pasar a nuevos objetivos. Por ejemplo, con pacientes crónicos deteriorados se debe comenzar por metas sencillas: que tiendan sus camas, realicen y cuiden la limpieza, etc. (Reinstaurar en ellos las funciones de Validismo.) Los pacientes de mejor nivel pueden encargarse directamente de todo el funcionamiento del pabellón: higiene, limpieza, disciplina, sistema de premiación. En cuanto a la disciplina, es necesario que los pacientes se reúnan y creen ciertas normas de convivencia que todos se comprometan a respetar.

— La sala debe reunir condiciones físicas adecuadas, haciéndola agradable y eliminando la impresión de ambiente manicomial.

— Se debe permitir que el paciente conserve sus pertenencias en locales habilitados al respecto dentro del pabellón.

— El G.P.P. es necesario llevarlo a cabo a través de un trabajo en equipo. En nuestro sanatorio éste estaría constituido por el psiquiatra a cargo de los pacientes ingresados en la sala, el hermano responsable de la misma, el ergoterapeuta que funcione con dichos pacientes y un miembro del personal auxiliar.

— Los pacientes deben elegir un consejo de dirección del G.P.P. en su sala, el cual estaría constituido por un presidente, un secretario y el responsable de limpieza. A su vez, todos los miembros del consejo de dirección de las diferentes salas se reúnen para elegir un presidente del G.P.P. a nivel de todo el sanatorio. Las funciones de los miembros del consejo de dirección se establecen de acuerdo con las características de los pacientes que integran el pabellón y de las tareas que tengan a su cargo.

— El G.P.P. debe funcionar bajo una estrecha supervisión. Se debe comisionar a uno de los miembros del equipo de trabajo que diariamente inspeccione cómo se cumplen las tareas asignadas a los pacientes y cómo éstas evolucionan. En caso de cualquier alteración se informa al psiquiatra responsable.

— El equipo de trabajo y los pacientes deben celebrar reuniones periódicas (como mínimo una semanal). En las mismas se analizan todas las cuestiones relacionadas con el funcionamiento del G.P.P. Estas reuniones comienzan con un informe del paciente que ha sido elegido presidente del consejo de dirección del G.P.P. sobre el funcionamiento del mismo. A continuación el miembro del personal responsable de la supervisión diaria de la sala comunica los resultados de su trabajo. El psiquiatra jefe del equipo de trabajo dirige la discusión en grupo sobre cualquier cuestión de interés que surja de los temas analizados. Estas reuniones resultan de utilidad en el diagnóstico y en la evaluación de la evolución del paciente, pues brindan al psiquiatra una panorámica más amplia del mismo al recibir

los informes de los otros pacientes, del ergoterapeuta, del hermano responsable de sección y del empleado, los cuales observan al paciente en diferentes situaciones y no en la atmósfera artificial y limitada de la entrevista psiquiátrica clásica. Le permite, además, analizar y dar solución a los problemas en el seno del grupo humano en el cual ocurren. En estas reuniones el psiquiatra puede contribuir de un modo práctico a la formación docente del resto de los miembros del equipo de trabajo.

Del análisis de las características que debe reunir el G.P.P. se desprende que para su correcta aplicación es necesario contar con ciertas condiciones que nuestro sanatorio actualmente no posee. Para lograrlo, el primer paso sería un reajuste total de los pacientes en los pabellones. Agrupándolos de acuerdo con los criterios que hemos establecido y otros que surjan de la evaluación de estas cuestiones. Debería haber un psiquiatra responsable de sala y un mayor trabajo en equipo. Todo esto significaría una serie de cambios en la estructuración organizativa existente en nuestra institución, para lo cual aún no están preparadas las condiciones. No obstante, como hicimos en la creación de la ergoterapia, no nos hemos detenido a esperar a reunir todas las condiciones óptimas para comenzar. La experiencia adquirida en el establecimiento de las actividades de ergoterapia nos enseñó que, partiendo de un número de requisitos indispensables y trabajando con empuje y entusiasmo, se va produciendo una transformación gradual a tono con las metas que nos hemos trazado. El desarrollo del plan de trabajo va creando en el sanatorio la necesidad del cambio.

A este respecto hemos dado los primeros pasos hacia la instauración del G.P.P. a nivel de todo el sanatorio. Los pacientes en sus diferentes salas eligen quincenalmente a sus responsables y subresponsables. Todas las semanas tenemos reuniones con ellos, en las cuales nos informan del funcionamiento del G.P.P. en sus respectivas salas y posteriormente pasamos una inspección por las mismas.

Mensualmente tenemos una reunión general en el salón de actos en la cual participan todos los pacientes y miembros de los diferentes consejos de dirección. Esto nos permite, a pesar del poco tiempo con que contamos, realizar un control eficiente del G.P.P.

Las tareas a seguir por los pacientes son el cumplimiento de las normas de convivencia establecidas, cuidar de la limpieza, que en la mayoría de los casos es llevada a cabo por un grupo de pacientes seleccionados y supervisados por el hermano responsable de sección, mantener la disciplina y, en general, contribuir al funcionamiento adecuado de su sala.

Al mismo tiempo hemos comenzado de nuevo nuestro trabajo en la sala de crónicos. Dado que éste es un grupo estable y homogéneo de pacientes, podemos realizar un trabajo más específico. Debido a sus características, con este grupo tenemos dos reuniones sema-

nales. Un ergoterapeuta se ha encargado de la supervisión diaria de los mismos, ayudándolos en el proceso de «reaprendizaje» de las funciones de validismo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Al inicio de nuestra labor, partiendo prácticamente de cero, teníamos como meta lograr el establecimiento de las actividades de ergoterapia en nuestro sanatorio. Una vez alcanzado dicho objetivo nos lanzamos a la empresa de llevar la ergoterapia al mayor número posible de pacientes ingresados, establecer un horario adecuado para la misma y mejorar cualitativamente la calidad de las actividades a desarrollar.

La tarea no ha sido fácil debido a que tuvimos que afrontar varios problemas originados por la inexperiencia del personal y dificultades en los recursos necesarios para llevar a cabo nuestras actividades. No obstante, estas condiciones desfavorables fueron un acicate que nos impulsó en nuestro trabajo y nos hizo apreciar más los resultados obtenidos. Esta característica de no dejarnos vencer por los obstáculos, en la cual se forjó nuestro equipo de trabajo, se transmitió a los pacientes. Estos comprendían y sentían nuestros esfuerzos por ayudarlos, estableciéndose una estrecha vinculación humana, más que un frío procedimiento clínico. Esto fue posible gracias al entusiasmo del personal. A este respecto hay inclusive autores que han llegado a señalar que en los planes de rehabilitación lo más importante no es lo que se hace sino el entusiasmo con que se haga⁷. Esto es especialmente cierto en el trabajo con pacientes psiquiátricos en los cuales predominan la apatía y el retraimiento.

En cuanto a la incorporación, de quince pacientes con los cuales se comenzaron las actividades de ergoterapia actualmente tenemos un total de ciento diez pacientes. De estos, 85 (61 por ciento) son internos y 25 (100 por ciento) asisten al hospital de día. Estas actividades tienen una duración de seis horas diarias de lunes a viernes y tres horas los sábados, lo que nos da un total de treinta y tres horas semanales. Con los límites impuestos por nuestros recursos hemos diversificado al máximo las actividades. A este fin, en estos momentos se está construyendo una nave para actividades de ergoterapia. Tenemos planes para la creación de un huerto y de un jardín en la finca del sanatorio, con lo cual podríamos hacer trabajos agrícolas que serían de gran utilidad para los pacientes. Las actividades deportivas se verían beneficiadas con la construcción de un terreno de baloncesto y otro de balonvolea. Seguiremos mejorando las condiciones de las áreas dedicadas a la ergoterapia y trataremos de crear un salón de lectura y una biblioteca. Ya se ha dado el primer paso concreto hacia la creación del centro social con la construcción del salón de actos. Posteriormente se tienen planes para la habilitación de un local que funcione como tienda y cafetería para los enfermos.

Uno de los cambios más importantes que hemos obtenido ha sido la modificación de las actitudes preponderantes en los pacientes antes del comienzo de la ergoterapia. En muchos de ellos predominaba la pasividad y resistencia a cualquier tipo de actividad. Actualmente la mayoría se incorpora de modo espontáneo y activo. Participan también en las funciones de organización y dirección como listeros, monitores de grupo, etcétera.

Por habernos lanzado a realizar planes tan ambiciosos contando con tan pocos recursos se nos pudiera imputar la crítica de que tratamos de abarcar más de lo que podemos agarrar. Esto ha sido el resultado de la dinámica de nuestro propio trabajo. En cada situación encontrábamos que la solución de los problemas que enfrentábamos sólo podíamos hallarla abordando un nuevo aspecto de la práctica intrahospitalaria. Como resultado lo que comenzó siendo sólo un intento por llevar a cabo actividades de ergoterapia a un número reducido de pacientes dio paso a un proceso transformador de nuestra institución.

En síntesis, nuestro principal objetivo futuro debe ser crear las condiciones para contar con una institución lo suficientemente dinámica y flexible para adoptar los cambios necesarios que la evolución de la práctica psiquiátrica señalen de utilidad.

Terminaremos este trabajo citando a Henri Ey: «recordemos que no se consiguen éxitos más que a través de un esfuerzo terapéutico colectivo, cuyo beneficio no puede ser obtenido ni, sobre todo, mantenido más que por las cualidades propiamente psicoterapéuticas de un grupo humano que recibe y comprende al enfermo para curarlo, para ayudarlo a 'desalienarse' proponiéndole una solución afectiva y real a su desesperanza»¹⁵.

EN RECONOCIMIENTO

Quisiera expresar mi agradecimiento a todos aquellos que contribuyeron a que este trabajo y las actividades que en el mismo se describen se llevaran a cabo:

Al R. H. Zenón Janariz, principal promotor de todas las medidas encaminadas a la rehabilitación de los pacientes.

A todo el personal médico que labora en nuestro sanatorio, y en especial al Dr. Ricardo Mora, su Director Facultativo, quien siempre nos ha dado su apoyo y valiosos consejos profesionales.

A los Hermanos Hospitalarios, los cuales nos han brindado su generosa ayuda y, con el ejemplo de sus vidas entregadas al cuidado de los enfermos mentales, han significado un incentivo en el trabajo que hemos realizado.

A los ergoterapeutas miembros de nuestro departamento, que con su esfuerzo y dedicación han sido los ejecutores directos de los objetivos alcanzados.

A Alicia Mirabal, que realizó la ardua tarea de descifrar mis notas jeroglíficas y pasar a máquina este trabajo.

A Cristina, mi esposa, quien siempre ha sido fuente de estímulo y comprensión en los momentos de desaliento.

REFERENCIAS

1. Addison, C.: *Occupational Therapy with Adolescents undergoing In-Patient Psychiatric Treatment*. Occupational Therapy. 23:11, 1957, p. 17.
2. *Ibid.*, p. 21.
3. Barret, L.: *A Use for Voluntary Help in the Rehabilitation of Mental Patients*. Occupational Therapy. 23:11, 1960, p. 27.
4. Basaglia, F. citado por Carlo Rognoni y Chiara Valentini: *I Confini della Folia*. Panorama. 9:255, 1971, p. 43.
5. Bellak, L.: *Esquizofrenia: Revisión del Síndrome*. Editorial Herder, S. A., Barcelona, 1962, pp. 452-448.
6. *Ibid.*, 437.
7. Cartaris y Heron (1957) citados por R. Mignagaray, et al.: *Comisión de asistencia Psiquiátrica Intrahospitalaria*. Memoria de la Primera Jornada de Superación del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Número Extraordinario. 12: 1971, p. 20.
8. Cirincione, E.: *Deterioramiento Mentale da Esercizio Psichiatrico Istituzionale*. Fatebenefratelli. 36:7, 1971, p. 350.
9. Claramut, F.: *La Unidad Psiquiátrica en el Hospital General*. Monografía. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Madrid, 1967.
10. Crespo, M.: *Régimen Funcional y Orgánico de un Centro Rehabilitador por el Trabajo*. La Caridad. 21:235, 1971, p. 266.
11. *Ibid.*, p. 268.
12. Dax, E.: *Experimental Studies in Psychiatric Art*. J. B. Lippincott Company. Philadelphia, 1953.
13. Drouet, V.: *Rehabilitation West Park Hospital, Epsom. Part I — A Christmas Show*. Occupational Therapy. 22:5, 1959, p. 23.
14. Ey, H., et al.: *Tratado de Psiquiatría*. Toray-Masson, S. A., Barcelona, 1969, p. 1051.
15. *Ibid.*, p. 597.
16. Foulkes, S. y E. Anthony: *Group Psychotherapy. The Psycho-Analytic Approach*. Penguin Books, London, 1957, p. 56.
17. Gruhn, N.: *Music Therapy*. Occupational Therapy. 22:1, 1959, p. 26.
18. *Ibid.*, 24.
19. Harbert, W.: *Music Therapy: Whence, What, Why, How, and Whither?* The Ninth Annual College of the Pacific Faculty Research. Lecture. May, 1959, p. 7.
20. Henderson, C.: *The Contribution of Occupational Therapy (A Paper Presented at the World Federation for Mental Health, 13th Annual Meeting, Edimburgh, August 8-13, 1960)*. Occupational Therapy. 23:11, 1960, p. 16.
21. Hernández, J.: *Lugar de la Psicoterapia de Grupo en el Hospital Psiquiátrico*. La Caridad. 21:11, 1960, p. 283.
22. Hinsie, L. y R. Campbell: *Psychiatric Dictionary*. 3rd. Ed. Oxford University Press. New York, 1960, p. 739.
23. Hopkins, A.: *The Therapeutic Value of Mathematics in the Psychiatric Hospital*. Occupational Therapy. 23:12, 1960, p. 22.
24. Howard, B.: *An Optimistic Report on Total Rehabilitation Potential of Chronic Schizophrenics*. Archives of General Psychiatry. 3:4, 1960, p. 37.
25. Mannel, R.: *En el Interior de un Hospital Psiquiátrico Moderno*. Salud Mundial. Abril, 1966, p. 3.
26. *Ibid.*, 21.
27. Mignagaray, R.: *Comisión de Docencia*. Memoria de la Primera Jornada de Superación del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Número Extraordinario. 12: 1971, pp. 103-104.
28. Naumburg, M.: *Schizophrenic Art — Its Meaning in Psychotherapy*. Grune and Straton. New York, 1960.
29. Pessin, J. e I. Friedman, citados por L. Bellak. *Esquizofrenia*. p. 440.

30. Porot, A.: *Diccionario de Psiquiatría Clínica y Terapéutica*. Versión española de la 2.^a ed. francesa. Ed. Labor, S. A., Barcelona, 1962, p. 201.
31. *Ibid.*, 378.
32. Puertas, G., et al.: *Comisión de Ergoterapia y Rehabilitación en el Enfermo Psiquiátrico*. Memoria de la Primera Jornada de Superación del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Número Extraordinario. 12: 1971, pp. 113-114.
33. *Ibid.*, 134.
34. *Ibid.*, 121.
35. *Ibid.*, 119-120.
36. Puertas, G.: *Algunos Aspectos de los Niveles en Ergoterapia y Rehabilitación*. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 14:1, 1973, p. 155-157.
37. Simon, B. et al.: *The Recognition and Acceptance of Mood in Music by Psychotic Patients*. The Journal of Nervous and Mental Disease. 114: 1951, p. 66.
38. Sivadon, P. citado por L. Bellak: *Esquizofrenia*. P. 436.
39. Stoller, A.: *Psychiatric Aspects of Rehabilitation*. Occupational Therapy. 22:7, 1957, p. 17.
40. Valenciano, L.: *Servicios Psiquiátricos. Su Estructura Total*. La Asistencia del Enfermo Mental. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Madrid, abril, 1969. p. 14.
41. *Ibid.*, 13.
42. *Ibid.*, 23.

BIBLIOGRAFIA

- Addison, C.: *Occupational Therapy with Adolescents undergoing In-Patient Psychiatric Treatment*. Occupational Therapy. 23:16-20, 11, 1957.
- Antheaume, A. y G. Dromard: *Poesía y Locura. Psicopatología del Genio y del Sentimiento Poético*. Ediciones Povlov. México, D.F.
- Barret, L.: *A Use for Voluntary Help in the Rehabilitation of Mental Patients*. Occupational Therapy. 23:27-31, 11, 1960.
- Bellak, L.: *Esquizofrenia: Revisión del Síndrome*. Editorial Herder, S. A., Barcelona, 1962.
- Brodsky, C. y A. Fisher: *Therapeutic Programing for the Non-psychotic Patient*. The American Journal of Psychiatry. 120: 793-797, 8, 1968.
- Broughton, S.: *A Christmas Play with Out-Patients in a General Hospital*. Occupational Therapy. 24:32-33, 4, 1961.
- Chen, R.: *A french Mode of Socioterapia*. The American Journal of Psychiatry. 121:17-20, 1, 1964.
- Cirincione, E.: *Deterioramento Mentale da Esercizio Pshiatrico Istituzionale*. Fatebenefratelli. 36:350-353, 7, julio, 1971.
- Claramut, F.: *La Unidad Psiquiátrica en el Hospital General*. Monografía. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Madrid, 1967.
- Coleman, J.: *Abnormal Psychology and Modern Life*. 2.^a ed. Scott, Foresman and Co., 1956.
- Crespo, M.: *Régimen Funcional y Orgánico de un Centro Rehabilitador por el Trabajo*. La Caridad. 21:265-271, 235, 1971.
- Dax, E.: *Experimental Studies in Psychiatric Art*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1953.
- Díaz, R. y J. Bernúes: *Rehabilitación del enfermo mental*. La Caridad. 21:272-277, 235, 1971.
- Downing, J.: *Chronic Mental Hospital Dependency as a Character Defense*. Psychiatric Quarterly. 32:489-499, 1958.
- Drouet, V.: *Rehabilitation West Park Hospital, Epsom. Part I — A Christmas Show*. Occupational Therapy. 22:23-26, 3, 1959.
- Eibeschutz, I.: *Puppetry in Hospital*. Occupational Therapy, 23:27-29, 12, 1960.
- Ewen, A.: *The Institute of Living*. Occupational Therapy. 23:28-30, 9, 1960.
- Ey, H. et al.: *Tratado de Psiquiatría*. 2.^a ed. Toray-Masson, S. A., Barcelona, 1961.
- Fransella, F.: *The Treatment of Chronic Schizophrenia*. Occupational Therapy. 23:31-34, 9, 1960.
- Freudenberg, F. y A. Constable: *Sheltered Workshops Within the Mental Hospital*. Occupational Therapy. 23:19-26, 5, 1960.
- Foulkes E. y E. Anthony: *Group Psychotherapy. The Psycho-Analytic Approach*. Penguin Books, London, 1957.
- García, P.: *Un Servicio hacia la Comunidad Terapéutica en el Hospital Psiquiátrico de La Habana*. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 12:446-462, 3, 1971.
- Gordon H. y C. Groth: *Mental Patients Wanting to Stay in the Hospital*. Archives of General Psychiatry. 4:124-130, 2, 1961.
- Grinberg, L. et al.: *Psicoterapia del Grupo. Su enfoque Psico-analítico*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 3.^a ed., 1971.
- Gruhn, N.: *Music Therapy*. Occupational Therapy. 22:23-25, 1, 1959.
- Hartlage, L.: *Community Expectations and Psychiatric Rehabilitation*. The American Journal of Psychiatry. 12:67-69, 1, 1964.
- Henderson, C.: *The Contribution of Occupational Therapy*. (A Paper Presented at the World Federation for Mental Health, 13th Annual Meeting. Edimbourgh, August 8-13, 1960) Occupational Therapy. 23:16-20, 11, 1960.
- Hernández, J.: *Lugar de la Psicoterapia de Grupo en el Hospital Psiquiátrico*. La Caridad. 21:278-284, 235, 1971.
- Hinsie, L. y R. Campbell: *Psychiatric Dictionary*. 3.^a ed. Oxford University Press, 1960.
- Hopkins, A.: *The Therapeutic Value of Mathematics in the Psychiatric Hospital*. Occupational Therapy. 23:22-23, 12, 1960.
- Howard, B.: *An Optimistic Report on Total Rehabilitative Potential of Chronic Schizophrenics*. Archives of General Psychiatry. 3: 772-778, 4, 1960.
- Hubert, D.: *The Planning of Psychiatric Units at General Hospitals*. 3. *The Day Space and Occupational Therapy Department*. Occupational Therapy. 2:13-15, 5, 1960.
- Jørstad, J.: *Clay forming in psychotherapy. A possible remedy to communication and insight*. Acta Psychiatrica Scandinava. 41:491-526, 4, 1960.
- Kahne, M.: *Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Psychiatric Quarterly. 37:704-709, oct., 1963.
- Kirsch, G.: *How We Started a Hospital Magazine in a Mental Hospital*. Occupational Therapy. 23:35-38, 11, 1960.
- Mann, W. y W. Terhune: *Rehabilitation and Occupational Therapy*. The American Journal of Psychiatry. 120:704-706, 7, 1964.
- Mann, W. y W. Terhune: *Rehabilitation and Occupational Therapy*. The American Journal of Psychiatry. 121:718-719, 7, 1965.
- Maurel, R.: *En el Interior de un Hospital Psiquiátrico Moderno*. Salud Mundial. Abril, 1966.
- Mignagaray, R. et al.: *Comisión de Asistencia Psiquiátrica Intrahospitalaria*. Memoria de la Primera Jornada de Superación del Hospital Psiquiátrico de La Habana. XII. Número Extraordinario, 1971.
- Mignagaray, R. et al.: *Comisión de Docencia*. Memoria de la Primera Jornada de Superación del Hospital Psiquiátrico de La Habana. XII. Número Extraordinario, 1971.
- Montoya, R.: *Reorganización y Reestructuración de un Hospital Psiquiátrico. Nuestra Experiencia Actual en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo*. La Asistencia del Enfermo Mental. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Madrid, abril, 1969, pp. 37-44 (Monografía).
- Moore, R. y R. Henry: *Trials and Tribulations in Establishing*

- a Community Hospital Psychiatric Unit. The American Journal of Psychiatry. 125:186-191, 2, 1968.
- More, S.: *Percussion Playing in Mental Hospitals*. Occupational Therapy. 23:10-12, 5, 1960.
- Naumburg, M.: *Schizophrenic Art — Its Meaning in Psychotherapy*. Grune & Stratton, New York, 1950.
- Noyes, A. y L. Kelb: *Modern Clinical Psychiatry*. 6th Ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1963.
- Offer, D. y D. Stine: *Function of the Music in Spontaneous Art Productions*. Archives of General Psychiatry. 3:490-503, 11, 1960.
- Ogara, C.: *La psicoterapia de las psicosis en el Medio Hospitalario*. La Asistencia del Enfermo Mental. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Madrid, abril, 1969, pp. 45-49.
- Pierce, C. et al.: *Music Therapy in a Day Care Center*. Disease of the Nervous System. 25:29-32, 1, 1964.
- Porot, A.: *Diccionario de Psiquiatría Clínica y Terapéutica*. Editorial Labor, S. A., Barcelona, 1962.
- Puertas, G. et al.: *Comisión de Ergoterapia y Rehabilitación en el Enfermo Psiquiátrico*. Memoria de la Primera Jornada de Superación del Hospital Psiquiátrico de La Habana. XII. Número Extraordinario. 1971.
- Puertas, G.: *Algunos Aspectos de los Niveles en Ergoterapia y Rehabilitación*. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 14:154-163, 1, 1973.
- Rognoni, C. y C. Valentini: *I Confini della Follia*. Panorama. IX (4 marzo 1971), 44-48, 255.
- Rosenhan, D.: *Je me suis fait passer pour fou...* Le Nouvel Observateur. No. 435 du 13 au 18 mars, 1973, pp. 72-92.
- Simon, B. et al.: *The Recognition and Acceptance of Mood in Music by Psychotic Patients*. The Journal of Nervous and Mental Disease. 114:66-78, 1951.
- Small, L. et al.: *The Meaning of Hospitalization: A Comparison of Attitudes of Medical and Psychiatric Patients*. The Journal of Nervous and Mental Diseases. 139:575-580, 6, 1964.
- Smith, C. y D. McKerracher: *The Comprehensive Psychiatric Unit in the General Hospital*. The American Journal of Psychiatry. 121:52-57, 1, 1964.
- Stanton, A. y M. Schwartz: *The Mental Hospital*. 1st. Edition. Basic Books Inc. Publishers. New York, 1954.
- Stoller, A.: *Psychiatric Aspects of Rehabilitation*. Occupational Therapy. 22:17-26, 7, 1957.
- Switzer, M. et al.: *Rehabilitation and Psychiatry: A Symposium*. The American Journal of Psychiatry. 124:53-68, 10, 1968.
- Valenciano, L.: *Servicios Psiquiátricos. Su Estructura Total*. La Asistencia al Enfermo Mental. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Madrid, abril, 1969, pp. 7-36. (Monografía).
- Wimmer, S.: *The Influence of Music and Its Therapeutic Value*. Reprinted from The New York Medical Journal for September 7, 1889.

ARMANDO CALDERON

Responsable del Departamento de Ergoterapia del Sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios

Jornadas psiquiátricas en Lisboa

Los hermanos de san Juan de Dios celebrarán unas jornadas psiquiátricas en el mes de enero. Estas tendrán lugar en Lisboa. El programa de los temas centrales es el siguiente:

- Desmantelamiento arquitectónico y funcional de los grandes hospitales psiquiátricos
- Problemática del alcoholismo y de la droga
- La asistencia psiquiátrica a debate
- El suicidio dentro y fuera del hospital
- Métodos terapéuticos psicosociales en psiquiatría
- Métodos terapéuticos somáticos en psiquiatría

Secretariado
CIBA-GEIGY
Avda. 5 de octubre, 35, 2.º Dto.
LISBOA 1 - Portugal

Asistencia y enfermería

ESCUELAS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA

Enfermería, en España, que cada día que pasa va incrementando y tomando conciencia de su integridad como profesionales, tiende a actualizar sus estudios con criterios de globalidad asistencial y no como monografías uniformes o monocromas.

El paso de una Enfermería mecanicista y de estudios de conceptos patológicos a una profesión con ideas de asistencia integral ha transformado, también, su filosofía y criterios de *enfermedad* respecto a los de *salud*.

Hoy el profesional de Enfermería es un cultivador de la salud. De ahí que los estudios han evolucionado hacia los campos de los valores psico-bio-sociales. Dejando de lado un tanto los conceptos de las patologías somáticas, campo concreto de las ciencias médicas.

Por tanto, los estudios en una Escuela de Enfermería Psiquiátrica, Pediátrica, o de cualquiera otra especialidad deben plantearse con nuevos criterios, con formas distintas a lo que hasta ahora se venía haciendo. Esto es, más humanistas y bioéticas.

Por todo lo dicho a continuación exponemos, en primer lugar, dos vías, modelos, planes o sistemas de Escuelas de Enfermería especializada. Cualquiera otra especialidad debería, con sus correspondientes matizaciones, seguir líneas paralelas. El primero de los modelos o sistema, Escuela de Enfermería Psiquiátrica, ya viene funcionando desde hace algunos años. La segunda vía o plan de Escuela Pediátrica se está programando para su puesta en funcionamiento el curso 79/80.

ESCUELA DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA

OBJETIVOS

La Escuela para ATS postgraduados pretende la formación de técnicos de Enfermería en el campo de la

Psiquiatría, de acuerdo a las necesidades asistenciales actuales de esta especialidad y la dirección que pueda tomar en cada momento.

Si tenemos en cuenta que las teorías psiquiátricas no se encuentran perfectamente definidas a la par que nos hallamos en unos momentos de encrucijada así como en un esperanzador resurgimiento de la especialidad, hemos de plantearnos tres aspectos principales en nuestros objetivos:

- 1.º Una formación de base en los aspectos que actualmente tienen una importancia terapéutica.
- 2.º Una atención constante hacia los posibles movimientos modernos y nuevas formas de actuación.
- 3.º Una metodología con base científica en nuestra formación, que nos permita analizar y experimentar desde puntos de vista objetivos, las nuevas tendencias de nuestra especialidad.

DINAMICA DEL CURSO

Clases teóricas: Quedan establecidas los lunes y viernes de 19 a 21 horas. Constituyen un total de 50 días lectivos.

La asistencia a las mismas es obligatoria. Al término del curso es preciso haber alcanzado un 80 % de asistencia. La falta de esta asistencia puede suponer la pérdida del curso o la necesidad de su compensación. La determinación, en cada caso, queda bajo la competencia de la Dirección de la Escuela.

Clases prácticas: Tendrán una duración total de 250 horas distribuidas trimestralmente, según la duración de los mismos.

Es imprescindible haber realizado el 100 % de la programación.

Para su realización, tanto en lo que supone la metodología como al horario de las mismas, se pondrán de acuerdo personalmente con el monitor que se les asigne.

Quedan exentos de realizar prácticas los alumnos que trabajen en Psiquiatría. Trabajo que han de justificar mediante el correspondiente certificado en el que se especificará: Tiempo que se lleva en el citado trabajo, horario del mismo y su cometido habitual. En cualquier caso, queda a competencia de la dirección de la escuela el aceptar o rechazar la validez compensatoria de ciertas dedicaciones cuyo carácter no sea estrictamente psiquiátrico.

Sesiones clínicas: Tendrán lugar los viernes del primero y segundo trimestre, con horarios de 17 a 19 horas. Son obligatorias para los alumnos de primer curso, por computarse dentro de las prácticas, y optativas para los alumnos de segundo curso.

Sesiones de metodología: Están constituidas por clases teóricas con desarrollo práctico, los lunes del primer trimestre. Son obligatorias para los alumnos de primer curso, por considerarse incluidas dentro de las horas de prácticas.

Seminarios: Tienen como misión la participación de los alumnos en la investigación y la expresión en público de los trabajos realizados. Tendrán lugar los miércoles a partir del segundo trimestre, en las fechas que se especificarán oportunamente.

La asistencia es obligatoria para todos y la participación activa en uno de ellos para los alumnos del segundo curso.

Trabajos: Deberán presentarse todos los trabajos trimestrales o de curso con referencia a las prácticas, más aquellos que sean solicitados en las clases teóricas por los profesores respectivos.

Exámenes: Serán trimestrales, con carácter eliminatorio de materias. En cada caso, tendrán lugar en las fechas que determine la Dirección, oído el parecer de alumnos y profesores.

PROGRAMA PRIMER CURSO

DURACIÓN

Del 16 de octubre de 1978 al 20 de junio de 1979.

Primer trimestre

Lunes a las 17 h. Metodología de investigación
Lunes a las 19 h. Neurofisiología. Electroencef.
Lunes a las 20 h. Psicología
Viernes a las 17 h. Sesión clínica
Viernes a las 19 h. Asistencia general
Viernes a las 20 h. Psicopatología general

Segundo trimestre

Lunes a las 19 h. Sociología
Lunes a las 20 h. Psicología
Miércoles a las 17 h. Seminarios
Viernes a las 17 h. Sesión clínica
Viernes a las 19 h. Asistencia general
Viernes a las 20 h. Psicopatología general

Tercer trimestre

Lunes a las 19 h. Enfermería psiquiátrica
Lunes a las 20 h. Psicología
Miércoles a las 17 h. Seminarios
Viernes a las 19 h. Asistencia general
Viernes a las 20 h. Psicopatología general

PRÁCTICAS

Se presentarán los trabajos trimestralmente.

Primer trimestre: Sesiones clínicas. Estudio de 50 casos. Observación asistencial.

Segundo trimestre: Sesiones clínicas. Estudio de 10 casos. Observación asistencial.

Tercer trimestre: Estudio de un caso. Observación asistencial.

PROGRAMA SEGUNDO CURSO

DURACIÓN

Del 16 de octubre de 1978 al 20 de junio de 1979.

Primer trimestre

Lunes a las 19 h. Psicología
Lunes a las 20 h. Semiología psiquiátrica
Viernes a las 19 h. Psicopatología especial
Viernes a las 20 h. Asistencia especial

Segundo trimestre

Lunes a las 19 h. Psicología
Lunes a las 20 h. Sociología
Miércoles a las 17 h. Seminarios
Viernes a las 19 h. Psicopatología especial
Viernes a las 20 h. Asistencia especial

Tercer trimestre

Lunes a las 19 h. Psicología
Lunes a las 20 h. Organización de la asistencia
Miércoles a las 17 h. Seminarios
Viernes a las 19 h. Psicopatología especial
Viernes a las 20 h. Asistencia especial

PRÁCTICAS

Consistirán en un trabajo monográfico de investigación sobre un tema psiquiátrico.

Antes del 20 de octubre se deberá presentar el tema y proyecto de trabajo.

Antes del 30 de octubre deberá estar completo el proyecto de trabajo.

Presentación del trabajo, fecha tope: 20 de junio.

(Tomado del Programa de la Escuela San Juan de Dios. Especialidad de Psiquiatría para ATS postgraduados. Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat. San Boi de Llobregat. Barcelona. Con permiso de su Jefe de Estudios: Dn. Luis M.^a Balzuz).

ESCUELA DE ENFERMERIA PEDIATRICA

Un programa de estudios de una Escuela de Enfermería Pediátrica con criterios modernos, actuales, progresivos, podría ser el siguiente. Aunque aceptando algunas variaciones o adaptaciones a lo largo de los dos años de estudios. La dedicación y distribución la daremos en porcentajes de horas y/o tiempos.

Los *objetivos, dirección, dinámica del curso, metodología, etc.*, podrían servirnos de guía los anteriormente apuntados. No los pondremos por no alargarnos ni resultar reiterativos.

TEORICA

Aplicable y repartida entre los dos cursos. Mínimo 170 horas por cada curso. Asistencia controlada y a conseguir como mínimo en un 80 % cada alumno.

— Patología de enfermería pediátrica . . .	40 %
— Enfermería de salud pública, incluida ecología y demografía	20 %
— Psicología y psiquiatría infantil	15 %
— Administración de enfermería	5 %
— Legislación sanitaria y derecho civil, penal y laboral	5 %
— Ciencias complementarias:	
Estadística	5 %
Pedagogía	5 %
Bioética	5 %

PRACTICAS

Aplicables y repartidas a lo largo de los dos cursos. Mínimo a conseguir 200 horas por curso. Exigibles en un 100 % en cada alumno.

— Enfermería pediátrica hospitalaria . . .	40 %
— Enfermería de salud pública	25 %
— Asistencia a seminarios y participación activa	10 %
— Trabajos de investigación de enfermería pediátrica	25 %

En primer curso se tratará de trabajos generales. En segundo curso consistirá en una tesina. Siempre dirigidos por profesores de estilo y técnicos en la materia escogida por el alumno.

Compendiando y concretando: Creemos que cuanto más nos distanciamos de los precedentes planteamientos o vías a recorrer, más lejos estaremos de conseguir unos buenos resultados.

No podemos aceptar de ninguna manera todo ese cúmulo de escuelas y escuelillas que afloran por el país, aunque estén respaldadas por muy sonoras cátedras de medicina, pero carentes de verdaderas inquietudes y conocimientos de cuanto es o quiere ser la Enfermería moderna, progresiva y en camino de la búsqueda verdadera de su auténtica identidad. Creemos que muy pocas de dichas escuelas sobrepasarían un discreto umbral de calidad, de valoración de méritos, aplicado a las mismas.

Finalmente, creemos y proponemos que las escuelas de Especialidades de Enfermería así como las de Auxiliares de Enfermería, deben estar encuadradas en un plan serio de docencia, en un contexto unitario-direccional, dentro de las *Escuelas Universitarias de Enfermería*.

Véase nuestro criterio planteado en los organigramas siguientes y que *proponemos como un boceto para una posible facultad de enfermería:*

BOCETO DE UNA POSIBLE FACULTAD DE ENFERMERIA

INTRODUCCIÓN

- Criterios de Enfermería

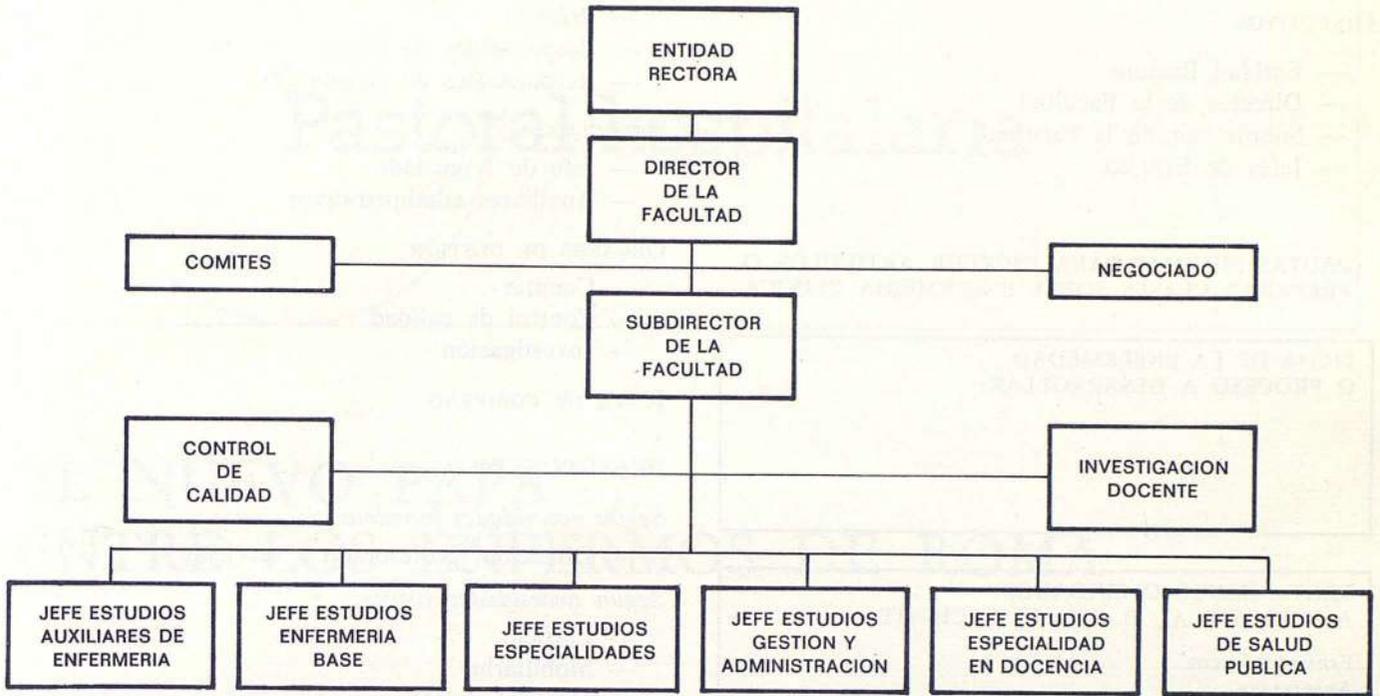
CONTENIDO

- Filosofía
- Objetivos generales
- Organo de gestión
- Organigrama general
- Organigrama por áreas

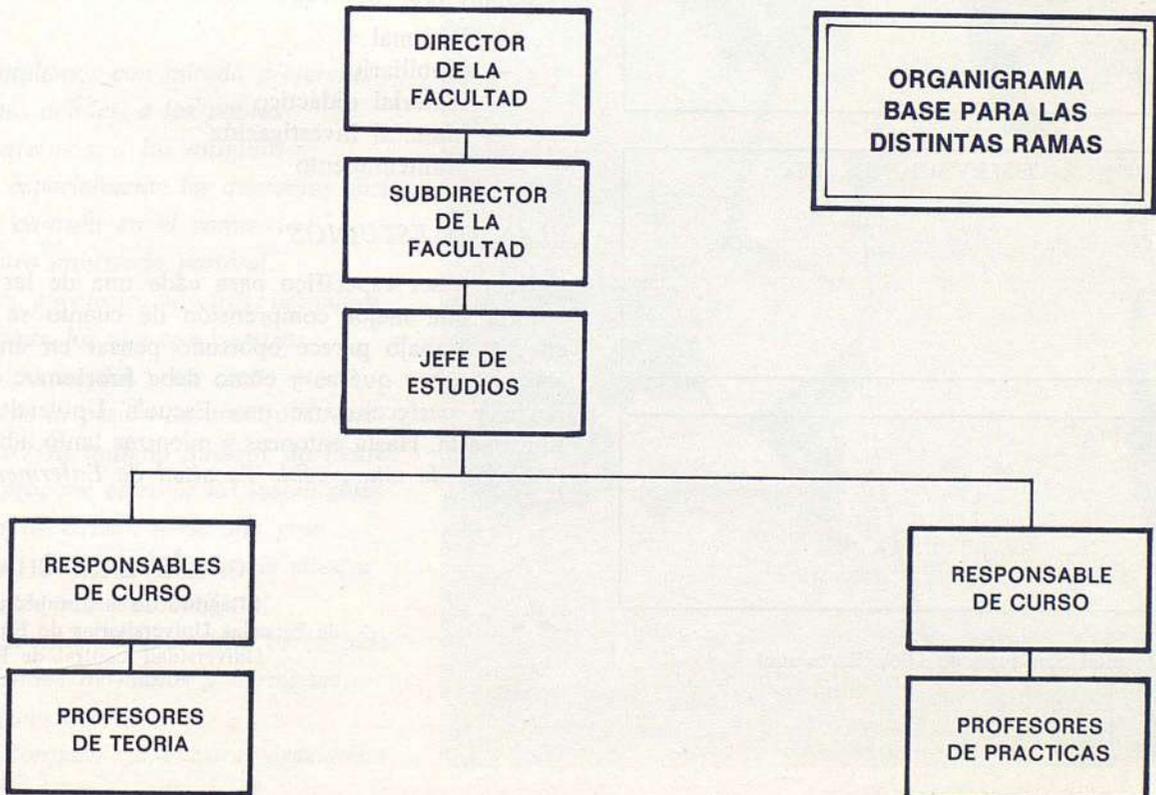
PLANES DE ESTUDIO

- Enseñanza teórica:
 - Clases, conferencias y seminarios
- Enseñanza práctica:
 - Asistencial, preventiva, administrativa, etc.

ORGANIGRAMA GENERAL



ORGANIGRAMAS PARCIALES



ESPECIFICACION DE FUNCIONES

DIRECTIVOS

- Entidad Rectora
- Director de la Facultad
- Subdirector de la Facultad
- Jefes de Estudio

PAUTAS MINIMAS PARA ESCRIBIR ARTICULOS O PREPARAR CLASES SOBRE ENFERMERIA CLINICA

FICHA DE LA ENFERMEDAD
O PROCESO A DESARROLLAR:

TRATAMIENTO O CUIDADOS
A IMPARTIR AL O CON EL PACIENTE:

FARMACOLÓGICOS
APARILLAJE
FÍSICOS
SOCIALES
PSICOLÓGICOS
ÉTICOS
OTROS

CONCLUSIONES, OBSERVACIONES, ETC.:

BIBLIOGRAFIA:

PROFESORADO

- Teórica
- Práctica
- Responsables de Curso
- Responsables de Asignatura

NEGOCIADO

- Jefe de Negociado
- Auxiliares administrativos

ORGANOS DE GESTIÓN

- Comités
- Control de calidad
- Investigación

JUNTA DE GOBIERNO

PRESUPUESTO

Según necesidades humanas:

- Dirección, profesorado y servicios

Según necesidades físicas:

- Edificio
- Mobiliario
- Material didáctico
- Mantenimiento

PARTIDAS

Ingresos por:

- Matrículas
- Publicaciones
- Otros

Salidas por:

- Personal
- Mobiliario
- Material didáctico
- Material investigación
- Mantenimiento

PLAN DE ESTUDIOS

Deberá ser específico para cada una de las ramas.
Para una mejor comprensión de cuanto se apunta en este trabajo parece oportuno pensar en un futuro artículo sobre qué es y cómo debe funcionar, desarrollarse y perfeccionarse una Escuela Universitaria de Enfermería. Hasta entonces y mientras tanto, ahí queda el boceto de una posible Facultad de Enfermería.

C. ESEVERRI CHAVERRI

Miembro de la Comisión Gestora
de Escuelas Universitarias de Enfermería.
Universidad Central de Barcelona

Pastoral hospitalaria

EL NUEVO PAPA ENTRE LOS ENFERMOS DE ROMA

LOS QUE SUFREN
SERAN LOS PREDILECTOS
DEL NUEVO OBISPO DE ROMA

«Contemplamos con mirada preferente a los más débiles, a los pobres, a los enfermos, a los afligidos. A ellos especialmente les queremos abrir nuestro corazón en el comienzo de nuestro ministerio pastoral. ¿No sois, en efecto, vosotros, hermanos y hermanas, los que con vuestros dolores participáis y en cierto modo completáis la pasión de nuestro mismo Redentor? El indigno Sucesor de Pedro, que se propone escrutar las insondables riquezas de Cristo, tiene una gran necesidad de vuestra ayuda, de vuestra oración, de vuestro sacrificio, y por eso humildísimamente os lo pide. Queridísimos hermanos y hermanas —dijo Juan Pablo II— querría confiarme a vuestras oraciones».



*EL PASTOR DE LA IGLESIA UNIVERSAL
COMIENZA SU PONTIFICADO
PRACTICANDO LAS OBRAS DE MISERICORDIA*

Poco después del primer discurso, Juan Pablo II comienza otro: «Mis enfermos, mis hermanos...». Y lo comienza en medio de ellos, en medio de sus «hermanos enfermos» en el Policlínico «Agostino Gemelli» de Roma. No han transcurrido todavía 24 horas desde que Cristo lo ha escogido como Sucesor de Pedro, y el Papa Juan Pablo II ya está entre la gente, entre la gente que sufre.

Nadie sabía nada; nadie podía imaginarse nada. El Papa tiene un «querido amigo» que lucha desesperadamente entre la vida y la muerte desde las vísperas del Cónclave; es mons. Andrzej Maria Deskur, obispo polaco que trabaja en la Curia Romana como Presidente de la Pontificia Comisión para las Comunicaciones Sociales, que fue afectado por una trombosis y se encuentra hospitalizado en el Policlínico «Agostino Gemelli». El cardenal Wojtyla, antes de entrar en el Cónclave, fue a visitar a mons. Deskur. Las condiciones del prelado se agravaron, y el Papa Wojtyla ha querido visitar de nuevo a su amigo «que aunque es más joven que yo —dirá a los pocos íntimos que encontrará en la habitación 1.002 del décimo piso del hospital— me ha introducido en Roma».

EN LAS CALLES DE LA URBE

No se trataba de una visita oficial, aunque seguramente el Papa visitará de vez en cuando a los enfermos y les llevará el consuelo de su palabra y de su bendición puesto que en su radio-mensaje los ha señalado como sus hijos predilectos. Aunque se dieron las disposiciones necesarias, la noticia no se comunicó oficialmente. Hacia las 15,30 se estacionaban delante del Arco de las Campanas algunos coches de la policía. La gente que da vueltas por la plaza intuye algo. Cerca de la plaza de San Pedro está la Sala de Prensa de la Santa Sede y los periodistas acreditados han barruntado alguna novedad. Indagan. La noticia de que Juan Pablo II saldrá a las 16,45 del Vaticano para ir al «Gemelli» da la vuelta a Roma en un segundo.

Cuando el coche de Juan Pablo II salió por el Arco de las Campanas ya se habían agolpado al pie de la escalinata de la basílica 3.000 personas. El Santo Padre al ver la gente que le espera hizo descapotar el coche y se puso en pie para bendecir. Fue el verdadero primer contacto del nuevo Papa con su diócesis. Su sonrisa, que no traiciona la hondura de su fe, hizo que la imagen del Papa Wojtyla conquistase inmediatamente a cuantos se agolparon en el trayecto para verlo más de cerca, aunque sólo fuese un momento.

«¿Pero es posible que sea el Papa?», pregunta algún incrédulo. «Sí sí —replica el inevitable bien informado—, sale por primera vez desde que lo han hecho Papa y va a visitar a los enfermos del 'Gemelli'». «Lo había dicho yo; me había causado muy buena impresión. Ama a la gente como nosotros. Viene de Polonia, pero para mí ya es romano». El nuevo «Obispo de Roma» es ya romano. Han bastado pocos momentos fuera del protocolo para caer en el abrazo de su diócesis y de su pueblo.

Entretanto el policlínico «Gemelli» estaba revolucionado. Bastantes pasillos desiertos, pero el atrio enorme del hospital abarrotado de gente. Enfermos en pijama o en bata, en carros o en literas escoltaban el camino que inmediatamente el Papa iba a recorrer. La policía, los carabineros, los agentes de vigilancia del Vaticano tuvieron mucho trabajo para abrirle camino. La fachada del edificio parecía un mosaico humano por las personas asomadas a las ventanas, a los balcones. A las 17,05 la animación hasta entonces controlada se vuelve frenética: por el portón de entrada, detrás de las motos de la policía, aparece en un coche descubierto Juan Pablo II que en pie responde con su bendición a las aclamaciones. En el atrio, apenas entra el Papa, el entusiasmo de la gente es verdaderamente incontenible. Los gritos, los aplausos, las tentativas de tocar al Papa preocuparon por un momento.

*EN EL HOSPITAL
DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA*

El Santo Padre subió en ascensor al décimo piso del hospital donde en la habitación 1.002 se encuentra mons. Deskur. Lo acompañaban el Substituto de la Secretaría de Estado, arzobispo Giuseppe Caprio, el Prefecto de la Casa Pontificia, mons. Jacques Martin, y el Delegado de Hospitales, mons. Fiorenzo Angelini. A la puerta de la habitación estaban el profesor Livio Candia, director médico; el profesor Antonio Sanna, presidente de la facultad de medicina; el ingeniero Morgante, director administrativo; el profesor Jorge Brasca y otras personalidades. El Papa se inclinó sobre mons. Deskur, lo besó conmovido, rezó un misterio del rosario y, después de informarse sobre su estado, invocó sobre él la gracia de la Santísima Virgen.

El Santo Padre visitó a otros enfermos del mismo pabellón y para todos tuvo un gesto paternal, afectuoso y palabras de consuelo.

Bajó al cuarto piso donde le esperaba una representación de enfermos, médicos y enfermeros. Juan Pablo II los saludó con la frase que ya es signo elocuente de su pontificado: «Alabado sea Jesucristo». Se acercó a los micrófonos preparados en la sala conectados con

la megafonía interior que ha difundido su voz por todo el hospital.

Sus primeras palabras fueron de agradecimiento: «...a la Providencia, porque hoy, casi a las 24 horas después del momento en que se manifestaba la voluntad de Dios» había podido salir del Vaticano y recorrer las calles de Roma; y después, al Pueblo de Dios, a aquellos que ayer le habían acogido, a quienes lo habían recibido con tanto afecto «también esta tarde». Después el Papa quiso contar a sus «enfermos, mis hermanos», su primera experiencia en el contacto con el entusiasmo del pueblo italiano: «Quiero agradecer también —dijo el Papa— a todos aquellos que me han guiado y que casi me han salvado, puesto que, por el gran entusiasmo que se ha manifestado, podría haber sucedido que el Papa debiera internarse rápidamente en este hospital para ser curado». «Pero sobre todo —prosiguió después de la breve interrupción de los aplausos de los presentes— pienso que todo esto es un hecho debido a la Divina Providencia. He venido para visitar a un amigo, a un colega obispo: mons. Andrzej Maria Deskur, Presidente de la Pontificia Comisión para las Comunicaciones Sociales. Le debo tantas cosas buenas, tanta amistad. Desde hace días, casi desde la víspera del Cónclave, se encuentra en este hospital y su estado es verdaderamente grave. He querido visitarlo, y no sólo a él, sino también a los demás enfermos».

*LOS PREDILECTOS DEL SEÑOR,
LOS QUE SUFREN, SERAN LOS PREDILECTOS
DEL ROMANO PONTIFICE*

El Santo Padre siguió recordando cuanto aquella mañana había hablado a los cardenales sobre su deseo de apoyar su ministerio papal especialmente sobre todos aquellos que sufren y que unen la oración a sus sufrimientos, a sus dolores, a su pasión. «Queridísimos hermanos y hermanas —dijo todavía el Papa—, querría confiarme a vuestras oraciones».

Juan Pablo II recordó a los enfermos que, aunque sean débiles mirando a sus condiciones físicas, aunque estén enfermos, también son «muy poderosos, como es poderoso Jesucristo crucificado». «Así, pues —continuó el Papa—, vuestra fuerza está en vuestra semejanza con El mismo. Tratad de utilizar esa fuerza para el bien de la Iglesia, de vuestros íntimos, de vuestras familias, de vuestra patria, de toda la humanidad. Y también para bien del ministerio del Papa, que es, en otro sentido, también muy débil».

«Al dar gracias a Dios por esta significativa ocasión —concluyó el Santo Padre— y por este encuentro tan precioso para mí y pienso que para todos, quiero también agradecer a los que atienden a los enfermos en el hospital de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, a los profesores, a los médicos, a los empleados y empleadas, a todos. Ciertamente, Cristo se encuentra entre vosotros en los corazones de los enfermos y en los corazones de los 'samaritanos' que atienden a los enfermos. Alabado sea Jesucristo».

Después de dar su bendición salió de la sala. Mientras tanto habían llevado a los pasillos algunos enfermos graves. Los vio el Papa. Se acercó a algunos. Los tocó, los acarició y bendijo; devolvió a sus ojos un rayo de esperanza, una luz de amor.

De pie en el coche descubierto, que a duras penas se abría paso entre la gente, dejó aquel lugar de sufrimiento que por un momento vino a ser un lugar donde reinó el entusiasmo y donde la esperanza se confirmó poderosamente. A lo largo de todo el trayecto hacia el Vaticano se había aglomerado el gentío aplaudiendo al Papa que pasaba. Apenas supo la gente que pasaría el Papa por aquellas calles vino de toda la ciudad, para ver a su Obispo, a su Papa. Juan Pablo II quiso que en el interior del coche no se apagase la luz para estar bien visible a todos los que sólo estaban allí para acercarse a él. Los romanos, muy sensibles, captaron inmediatamente el significado de aquella luz encendida: el Papa quiere ser para ellos y estar entre ellos.

DIEZ AÑOS DESPUES DE LA ENCICLICA HUMANAE VITAE

PABLO VI Y LA HUMANAE VITAE

Diez años han transcurrido desde que el Papa Pablo VI escribió la encíclica *Humanae Vitae*. Diez años han pasado desde el día en que sorprendió al mundo entero por su coraje al hacer frente a la opinión pública, a una mayoría de teólogos, a la presión ejercida por la prensa y los medios de comunicación social. El Papa progresista y clarividente de la *Populorum Progressio* era el mismo hombre de Dios que escribía el documento *reaccionario* de la *Humanae Vitae*.

El mismo Papa que, después de una serie de consultas, escribía un documento no colegial como la *Populorum Progressio*, escribía otro documento no colegial tomando, de nuevo, personalmente toda la responsabilidad. La *Populorum Progressio* fue aceptada con admiración. La *Humanae Vitae* no tuvo la misma aceptación. Y los teólogos reprocharon esta vez al Papa que la encíclica no tuviera la impronta de la colegialidad. Pablo VI, habiendo considerado todos los argumentos y con plena conciencia de lo que hacía, desafiaba la opinión mundial por fidelidad a la misión encomendada por Dios al Papa de velar por el bien de la Iglesia.

La imagen que tenemos de Pablo VI nos queda, a veces, un tanto deformada. No tiene, en verdad, aquel carisma de atracción popular que tenía su predecesor Juan XXIII, que todo el mundo recuerda con tanto cariño. El trabajo de Pablo VI ha sido más ingrato, más duro y lamentablemente olvidado por muchos de sus críticos. Pablo VI demuestra nobleza y valor desde los comienzos de su pontificado al llevar a término, por fidelidad al Espíritu, un Concilio que él no convocó. Siendo para muchos *conservador* es el hombre que logra borrar con sus viajes y presencia en el mundo entero la imagen del *prisionero del Vaticano*; internacionaliza la conciencia de la Iglesia despertándola al compromiso con el Tercer Mundo; afirma que el desarrollo es el nuevo nombre de la paz; es Pablo VI quien comienza las relaciones con las naciones comunistas del Este de Europa y con la China comunista; es él quien reforma la Curia romana; quien establece la jubilación obligatoria de los obispos a los 75 años; quien amplía, universalizándolo, el Colegio de Cardenales; quien su-

prime el derecho del voto para la elección de Papa a los cardenales mayores de 80 años. Además, simplifica el ceremonial vaticano; emprende la tarea de descentralizar el poder; recibe a Betty Friedan, animándola a trabajar por la promoción de la mujer. Es Pablo VI el Papa *conservador* quien abre un Museo en el Vaticano donde pueden admirarse las obras de Picasso, Klee, Matisse, Ben Shahn, Jack Levine y otros.

Es el mismo que firma el documento conservador de la H. V. El mismo que toma unas actitudes tan firmes y decididas contra la ordenación de la mujer y de los casados; es el mismo que no renuncia al papado al cumplir los 80 años. Es el mismo que cierra las puertas a todo movimiento progresista de los progresistas, después que las ha entreabierto con un gesto, un signo, una señal luminosa que anuncia y que parece deja extinguir.

La Historia hablará de Pablo VI como del Papa que ha hecho de su gobierno un ejercicio de amor con el garbo de un diplomático consumado y con la elegancia de un artista. Un artista que por ser profeta no ha estado comprendido.

LA HUMANAE VITAE, GRITO DE ANGUSTIA Y POEMA DE AMOR

El Papa Pablo, que desafía la opinión pública con la encíclica H. V., es el hombre que percibe con nítida claridad, como nadie lo ha hecho, que la aceptación de un principio, que puede ser útil a nivel de pareja, puede resultar pernicioso para los más necesitados: los pueblos del Tercer Mundo, víctimas de la opresión de sistemas injustos. Es por ello que lanza al mundo este grito de angustia que es la H. V. Grito de angustia y poema de amor a la humanidad entera. Poema poco convincente en el razonamiento pero que se mueve dentro de las coordenadas de un amor noble, fiel y universal. Quizás muchos tardarán en descubrirlo.

Hace diez años nos preguntamos cómo era posible que el Papa no viera claro que el dominio del hombre sobre la naturaleza ha de permitir la justificación de la contracepción, tanto la natural como la artificial. Quizás no valoramos suficientemente una doble preocupación del Papa: la de apartarse de la doctrina tradicional, con

una concepción antropológica que considera que una libertad responsable ha de integrar las energías humanas respetando en las relaciones sexuales, la estructura de la función cíclica procreadora; la otra preocupación fue, sin duda, la de aquellos principios que podrían resultar en perjuicio de los más pobres y de los países subdesarrollados.

Una profunda preocupación: contribuir a la instauración de una civilización verdaderamente humana.

El Papa está profundamente preocupado, no sólo por el abuso egoísta de la sexualidad, sino también porque comprende que, si autoriza la disociación de los significados unitivo y procreador del acto conyugal —con una intervención técnica—, a los matrimonios, para evitarles dificultades individuales, familiares o sociales que encuentran en el cumplimiento de la ley divina, aprobaría la política antinatalista y egoísta de los países que oprimen a otros países más pobres. Pues, ¿Quién podría reprochar a un gobierno el aplicar a la solución de los problemas de la colectividad lo que hubiera sido reconocido lícito a los cónyuges para la solución de un problema familiar? (H. V. 17). ¿Quién impediría a los gobernantes favorecer y hasta imponer a sus pueblos, si lo consideran necesario, el método anticonceptivo que ellos juzgaren más eficaz? (H. V. 17). El resultado sería que los hombres «llegarían a dejar a merced de la intervención de las autoridades públicas el sector más personal y más reservado de la intimidad conyugal» (H. V. 17). Con ello la plaga de abortos, esterilizaciones masculinas y femeninas por razones demográficas, aumentaría atentándose contra la dignidad de los cónyuges. Una civilización construida sobre estas bases no sería una civilización verdaderamente humana.

Su misión y deseo es de «contribuir a la instauración de una civilización verdaderamente humana, que comprometa al hombre a no abdicar la propia responsabilidad para someterse a los medios técnicos» (H. V. 18), considerando el problema demográfico a la luz de «una visión integral del hombre y de su vocación, no sólo natural y terrena, sino también sobrenatural y eterna (H. V. 7).

La solución del problema demográfico ha de basarse en «una cuidadosa política familiar y en una sabia educación de los pueblos, que respete la ley y la libertad de los ciudadanos» (H. V. 23). El pensamiento del Papa está impregnado de amor y preocupación por los países en vías de desarrollo. Una aplicación indebida del principio de totalidad podría retardar la creación de un nuevo orden económico internacional, tal como propugnó en la encíclica *Populorum Progressio*, en la que subraya la «gravísima obligación de los pueblos ya desarrollados en ayudar a los países en vías de desarrollo» (Cfr. *Populorum Progressio* 48 y *Gaudium et Spes* 86) actuando de tal manera «que el pan sea suficientemente abundante en la mesa de la Humanidad y no



Pablo VI y el General de la Orden Hospitalaria hermano Pedro Luis Marchesi

la de favorecer un control artificial de nacimientos recurriendo a métodos que sean indignos del hombre» (Discurso de Pablo VI en la O.N.U. el 8 de octubre de 1965).

Así, el Papa decide pronunciarse haciendo uso del magisterio ordinario y dice, como sabemos: que todo acto conyugal debe quedar abierto a la transmisión de la vida (H. V. 11); que no pueden separarse artificialmente los aspectos unitivo y procreador del acto conyugal (H. V. 12, 16); que el principio de totalidad no puede aplicarse para justificar un acto conyugal, hecho voluntariamente infecundo (H. V. 14) etc. El Papa habla, además, de las exigencias características del amor conyugal, amor plenamente humano, sensible y espiritual al mismo tiempo, que ha de mantenerse y crecer a través de las alegrías y dolores de la vida cotidiana, de forma que los esposos se conviertan en un solo corazón y en una sola alma y juntos alcancen su perfección humana. Habla emocionado del amor fiel y exclusivo y del amor fecundo que ha de ser una totalidad de entrega al otro.

Reacción del episcopado.

Orientaciones pastorales y comunicación deficiente

Los obispos reaccionaron ante la H. V. a nivel de las conferencias episcopales y a nivel privado. Es lo que el Papa esperaba, aunque no todos lo entendieron, es decir: que los obispos ayudaran en la aplicación de los casos concretos a poner en práctica las normas universales. En otras palabras: que dieran unas directrices pastorales claras. Algunas conferencias episcopales fueron mucho más claras e iluminadoras que otras. Podemos aducir como modelos de claridad las declaraciones de las conferencias episcopales francesas, belgas, canadienses, alemanas y algunas otras declaraciones a nivel privado.

Con ligeras diferencias de matices podríamos resumir las orientaciones pastorales en la siguiente proposición:

Si los fieles, después de una atenta consideración a la enseñanza del magisterio, ven que no pueden seguir o estar de acuerdo con la enseñanza de la encíclica, no han de sentirse apartados por ello del amor divino. Los obispos franceses, por ejemplo, nos dicen: «La contracepción nunca puede ser un bien. Siempre es un desorden, pero tal *desorden no siempre es culpable*». Y, más recientemente, los obispos mejicanos: «Tomando en cuenta la norma que se deriva de este Magisterio, corresponde a los esposos analizarla —junto con los elementos de su situación concreta— para encontrar la voluntad de Dios. La decisión que tomen acerca de los medios siguiendo lealmente el dictado de su conciencia, los debe dejar tranquilos, ya que no tienen por qué sentirse alejados de la amistad divina». En la base de estas declaraciones late la conciencia de que muchos esposos cristianos se enfrentan ante un auténtico *conflicto de deberes* con la imposibilidad moral de cumplir con todos ellos a la vez.

Con estas orientaciones pastorales se salva lo que el Papa quiere afirmar en contra de la pretensión de muchos teólogos, es decir: que la contracepción no es en sí misma un bien. También se salva el problema de conciencia de los esposos, que por diferentes razones se encuentran en circunstancias difíciles, y que necesitan armonizar los deberes de paternidad responsable y fidelidad conyugal con la comunicación amorosa y el uso de medios eficaces para conseguir una limitación de nacimientos.

Llegados a este punto creo que podemos afirmar que son muchas las parejas que han sufrido en estos últimos diez años por una doble razón. En primer lugar ha faltado una comunicación clara, precisa y pedagógica del principio que he anunciado anteriormente, es decir: *que el desorden objetivo no siempre es un acto culpable*. En segundo lugar, se ha hablado demasiado de alguno de los aspectos que trata la H. V. y, en cambio, se ha hablado demasiado poco de las directrices pastorales de los diferentes episcopados.

Justo es reconocer que ha habido una lamentable deficiencia en la comunicación. Se ha repetido en demasía lo que la H. V. ha dicho y no se ha explicado lo que la encíclica no ha dicho, pero que muchos creen que ha dicho. De esta manera muchos *han visto lo que no es y no han visto claramente lo que es*. En lugar de un camino, los esposos han encontrado una pared; en vez de animarse a crecer en el amor, muchos se han visto desanimados y abandonados por la Iglesia, que les parecía no comprendía su situación real. La Eucaristía les ha parecido vedada por una ley que ahogaba el amor, y la Penitencia, concebida como un tribunal, les ha parecido demasiado condenatoria. Ha fallado una educación para el amor auténtico, acompañada de una actualización sacramental y eclesial. El lenguaje tradicional que se ha utilizado tampoco ha facilitado la comprensión.

Factores de tipo psicológico, a nivel de las parejas y

de los mismos sacerdotes, han creado, a menudo, barreras en lugar de puentes. Los cambios de nuestra época han sido una sacudida para todos. Aquellas personas educadas con una visión dinámica e integradora de la sexualidad, que acentúa la intencionalidad y la vida como proceso en el enfoque moral, han visto en la H. V. un retroceso respecto a la *Gaudium et Spes*. Aquellos que habían comprendido que la generosidad con Dios exigía el *número máximo de hijos*, se han visto sorprendidos al escuchar que la misma generosidad con Dios exige, ahora, *el número óptimo de hijos*.

Quisiera, ahora, esclarecer algunos puntos que mucha gente ha pensado que la H. V. había dicho, pero que, en realidad, no ha dicho.

LO QUE LA HUMANAE VITAE NO HA DICHO

El desorden objetivo es un acto culpable.

La Humanae Vitae no ha dicho esto

Muchas personas han creído que al afirmar la H. V. que la contracepción no puede ser nunca un bien, quería afirmar también que siempre que se recurría a la contracepción se cometía un acto culpable. Lo que la encíclica quiere decir queda expresado muy claramente en la ya mencionada declaración de los obispos franceses. Vale la pena transcribir el párrafo aunque sea algo extenso: «Nadie ignora las angustias espirituales con que luchan los esposos sinceros, especialmente cuando la observancia del ritmo natural no logra dar una base suficientemente segura para una regulación de los nacimientos (H. V. 24). Por una parte se percatan de que deben respetar la apertura a la vida en cada acto conyugal; al mismo tiempo estiman que deben evitar en conciencia o deben retrasar un nuevo nacimiento y no disponen de la posibilidad de recurrir al ritmo biológico. Por otra parte no ven, en su caso, cómo pueden renunciar actualmente a la expresión física de su amor sin amenazar con esto la estabilidad de su hogar. A este respecto recordamos precisamente la enseñanza de la moral: cuando existe una alternativa de deberes, en los cuales, cualquiera que sea la decisión que se toma, uno no puede evitar el mal, la sabiduría tradicional dice que se busque ante Dios el deber que, en el caso concreto, resulta ser el más importante. Los esposos tomarán una decisión después de haberlo pensado juntos con todo el cuidado que la grandeza de su vocación conyugal requiere. Ellos no pueden olvidar ni despreciar jamás ninguno de los deberes en conflicto. Conservarán, pues, su corazón abierto a la gracia de Dios, dispuestos a aceptar toda nueva posibilidad que ponga en discusión su fe o su conducta actual. Sin perder nunca de vista la misión que Dios les ha confiado y que ellos persiguen humildemente, escucharán como es debido y con agradecimiento las palabras que san Agustín, en otras circunstancias, dirigía a los fieles de su tiempo: Paz a los esposos de buena voluntad

(PL, 44, 419)» (Nota Pastoral de los obispos franceses sobre la H. V. n.º 16).

La encíclica Humanae Vitae no ha negado el principio de que el cristiano ha de regirse por la conciencia bien formada

La encíclica supone que la fidelidad del hombre a su conciencia es sagrada. Ciertamente que ha de superarse la arbitrariedad subjetiva, pero la convicción que se tiene en conciencia, seria y responsable, ha de ser respetada por todos.

Tampoco ha dicho:

Que el cumplimiento de la norma propuesta sea realizable hoy y ahora por todos

Al contrario, supone que la vida es camino, que en el camino con la gracia de Dios hay progreso y crecimiento. Los esposos, sin embargo, no quedan dispensados del esfuerzo para realizar su vocación hasta la perfección. El Papa estimula a los médicos, a las autoridades, a los obispos y a los matrimonios para crear las condiciones, que hagan posible la observancia de la norma dada, por medio de la investigación y la mejora de las condiciones humanas, culturales económicas y sociales.

Tampoco ha dicho que los esposos que practican la continencia periódica sean mejores que los otros

Ciertamente los esposos que utilizan los medios naturales de regulación de nacimientos, no son, por este hecho, mejores que otros que se encuentran forzados a utilizar otros métodos, más aptos para ellos, para procrear responsablemente. Conviene no olvidar que relaciones sexuales perfectas en su estructura —continencia periódica incluida— pueden esconder un egoísmo fundamental y no afirmar el sentido integral del don mutuo y de la procreación humana en un contexto de amor verdadero.

No ha dicho: que los esposos han de confesarse de pecado si han actuado con conciencia cierta al utilizar un método contraceptivo diferente de los llamados métodos naturales.

Donde no hay egoísmo sino la búsqueda sincera de la voluntad de Dios en los casos de conflictos de valo-

res, no hay culpa, si se ha hecho todo el bien, posible aquí y ahora, aunque no se halle una solución ideal.

No ha dicho: que los gobiernos no tienen una responsabilidad en el crecimiento adecuado de la población

La encíclica presupone la *Gaudium et Spes* y la *Populorum Progressio*, así como el discurso del Papa a la O.N.U. del 8 de diciembre de 1965. En este discurso el Papa va contra un control de natalidad que sea irracional. De una manera explícita en la H. V. dice que los poderes públicos pueden y deben contribuir a la solución del problema demográfico con una cuidadosa política familiar y una sabia educación de los pueblos, que respete la justicia y la libertad de los ciudadanos (Cfr. H. V. 23).

No ha dicho que la doctrina expuesta sea infalible o no reformable

Este fue el caballo de batalla en los primeros días de la publicación de la encíclica. Hoy, todo el mundo, sabe que la H. V. no pretende definir dogmáticamente y que es reformable.

Diez años han pasado. Muchos han sufrido. Muchos han llegado, en el transcurso de estos años, a una conclusión personal —a modo de intuición muy correcta sobre su actitud ante Dios y la Iglesia— y han comprendido, sin demasiadas lecciones y discursos que no es posible amar mucho a Dios, en verdad, y al mismo tiempo cometer faltas graves constantemente, cuando realizaban el acto conyugal como expresión de amor y de entrega al cónyuge.

Ciertamente ha faltado una buena pedagogía y una buena comunicación. Hoy, al cabo de diez años, vemos que ha habido, un cierto progreso teológico en la interpretación de los principios pastorales. Pero hay que decir también, y no podemos esconderlo, que permanecen en la misma oscuridad las razones que se dan en la encíclica para esclarecer la respuesta del magisterio al problema de la regulación de la natalidad. En efecto, no se ve nada claro por qué la estructura natural de una sola facultad humana particular imponga por sí misma al hombre una exigencia moral.

El Papa conocía perfectamente la debilidad de su argumentación. Este es el misterio.

FRANCISCO ABEL, S. J.

SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BARCELONA

Balance del curso 1977-78

PARAMETROS DE FUNCIONAMIENTO

Nuestro Servicio Religioso se inspira en una necesidad de atención integral al enfermo y se coordina en la acción del hospital con unos criterios y objetivos propios.

Desde el principio de la programación pensamos en situar la acción Pastoral en el contexto del hospital; y ha sido nuestro deseo mantenernos siempre a la altura del mismo; es decir, que a un hospital moderno corresponda una Pastoral al mismo nivel, sin perder de vista las mismas líneas del desarrollo del hospital de hoy:

— Que el hospital es cada vez más técnico y centro de la política sanitaria. Por ello el Servicio Religioso debe estar pendiente de todo el medio hospitalario en su totalidad.

— Que el hospital está al servicio de la vida; de ahí la necesidad de iluminar el sentido que ésta tiene.

— Que el hospital se ha convertido en un lugar de «paso» y esto comporta limitación en la relación pastoral.

— Que el hospital toma cada vez más conciencia de servicio integral al hombre, desterrando toda concepción puramente somaticista.

A todo esto pudiéramos añadir la distinta manera de concebir y reaccionar que tiene nuestra sociedad frente al enfermo y el sentido frío e impersonal con que se presenta el personal sanitario en el medio hospitalario.

Si no tiene presente todas estas consideraciones la Pastoral, su acción resultará ineficaz. Es desde estas bases como hemos intentado realizar nuestra programación, teniendo muy claros los objetivos, conociendo lo más posible las personas y utilizando los medios que nos han parecido más aptos. Por ello, nos hemos movido sobre estas cuatro ideas: planificar, coordinar, ejecutar, evaluar.

La razón, pues, de nuestra presencia en el hospital hay que situarla en el derecho que tiene el enfermo a una asistencia integral, la finalidad del hospital que debe abarcar en la curación al hombre total y el deber del personal sanitario de reconocer y llevar a efecto

este derecho del enfermo, respetando su nivel, su ritmo y sus rasgos peculiares.

La programación la hemos plasmado en un dossier, a fin de que nos sirva de luz y de guía en nuestro actuar y al mismo tiempo de conocimiento al personal del hospital de nuestra misión. Queremos recalcar que se trata de una programación muy concreta para un hospital infantil, de inspiración cristiana, que desea llevar a cabo una asistencia integral. Por ello, partimos de unos principios que creemos válidos y que tenemos siempre en cuenta en esta asistencia integral y en esta presencia de Iglesia en el medio hospitalario.

BASES A TENER EN CUENTA EN LA PROGRAMACION

Al hacer la programación tuvimos presente que se trataba de un hospital infantil en estas condiciones cuantitativas: que más abajo especificamos. Hubiera sido de gran interés para nuestros lectores el conocer, a grandes rasgos también las situaciones cualitativas (sociales, psicológicas, laborales, familiares) tanto de los enfermos como del personal. Las tenemos presentes globalmente en nuestra programación y en las funciones del mismo Servicio. El desarrollo exhaustivo de estas situaciones cualitativas desborda, además, la finalidad de evaluación que aquí pretendemos.

DOTACION DE PERSONAL, 1977

Médicos, 150.

Jefes Servicio, 18 - Jefes Sección, 16 - Médicos Planta, 74 - Residentes, 42.

Otros Prof. Superiores, 20.

Jefes Servicio, 3 - Jefes Sección, 1 - Adjuntos, 11 - Residentes, 5.

ATS, 206.

Jefes enfermería, 9 - Superv. Hospital, 10 - Comadronas, 6 - Fisioterapeutas, 16 - Logopedas, 9 - ATS

especializados, 31 - ATS de clínica, 107 - ATS de laboratorio, 18.

Auxiliares, 309.

Coordinadores, 12 - Consultorios, 15 - Hospitalización, 223 - Servicios Centrales, 52 - Camilleros, 7.

Personal no asistencial, 204.

Administrativos, 62 - Servicios Generales, 142.
Total, 889.

Índices

Personal total/cama (6), 2,28 - Personal asistencial/cama (1+2+3+4), 1,76 - Médico/cama (1+2), 0,42 - ATS/cama (3), 0,52 - Auxiliar/cama (3+4), 1,32.

Consultas externas

Capacidad general, 96.000 visitas - Visitas realizadas, 98.478 - Tasa de ocupación, 102,58 %.

Urgencias infantiles

Capacidad máxima, 32.850 visitas - Visitas realizadas, 38.408 - Capacidad óptima, 29.565 - Tasa de ocupación alcanzada, 116,92 %.

Clínica maternal

Consultas externas

Capacidad máxima, 16.928 visitas - Visitas realizadas, 19.523 - Capacidad óptima, 15.183 - Tasa de ocupación, 115,32 %.

Hospitalización: 41 camas

Capacidad máxima, 14.965 estancias - Estancias alcanzadas, 15.541 - Capacidad óptima, 12.720 - Tasa de ocupación, 103,85 %.

Hospitalización infantil

Número de camas: 330

Capacidad máxima, 120.450 estancias - Capacidad óptima 99.612 estancias - Tasa óptima de ocupación, 82,7 % - Pacientes ingresados, 11.388 - Estancias producidas, 105.054 - Tasa de ocupación, 87,22 % - Estancia media, 9,22 días - Rotación enfermo/cama, 34,5.

Edades de pacientes ingresados

(incluidos los de camas de observación en urgencias)

De 0 a 1 mes, 706 - De 1 a 12 meses, 2.246 - De 1 a 2 años, 2.325 - De 2 a 5 años, 4.874 - De 5 a 10 años, 3.263 - De 10 a 14 años, 1.095 - De 14 a 18 años, 415 - > 18 años, 135 - Total 15.059 ingresos (8.933 varones y 6.126 hembras) - 1.ª infancia, 35 % - 2.ª infancia, 54 % - Edad puberal, 7,2 % - Adolescencia, 3,8 %.

FUNCIONES DEL SERVICIO RELIGIOSO

Visitar

Preparar y reflexionar - Escuchar - Saber callar - Sin prisas - No ser pesado - Llevar alegría - Animar - Acompañar - Consolar - Conocer a la persona y respetar su ritmo - Liberar de miedos - Animar la fe - Infundir esperanza - Estimular el amor - Salir de sí - Abrirse a los otros - Ayudar a superar enfermedad - Ayudar a encontrar sentido a lo que se vive - Rezar con ellos.

Catequesis. Evangelización comunitaria

Ayuda para aprovechar su situación: conocerse más, encontrarse con Dios, abrirse a los demás - Información - Preparación para los Sacramentos.

Liturgia - Sacramentos

Celebrar lo que ya viven - Eucaristías vivas - Unción comunitaria - Servir sin coaccionar - Crear comunidad viva.

Servicio integral

Humanizar - Defender sus Derechos - Luchar por su atención integral - Movimientos de ayuda mutua - Ayudar a bien morir.

Trato personal

Interesarse por todos - Conocer sus problemas - Estar siempre disponible - Dialogar en profundidad - Ponerse a su nivel - Compartir buenos y malos ratos - Respetarles - Crear inquietudes - Asesorar.

Unir.

Crear Grupo → Familia → Comunidad cristiana

Crear ambiente de familia - Integrar comunidad cristiana - Creación del grupo cristiano en el Hospital - Mentalizar cristianamente.

Asesorar y formar

Reuniones de Deontología - Ética Profesional - Asistencia a Sesiones Clínicas - Búsqueda.

Colaborar en la humanización del centro

Atención integral - Que haya un trato personal - Dar al personal el sentido del servicio al hombre.

ESQUEMA DE ACTIVIDAD PASTORAL

Objetivos

Contribuir a una asistencia integral a la que tienen derecho los enfermos. Colaborar para hacer posible las condiciones mínimas que favorezcan el mensaje

cristiano: humanización y relaciones humanas en el hospital; visión clara de los problemas del enfermo, y labor de equipo. Llevar a efecto el cometido concreto de la Pastoral: *anunciar el Evangelio*. Evangelio que es para el creyente liberación, salvación, llamada al desarrollo, esencialmente comunitario. Evangelio que es total, porque abarca a todo hombre; se apoya en la fe, no es una sociología ni una psicología, aunque necesita de las mismas.

Destinatarios

La acción del servicio religioso en el hospital va dirigida fundamentalmente a los siguientes grupos:

- *Comunidades* religiosas —masculina y femenina— que existen en el hospital.
- *Hospital*: Personal de plantilla, enfermos y familia del enfermo.
- Actividades del Servicio Religioso fuera del hospital.

Actividades

Se ha realizado un plan que se desea ir concretando progresivamente en todos los niveles. Por tratarse de un hospital infantil con una unidad de Maternidad las posibilidades de realización y presencia son múltiples y variadas.

- *Con las Comunidades*: celebraciones, reuniones periódicas, formación permanente.
- *En el Hospital*: Asistencia a Junta Facultativa, Comités de Docencia y Deontología, Cof. Asociación de Voluntarios. *Personal de plantilla*: relaciones personales, reuniones periódicas con el personal, grupos de reflexión y profundización humana y cristiana y participación en cursillos impartidos al personal *Enfermos*: Visita periódica, catequesis y sacramentos. *Familias*: relaciones personales, reflexión con grupos diversos (UCI. Neonatos. Maternidad).
- Actividades del Servicio Religioso fuera del hospital: Clases de Etica en la Escuela de ATS, coordinación de la Pastoral en nuestra Provincia Religiosa, responsable regional de las diócesis de Cataluña, reuniones periódicas como miembro del Equipo Nacional, impartición de cursillos de actualización hospitalaria, atención al poblado de Finestrelles: Eucaristía, pastoral de enfermos a domicilio, reunión de grupos.

COMPONENTES DEL SERVICIO RELIGIOSO

- Capellán, Jefe del Servicio.
- Capellán Adjunto.
- Voluntarios, encargados de catequesis (cuatro horas semanales).

Horario

El Servicio Religioso tiene un horario permanente, pero la actuación práctica depende de la programación y del orden del día.

- *Mañanas*: en horario de 7 a 14 h.: Eucaristía, visitas despacho, reuniones interdepartamentales para cuestiones de asistencia. Despedida de cadáveres. Deontología. Bautismos, etc.
- *Tardes*: de 16 a 21 h.: Actividad de Hospitalización: Enfermos, familias, catequesis, docencia, colaboración en formación permanente, reuniones a nivel humano con enfermos mayores.

IMPORTANTE

El Servicio Religioso del hospital infantil San Juan de Dios está atendido por un capellán católico; las personas de otras confesiones encontrarán en nuestro Servicio la colaboración necesaria en la demanda de sus respectivos ministros.

Todas las personas que lo deseen pueden pedir nuestro servicio. Basta una llamada a Información para ser requeridos.

En la relación con los enfermos y familiares ha de prestarse mucha atención y mutua colaboración, especialmente con las plantas de hospitalización, a fin de que nuestro servicio no sea realizado como algo accesorio o como acto final. Por ello, es necesaria la comunicación suficiente, sobre todo en los casos donde se vea que nuestra presencia puede aportar algo al enfermo o a sus familiares.

OBJETIVOS CONCRETOS - CURSO 1977-78

- Transformar la figura individual y concreta de *capellán* en un Servicio Religioso, compartido responsablemente en un equipo, a fin de crear un nuevo estilo de presencia de Iglesia en el hospital, integrado y coordinado con los diversos servicios del mismo.
- Prestar nuestros *Servicios Religiosos* de una forma muy concreta y asequible, teniendo en cuenta la realidad humana, social e ideológica de las personas a quienes van dirigidos.
- Sistematizar y evaluar nuestra presencia en el área de hospitalización: enfermos y familias.
- Potenciar la relación con el personal del hospital a escala individual y de grupo.
- Integrarnos suficientemente y de forma coordinada en la Docencia del hospital.
- Posibilitar encuentros de reflexión Etica y humana a distintos niveles: presentación de casos concretos y con el personal de las áreas de UCI y Neonatos.

- Informar periódicamente de nuestras actividades a la Comunidad, a Dirección y a Enfermería.
- Abrirnos a una dimensión pastoral en el barrio de Finestrelles: visita a enfermos a domicilio y reflexión con algunos grupos del barrio.
- Mantener nuestra relación con la diócesis y Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.

DESARROLLO DE LO PROGRAMADO

Repaso de los objetivos propuestos para el curso

Con el fin de ver de alguna manera nuestra tarea a lo largo del curso, lo mejor será repasar cada uno de los objetivos que nos propusimos, señalados anteriormente, y que ahora sólo enunciaremos.

Servicio Religioso compartido en equipo e integrado... Creemos haber llenado en parte este objetivo. Nuestra presencia se ha realizado a través de las distintas Juntas y Comités, lo que nos ha dado un mayor carácter de integración en la dinámica del hospital. Al mismo tiempo hemos ido creando una imagen nueva, pasando de la idea de *capellán* a la de Servicio Religioso.

Prestar nuestros «servicios religiosos» de forma asequible... Hemos intentado llevarlos a cabo de la forma propuesta, tanto en lo que se refiere a la celebración diaria de la Eucaristía, como a los sacramentos pedidos por los enfermos o sus familiares. Cuando se ha celebrado bautismos solemnes —los menos— lo mismo que primeras comuniones, hemos dado la catequesis correspondiente a la familia.

Sistematizar y evaluar nuestra presencia en el área de hospitalización... Potenciar nuestra relación con el personal... Estos dos objetivos son los que más nos han preocupado durante el curso. Estábamos convencidos de que no era nada fácil, tanto su programación como su desarrollo. Para ello creamos una plaza de Adjunto al Servicio Religioso y comenzó su tarea sobre todo en este campo en el mes de enero. Para ser concretos en su desarrollo escogimos un horario de tarde (de 4 a 9). La labor realizada en este campo podemos sintetizarla en las siguientes líneas:

El *funcionamiento* del Servicio Religioso en las Plantas de Hospitalización ha consistido en verificar el segundo objetivo marcado en el esquema de actividad pastoral, recogido en el Dossier: *colaborar para hacer posible las condiciones mínimas que favorezcan el mensaje cristiano*: Humanización y relaciones humanas en el hospital. Visión clara de los problemas del enfermo y labor de equipo.

Al mismo tiempo dar cumplimiento a los objetivos concretos del presente curso (n.º 3 y 4).

Igualmente, deseábamos abarcar con nuestra presencia en Plantas tres aspectos importantes: nuestra relación con los niños enfermos, con su familia y con el personal sanitario.

La *verificabilidad* ha tenido lugar a nivel de base:

Encuentro directo con el *niño ingresado* con una semana de estancia y en casos determinados en situaciones críticas: Conociendo su situación clínica, su personalidad, entorno familiar. Centrando el encuentro en un diálogo muy personalizado, intentado que aflorase más la persona del niño que su problema patológico aislado. Acompañarle y compartir sus angustias, atendiendo sus pequeños problemas, sus interrogantes más inmediatos. Animándoles, sin engaño, desde la realidad que ellos son capaces de vivenciar.

Trato personal con los *familiares*, trato que se ha intensificado y especificado: En los casos de niños en situaciones terminales o delicadas que suponían una angustia para los suyos. Cuando por la edad o situación crítica no era posible la relación directa con el niño.

Nota dominante de nuestro trato con los familiares de los niños ingresados ha sido la concienciación por parte de ellos de la situación real de la enfermedad del niño, a fin de ser ellos los primeros colaboradores en la recuperación integral. Consideramos este trabajo como necesario, y resulta eficaz, educativo y gratificante, teniendo en cuenta a un amplio sector de personas que vienen al hospital. Es muy especial la vivencia psicológica de estas personas: angustias, decepciones, esperanzas...

Permanente conexión con el *personal de enfermería* para cualquier asunto relacionado con el niño: puesta en común o consultas relacionadas con el enfermo, la familia, sobre problemas internos, humanos, asistenciales, sociales, espirituales...

Creemos que en este punto ha sido muy notable el avance en el conocimiento y colaboración mutuas, de cara a una asistencia integral y a implicaciones religiosas.

En esta relación con el personal del hospital hemos de señalar también nuestra presencia en las *dos comunidades religiosas*, en las que hemos incidido tanto a través de las celebraciones como las reuniones frecuentes para plasmar el Proyecto de vida e iluminar aspectos importantes de sus opciones.

Formas

Los medios con que hemos ido llevando a cabo esta labor ha sido el *medio humano* con la ventaja que supone el trato directo y vivo, y con el inconveniente del desgaste mental, por el hecho del esfuerzo creativo e intuitivo a que te somete diariamente una labor de este tipo. Por ello sería importante la incorporación de más personas en esta labor, a fin de sistematizar y sectorizar el trabajo, permitiendo incluso la alternancia.

Como norma hemos estado presentes en el control de plantas interesándonos por la situación clínica y humana de los ingresados. Sin embargo, hemos usado un criterio de selección a la hora de dedicar más tiempo, diálogo y reflexión a los casos más delicados o necesitados, prefiriendo, por ejemplo, estar treinta minutos

cón una familia, intensificando la visita, y no visitar cinco familias en media hora.

Evaluación

Desde el criterio propiamente pastoral nuestra labor, aparte de los casos de solicitud de sacramentos y catequesis, podemos catalogarla de «pre-evangelización». Creemos de vital importancia que en un hospital como éste los valores humanos han de cimentar y acompañar el evangelio, sobre todo en una situación conflictiva y de cierto recelo que hoy día estamos viviendo.

Según hemos señalado, el trabajo con el personal de planta ha tenido un recorrido no exento de dificultades, mentales y anímicas, siendo costoso el inicio, pero siendo muy positivo lo alcanzado, y esperando que en una segunda etapa se pueda llegar a un compromiso más decidido. No olvidemos que el personal de enfermería en planta es un elemento de la acción pastoral.

Igualmente hemos de calificar de positiva la labor pastoral de las comunidades, integrándose inicialmente en algunas tareas. Creemos, sin embargo, que es posible una mayor integración, y deseamos llevarla a cabo tanto por las dos comunidades como por el personal religioso que trabaja en el hospital.

La acogida a los agentes de pastoral pensamos que ha sido óptima, creciendo a medida que pasaba el tiempo. Nuestra presencia nunca fue rechazada sino todo lo contrario.

Todo lo indicado en la plasmación de estos dos objetivos no es más que un inicio. El camino a recorrer en la realidad de todo el plan pastoral del hospital es largo, de ahí la necesidad de potenciar el equipo para ir alcanzando los objetivos.

Integrarnos en la docencia del hospital...

Se han impartido clases sobre temas humanos y éticos a cuatro grupos del PPO, con un promedio de diez horas por grupo.

Hemos participado en todos los cursos que ha organizado Enfermería, dando en todos ellos el tema ético (Quirófano, Farmacia, Higiene, Cuidados Intensivos). Nosotros mismos llevamos la organización y coordinación del cursillo sobre «Humanización y relaciones humanas», impartido por espacio de cinco días.

Asimismo, hemos intervenido en la Formación Permanente dada al personal de Enfermería.

Finalmente, hemos llevado a cabo la Docencia del programa de Ética Profesional de nuestra Escuela de ATS (tres cursos duplicados, más uno de Diplomados).

Encuentros de reflexión ética y casos concretos

No hemos llegado a una sistematización, tal como deseábamos. Lo realizado en este campo ha sido un tanto desconectado y sólo cuando se presentaban tales casos.

La reflexión Ética ha estado más realizada y sistema-

tizada en la Clínica Maternal, a través de COFT (Comité de Orientación Familiar y Tarpéutica), para la que nos hemos reunido una vez al mes todos los componentes del mismo Comité.

Informar de nuestras actividades

Se han hecho Informes mensuales de nuestras tareas dirigidos a Dirección.

Al menos dos veces se ha informado a la Comunidad de nuestro trabajo. Igualmente al equipo de Enfermería.

Se elaboró un Dossier con el plan del Servicio Religioso que ha servido de medio de información en distintas plantas y servicios, aunque no se ha llegado a dar a conocer a todos.

Dimensión pastoral en el barrio de Finestrelles

Al querer orientar y cimentar nuestra tarea en el hospital no hemos podido conseguir lo que nos propusimos con este objetivo. Nuestra colaboración ha consistido en la celebración de la Eucaristía los domingos y festivos, en la que experimentamos una buena participación.

Mantener nuestra relación con la diócesis y el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria

En cuanto a la *diócesis* se han celebrado reuniones de capellanes —una mensual— en las que hemos participado.

A escala del *Secretariado Nacional*, al formar parte del equipo, hemos tenido una presencia activa en las reuniones convocadas cada tres meses.

Como *Delegado Regional* para las diócesis de Cataluña hemos dado un nuevo impulso a la pastoral sanitaria, incidiendo en la creación de Delegados diocesanos, convocando a encuentros —cuatro hemos celebrado en la regional.

Igualmente, hemos organizado e impartido charlas y cursillos en distintas partes de la geografía española: Bilbao, Igualada, Barcelona, Solsona, Tarragona, Mallorca, Tenerife, Pamplona, Gerona, Seo de Urgel y Zaragoza.

SINTESIS CUANTITATIVA

Intrahospital

Reuniones, 93 - Visitas en despacho, 83 - Bautismos, 62 - Asistencia despedida cadáveres, 154 - Horas docencia en el hospital (Formación Permanente y cursillos), 64 - Horas docencia Escuela ATS, 4 semanales.

Fuera del Hospital

Once cursos impartidos fuera (promedio de cuatro días por curso) - Cuatro reuniones escala regional

(dos días cada reunión) - Dos reuniones Secretariado Pastoral de la Provincia (un día cada reunión).

- Las *reuniones* dentro del hospital han centrado su atención en temas éticos, pastorales, docencia, estudio y programación. (Se ha invertido un promedio de dos horas por reunión).
- Las *visitas en despacho* han sido motivadas por problemas de las familias de los enfermos, orientaciones personales y éticas y por el personal del hospital. (El promedio ha sido de una hora por visita).
- Los *bautismos* han sido fundamentalmente de urgencia, y excepcionalmente algunos solemnes.

OBJETIVOS PARA EL CURSO 1978-79

Creemos que nuestro Servicio ha cumplido suficientemente la etapa que nos propusimos. Sobre ella deseáramos ir plasmando y concretando cada vez más nuestra presencia y actuación. El hospital está en un momento propicio para un desarrollo integral, al que nuestro Servicio puede contribuir. Alimentamos la idea de concretar un Servicio Religioso que responda a las necesidades del hospital. Y sobre la base de la programación anterior potenciarlo con medios que hagan efectivo lo programado. Para ello nos marcamos para el presente curso los siguientes objetivos:

- Potenciar el Servicio, creando un puesto más.
- Sectorizar y ampliar nuestra presencia en el área de hospitalización.
- Crear grupos de reflexión con el personal del hospital.
- Potenciar y coordinarnos con la docencia del hospital. (Sin dejar lo realizado, nuestro objetivo está puesto también en la Escuela de Matronas, Rotatorio y Servicios diversos).
- Planificar reuniones para una reflexión Ética, especialmente en las áreas de UCI y Neonatos.
- Informar periódicamente a Comunidad, Dirección y Enfermería.
- Iniciar en el barrio de Finestrelles una pastoral sanitaria a domicilio.
- Mantener nuestra relación con la diócesis y el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.

MEDIOS NECESARIOS

Para llevar a cabo esta pastoral organizada y coordinada deseáramos poder disponer de unos medios —humanos y materiales— suficientes que nos permitan llegar a lo programado.

Actualmente se dispone en el Servicio Religioso de dos sacerdotes, más cuatro voluntarios que dedican cuatro horas semanales a catequesis.

Para el presente curso deseáramos poder disponer del siguiente equipo:

Un equipo base,

compuesto por dos sacerdotes y una religiosa

- El tiempo dedicado por los sacerdotes sería permanente y su actuación práctica dependerá de la programación global y del orden del día. En todo caso, uno de los sacerdotes tendrá al menos cuatro horas de actuación en Plantas, de forma organizada.
- El tiempo dedicado por la religiosa sería de tres a diez de la noche. Su campo de acción estaría, sobre todo, en hospitalización, según organigrama y funciones.

Un personal en prácticas de pastoral y voluntario

- El equipo base dispondría de otras personas para servicios muy concretos y siempre organizados y coordinados por el personal de plantilla del Servicio religioso. Estos servicios concretos pueden ser: catequesis en planta 10.^a e internado, visitas más permanentes a estas dos plantas, al objeto de crear más relación, comunicación..., visitas a otras plantas para casos muy concretos (niños de más larga estancia), iniciación de algún grupo —de formación y catequesis— en el barrio de Finestrelles, animadores de la liturgia los domingos y festivos.
- Entre las personas que podemos contar para estos servicios señalamos: algunos religiosos(as) de las comunidades, un diácono de la diócesis de Barcelona, cuatro catequistas (dos voluntarios y dos de nuestro Centro Formación Sant Boi).
- En cuanto al *equipamiento material* del Servicio, más que realizar un presupuesto, creemos que, a medida que vayamos trabajando, irán surgiendo las necesidades.
- En todo caso, sí que deberíamos disponer de otro despacho más, ya que se prevé una multiplicación de relaciones y necesidad de plantear en particular asuntos personales, aspectos que vienen potenciados desde nuestra presencia constante en hospitalización.

JOSE L. REDRADO
y FRANCISCO DE LLANOS
Capellanes

UNA CARTA AL PERIODICO AVVENIRE DE ITALIA

Desde hace 12 años soy capellán en un hospital de Québec. Habiendo vuelto a Italia para un seminario de pastoral clínica en Padua he leído en el *Avvenire* (9-12-77), en la sección *Giornale aperto*, el artículo de Pozzobon Giuseppe sobre la «Asistencia religiosa en los hospitales».

Se nos anuncia el riesgo de que tal asistencia puede ser incluida en cierto proyecto de ley presentado por los partidos, lo que sustituiría a la actual *ley Mariotti*, con la exclusión o grave limitación de la asistencia religiosa en los hospitales, pero de vez en vez (es decir), caso por caso, si los enfermos la piden...». El artículo acaba con la pregunta: «La evolución legislativa... impondrá, con la realidad de los hechos, soluciones pastorales nuevas, o tal vez mejores?».

Del ejemplo que Pozzobon pone, sobre lo que se hace en USA, parece que debería deducirse que allí existen ciertas ventajas:

— «El examen de conciencia» impuesto al paciente, en el momento de entrada, para que declare a qué fe pertenece y a qué ministro hay que llamar en caso de peligro.

— El compromiso mayor para la comunidad parroquial de estar presente en los hospitales, pues no se pueden eximir delegándolo en los capellanes ya que no los hay.

Sin discutir sobre estas *ventajas*, veo que por parte del articulista no se ha previsto ninguna consecuencia negativa. Por tanto, quisiera hacer algunas observaciones, que pienso serán bastante desinteresadas puesto que trabajo, desde hace varios años, fuera de Italia.

El planteamiento que esta *evolución* legislativa podría traer es el que se considere la asistencia religiosa como algo circunstancial, momentáneo y (en la práctica) bastante difícil. Pero sobre todo comporta una visión bastante restringida bien de la labor pastoral, bien de la función integrante que tiene en el conjunto de la acción terapéutica.

a) La pastoral hospitalaria es algo bastante complejo: el ejemplo estadounidense citado: llamada en caso

de *peligro*; no es sólo enormemente reducido, sino que lleva a favorecer una mentalidad errónea y cuasi mágica que creíamos superada, la de llamar al sacerdote cuando ya no se puede hacer nada. Por el contrario este género de pastoral implica una presencia constante: porque exige un contacto frecuente y fácil con el enfermo, bien en particular bien en grupo, y porque se propone asimismo desarrollar una animación cristiana, que abarque a todos los componentes del ambiente sanitario.

Además, hablar de *libertad religiosa* y no tener en cuenta a la *mayoría*, es decir, un ambiente religioso-social en el cual los católicos tienen una preeminencia numérica, no es realístico: es forzar un principio teórico con menoscabo de un servicio práctico. En un estado laico como Canadá, está prevista la presencia continua del capellán para la mayoría de los pacientes, y la posibilidad de llamar a los ministros de otros cultos para los otros fieles menos numerosos.

Por otra parte, si existe el derecho, para los enfermos, de *asistencia* religiosa, ciertamente no se puede decir que tienen facilidades para usarla cuando se la reduce simplemente al *derecho de llamada*; si quiere ser un *servicio*, debe estar asegurado: organizado, estable, bien concreto, con plena libertad para usarlo o no.

No se trata aquí del problema de la residencia *interna* del capellán, sino de que tenga derecho a actuar por propia iniciativa, a organizar sus visitas y todas las actividades inherentes a su trabajo, o sin esperar precisamente la *llamada*. La pastoral conlleva no sólo el responder a las invitaciones, sino también el estimular y avivar activamente a los cristianos hacia los valores de la fe: se trata de anunciar la buena nueva incluso a los desviados, de uno que es *mandado* por Otro, de un *pastor*, que no atiende sólo en el redil, sino que por propia iniciativa va y descubre con sus ojos una muda petición de ayuda en el rostro del que sufre.

b) Una segunda observación me lleva a señalar cómo el planteamiento de semejante posible ley, además de meterse en un concepto *privatístico* de la religión elude completamente una adquisición de la *medicina psicosomática* moderna y de la necesidad de la interdisciplinariedad de la cura. En base a esta doble tesis resul-

ta que el enfermo debe ser asistido en todos los componentes de su persona, porque todos estos aspectos, en el momento de la enfermedad, están en situación de riesgo. Entre todos éstos los aspectos morales, espirituales, religiosos y de fe están en una situación algo más que secundaria, por encima del reconocimiento de los sanitarios más escépticos, y la acción del terapeuta religioso no es precisamente superflua.

Por otro lado, los diferentes especialistas deben trabajar, por las necesidades del enfermo, con una acción concorde, que nazca de la comunicación y colaboración constante entre los mismos. Puede parecer una meta utópica, pero se da la circunstancia que en muchos hospitales, en el extranjero, ya se realiza esta labor en equipo.

Salta a la vista que en la situación prevista de *capellán para las llamadas*, las aportaciones que pueda prestar a la cura y a un trabajo en equipo son simplemente imprescindibles.

c) A cuanto he dicho sobre la práctica en USA, quisiera añadir el resultado de mi no breve experiencia tanto en Canadá como en Estados Unidos.

En estos países la legislación sanitaria es distinta en cada estado o provincia, pero en conjunto la asistencia religiosa en los hospitales está recomendada por las asociaciones hospitalarias y profesionales y llevada a término por los respectivos ministerios de sanidad, que piden la presencia de un *pastor* por cada 100-150 enfermos, en los ambientes generales, y uno por cada 500 en los ambientes psiquiátricos.

El salario varía entre 13 y 25 mil dólares por cada capellán.

Todo esto se marca como obligatorio con arreglo a la ley sanitaria, a consecuencia de los sondeos gubernativos que han demostrado que la aportación del capellán en un trabajo de equipo sanitario presenta las siguientes ventajas:

— Intensifica la capacidad de recuperación del paciente.

— Disminuye el tiempo de enfermedad.

— Favorece las motivaciones del equipo sanitario.

— Promueve la cooperación de los recursos externos (parroquia, asociaciones...) para la convalecencia.

Las soluciones pastorales *nuevas* han sido posibles *renovando* las motivaciones de todo el equipo sanitario para, así utilizar a fondo las posibilidades del pastor-capellán, haciéndolo intervenir durante todo el proceso curativo y haciéndole emplear su especialización para recuperar todas las fuerzas del paciente y que pueda así hacer frente a su propia situación de crisis (análisis-enfermedad) temporal.

Esto ha provocado los siguientes resultados: disminuir los costos de producción sanitaria específica y mejorar la salud de la población en un tiempo más breve. Hasta tal punto que la administración emplea los fondos no sólo para los capellanes, sino también para los párrocos y colaboradores laicos comprometidos en la pastoral hospitalaria (seminarios de estudios, etc.).

d) Concluyo precisando que hoy se exige del capellán, y se debe exigir, que sea especialista en pastoral hospitalaria, pero también que se le debe dar posibilidad real de acción.

Por tanto, merecen también unas palabras los idílicos deseos del *representante de un partido laico*, deseos que vienen formulados en la expresión citada por el articulista:

«...y sin cargas para los entes hospitalarios».

Se debe sacar la conclusión que se considera a estos *capellanes volantes*: o como no trabajadores, o como personas que viven de rentas, o como voluntarios que se dedican, marginalmente, a esta *distracción* empleando su tiempo en otro trabajo remunerado. También es ésta una forma de *calificar* mejor dicho: de *descalificar*, la asistencia religiosa, a quien la cumple y a quien tiene el derecho de poseerla, es decir: al enfermo.

Roma, 3 de enero de 1978.

CARLOS ZANETTI

Capellán Centre Hospitalier Robert Jiffard
2601 Canardièrre — Beauport, Quebec (Canadá)

Noticiario

Hospitales



Asistentes al acto de clausura del curso

SEMINARIO Y CLAUSURA DEL CURSO SOBRE PROBLEMAS ACTUALES DE DIRECCION Y GESTION DE CENTROS HOSPITALARIOS

Para clausurar el curso 77-78, celebrado sobre *Problemas actuales de dirección y gestión de centros hospitalarios*,



El cardenal-arzobispo de Barcelona, Narciso Jubany, entrega al hermano Alfonso Mendioroz, el diploma del curso de dirección y gestión de centros hospitalarios

rios, se celebró un Seminario sobre *Problemas actuales de la Sanidad en Cataluña*, los días 22 y 23 de septiembre.

Los temas tratados en este seminario fueron: *Planificación sanitaria, Financiación de los servicios de salud y El hospital y la Planificación sanitaria*.

Los doctores José Antonio Moreno y Miguel Angel Asenjo y don Jaime Batalla, dictaron las lecciones de



este Seminario. Fueron moderadores: Elvira Aguilera, Francisco Sola y Esperanza Martí.

La clausura y entrega de diplomas la presidió el cardenal doctor Narciso Jubany. Los actos se celebraron en el Seminario conciliar de Barcelona.

ESCRIBEN DESDE ARGENTINA

Sr. Director de *Labor Hospitalaria*
Curia Provincial Hnos. de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas s/n - Barcelona 34

¡Que el Señor de la Paz y el Amor sea con usted!
Con mi mayor respeto:

En pocas palabras quiero expresarle mi admiración por la revista *Labor Hospitalaria*, que con palabras sencillas, presenta la organización y pastoral en hospitales.

Como dice el P. Enrique de Cabo, vuestro fundador san Juan de Dios, fue el primero en organizar los hospitales por enfermedades, etc. Ustedes tratan en esta revista de actualizar el pensamiento de este gran santo, de hacerlo más acorde a la época en que vivimos.

Como me interesa el apostolado hospitalario, me agra-

daría poder recibir, en forma de obsequio la suscripción de dicha revista. Le hago saber, asimismo, que lo solicito de esta manera, ya que soy seminarista y carezco de recursos económicos. De allí que acuda a vuestra generosidad.

No quiero molestarle más. Desde ya le agradezco cualquiera sea vuestra resolución al respecto. Con afecto filial, unidos en la oración. Atentamente.

FERNANDO FREYTES
Córdoba, 30 de septiembre de 1978

CURSOS DE FORMACION CONTINUADA 1979

Higiene hospitalaria: Epidemiología infecciosa

Enero, días 22, 23, 24 y 25.

Día 22. Epidemiología infecciosa: evolución histórica. Infección hospitalaria - nosocomial - cruzada. Hospitalismo. Patología que desencadenan los gérmenes hospitalarios. Respuestas éticas al derecho a la salud. ¿Está sano el hombre? Salud y hombre actual.

Día 23. Estudio de la infección hospitalaria: fuentes de infección. Mecanismos de transmisión. Puerta de entrada. Factores predisponentes. Rol de Enfermería. El servicio de higiene hospitalaria. Epidemiología infecciosa. Comité y subcomité de infecciones. Rol de Enfermería. Estudio epidemiológico del hospital: Rol de Enfermería. Organización de Enfermería y salud hospitalaria.

Día 24. Planificación de la lucha contra la infección hospitalaria: antibiocioterapia. Fallos inconscientes. Doxencia. Rol de Enfermería. Desinfección y antisepsia: aplicación de los mismos en la práctica hospitalaria. Política antisepsia y desinfección. Rol de Enfermería. Distribución de los gérmenes epidemiológicamente importantes en nuestro hospital. Política de desinfección y tratamiento de «portadores asintomáticos». Respuestas éticas al derecho a la salud. Importancia y responsabilidad del personal sanitario en el proceso de la salud.

Día 25. Sectorización del hospital: zonas críticas, hospitalización. Asepsia en U.C.I., neonatos, lactantes, bloque quirúrgico. Coloquio entre los ponentes y los asistentes. Clausura del curso.

A este curso pueden asistir, además de los profesionales de Enfermería, aquellos otros profesionales que con trabajo en cualquier hospital tengan responsabilidad o se sientan preocupados por el tema.

Enfermería: Presente y futuro

Marzo, días 5, 6 y 7.

Día 5. D. Jaime Batalla. La Sanidad española en su contexto social, económico, político, cultural. Coloquio entre el ponente y los asistentes.

Día 6. D. Luis M.^a Belzuz. Formación permanente del profesional de Enfermería. Signos, funciones y sistemas de valores. La comunicación interpersonal: Diálogo. Participación. Posibilidades y límites de la educación permanente en Enfermería. Comunicación: Caso práctico sobre formación continuada en la División de Enfermería de un hospital, por D. Antonio Marset, Secretario General de Enfermería del Hospital San Juan de Dios. Coloquio entre los ponentes y los asistentes.

Día 7. Dña. Elvira Guilera. Enfermería, situación y cambio en la Sanidad española. Rol de Enfermería en la salud y en la enfermedad. Rol de Enfermería en el hos-

pital moderno. Enfermería y formación universitaria. Coloquio entre la ponente y los asistentes.

Derechos del enfermo

Mayo, días 7, 8, 9, 10 y 11.

Día 7. Derecho a no ser objeto de experiencias. Comunicaciones a la Ponencia. Coloquio entre el ponente y los asistentes.

Día 8. Derecho a la información. Comunicaciones a la Ponencia. Coloquio entre el ponente y los asistentes.

Día 9. Derecho al secreto profesional. Comunicaciones a la Ponencia. Coloquio entre el ponente y los asistentes.

Día 10. Derecho a una asistencia integral. Comunicaciones a la Ponencia. Coloquio entre el ponente y los asistentes.

Día 11. Derecho a morir con dignidad. Comunicación especial: Eutanasia y Distanasia. Coloquio entre los ponentes y los asistentes.

A este curso pueden asistir, además de los profesionales de Enfermería, aquellos otros profesionales que con trabajo en cualquier hospital tengan responsabilidades o se sientan preocupados por los temas expuestos.

INFORMACION:

Hospital San Juan de Dios

Secretaría de la Escuela

Teléfono 203 40 00 (de 9 a 12 h.)

Carretera de Esplugas, s/n - BARCELONA - 34

MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

22642 *Real Decreto* 2081/1978, de 25 de agosto, sobre presupuestos e indicadores de rentabilidad de las Instituciones hospitalarias

El crecimiento incesante de la demanda de atenciones médicas, singularmente en el área hospitalaria, así como el aumento constante de las inversiones y costes en dicho sector, hace imprescindible, al margen de la adopción de esquemas de gestión responsable y descentralizada y la progresiva concienciación de la significación económica que entrañan las decisiones médicas, la puesta en marcha de mecanismos normalizados presupuestarios y de evaluación del rendimiento cuantitativo y cualitativo, individual y comparativo, de las Instituciones hospitalarias al objeto de que, de las mismas, pueda obtenerse la máxima rentabilidad social y económica, así como la garantía de los derechos de los usuarios de sus servicios.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Sanidad y Seguridad Social, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día veinticinco de agosto de mil novecientos setenta y ocho.

DISPONGO:

Artículo primero

Uno. Las Instituciones hospitalarias a que se refiere el párrafo primero del artículo tercero de la Ley treinta y siete/mil novecientos sesenta y dos, de veintiuno de julio, y aquellas otras que mantengan convenio o concierto para prestación de asistencia sanitaria con cualquiera de las Entidades gestoras de la Seguridad Social ajustarán su ordenación interna, en la medida precisa para hacer posible la obtención periódica de los datos referidos tanto a los presupuestos como a los indicadores del rendimiento cuantitativo y cualitativo de la Institución que reglamentariamente se determinen, así como el seguimiento continuado de dichos datos.

Dos. El presupuesto de los centros deberá permitir el tratamiento individualizado del sostenimiento de las actividades globales desarrolladas tanto en el área de consulta externa como en el de hospitalización y, a ser posible, su desglose pormenorizado en cada una de las unidades asistenciales. Dicho presupuesto, sin perjuicio de la adaptación a la Ley General Presupuestaria, estará necesariamente integrado por los capítulos de: Personal, Locales, Material, Suministros sanitarios, Amortizaciones, Alimentación y hostelería, Gastos financieros y Gastos diversos.

Tres. Por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, con la aprobación previa de la Intervención General del Estado, se establecerá reglamentariamente con vigencia para el ejercicio presupuestario de mil novecientos setenta y nueve, el plan contable hospitalario adaptado al plan general de contabilidad y orientado a la contabilidad analítica de costos.

Artículo segundo

Todos los establecimientos a que se refiere este Real Decreto ajustarán su ordenación interna al objeto de la obtención pormenorizada de los indicadores que reglamentariamente se establezcan y cuya estimación global deberá ir acompañada de las parciales relativas a todas y cada una de las unidades funcionales del hospital, cualquiera que sea el nivel de las mismas en el organigrama hospitalario en tanto en cuanto tengan una actividad asistencial definida y cualquiera que sea el área hospitalaria en que dicha función se desarrolle.

Artículo tercero

Uno. Los datos a que se refiere el presente Real Decreto y disposiciones de desarrollo serán presentados por las Instituciones tuteladas por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, con periodicidad mensual, a la Junta de Gobierno de la Institución y trimestralmente a los Servicios Centrales del Ministerio, a la Delegación Territorial de éste y a la Entidad gestora, en su caso. Dicha información estará no obstante a disposición permanente de los mismos, que pueden recabar cuantas aclaraciones se consideren precisas.

Para el resto de los centros hospitalarios a que se refiere este Real Decreto se seguirá el procedimiento que reglamentariamente se señale.

Dos. La Inspección de Sanidad y Salud, así como la correspondiente a las Entidades gestoras de la Seguridad Social, en su caso, realizarán de modo permanente el control de la fiabilidad de los datos suministrados.

Tres. En aquellos casos en que el rendimiento de una unidad asistencial se aparte significativamente de una consideración media estimable, se procederá al análisis de su caso, objetivando las circunstancias de orden personal o técnico que pudieran motivarlo. Por la Dirección General de Asistencia Sanitaria se dictarán las instrucciones oportunas para corregir las desviaciones observadas.

DISPOSICION FINAL

Se autoriza al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social para dictar las disposiciones de desarrollo del presente Real Decreto, que entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Palma de Mallorca a veinticinco de agosto de mil novecientos setenta y ocho.

JUAN CARLOS

El Ministro de Sanidad y Seguridad Social,
ENRIQUE SÁNCHEZ DE LEÓN PÉREZ

22643 *Real Decreto* 2082/1978, de 25 de agosto, por el que se aprueban normas provisionales de gobierno y administración de los servicios hospitalarios y las garantías de los usuarios.

La Ley treinta y siete/mil novecientos sesenta y dos, de veintiuno de julio, sobre Coordinación Hospitalaria, establece

las normas y principios para la organización, funcionamiento y administración de dichos Establecimientos.

Sin perjuicio de la normativa definitiva que habrá de producirse dentro de la inmediata evolución y desarrollo del proceso político-legislativo, se hace preciso dictar, en forma inaplazable, una serie de preceptos específicos que, con carácter provisional, adecuen la estructura y régimen de gobierno de las Instituciones hospitalarias a las exigencias de la sociedad de nuestros días.

En su virtud, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, oída la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día veinticinco de agosto de mil novecientos setenta y ocho.

DISPONGO:

Artículo único

Uno. Se aprueban las normas provisionales de gobierno, administración y garantías de los usuarios de los servicios hospitalarios, que figuran como anexo al presente Real Decreto.

Dos. Las citadas normas serán de aplicación a los hospitales a que se refiere el párrafo primero del artículo tercero de la Ley treinta y siete/mil novecientos sesenta y dos, de veintiuno de julio, y constituirán principios y directrices para todos los demás Centros sanitarios asistenciales.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y por los demás Departamentos, Entidades y Organismos gestores, encargados o responsables de los Establecimientos hospitalarios, se adoptarán las medidas oportunas para el cumplimiento de las normas contenidas en el anexo del presente Real Decreto.

Segunda. Antes del uno de enero de mil novecientos setenta y nueve, los diversos Departamentos y Entidades deberán dar cuenta a la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria del cumplimiento de lo establecido en este Real Decreto o bien de las dificultades o circunstancias que en su caso existan. La citada Comisión elevará al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social las propuestas o sugerencias que en cada caso procedan.

Tercera. La Comisión Central de Coordinación Hospitalaria elaborará el anteproyecto de normas definitivas que elevará al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, el cual, con los informes y asesoramientos pertinentes y previo dictamen del Consejo de Estado, someterá el proyecto definitivo a la aprobación del Gobierno.

Cuarta. Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido por este Real Decreto.

DISPOSICION TRANSITORIA

Por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social se regulará la situación de los Directores de Establecimientos sanitarios que en la actualidad ocupen dicho cargo y que hubieran accedido al mismo en virtud de oposición o concurso-oposición.

Dado en Palma de Mallorca a veinticinco de agosto de mil novecientos setenta y ocho.

JUAN CARLOS

El Ministro de Sanidad y Seguridad Social,
ENRIQUE SÁNCHEZ DE LEÓN PÉREZ

ANEXO

Normas provisionales de gobierno, administración de los Hospitales y garantías de sus usuarios

I. Gobierno y administración

Uno. Con carácter general, el gobierno, administración y régimen de funcionamiento de los Hospitales constituye una

actividad en la que se hallan interesados la comunidad a la que sirven, el personal al servicio de la Institución y su representación sindical, las profesiones sanitarias, el Organismo o Entidad de que depende y la Administración Pública.

Dos. Los Hospitales, de acuerdo en cada caso con su propia naturaleza jurídica y de conformidad con el modo de gestión que tengan legalmente establecido, dispondrán de un régimen económico, contable y presupuestario que permita al menos lo siguiente:

a) El establecimiento de un presupuesto que ordene y regule su actividad económico-financiera y que facilite el cumplimiento de unos objetivos en consonancia con las finalidades asignadas, elaborado, en su caso, con arreglo a las directrices de un programa a medio plazo de actuación, inversiones y financiación.

b) La implantación de un sistema contable y de información como instrumentos para la gestión, el seguimiento del desarrollo y ejecución de los citados presupuestos y programas, así como para el ejercicio de las funciones de intervención y control y que, asimismo, permita la determinación de los costes y rendimientos de los diferentes servicios y actividades.

c) La disposición, por sus órganos de gobierno, de los fondos que tengan asignados para los fines y servicios propios del Hospital. Las inversiones unitarias que superen la cifra de veinticinco millones de pesetas requerirán informe favorable previo de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

d) La asignación o propuesta de asignación de retribuciones complementarias, no fijadas reglamentariamente, de acuerdo con los módulos, niveles y consignaciones globales atribuidos al Hospital.

Tres. La organización, el esquema general de funcionamiento, las relaciones con los demás Establecimientos del sector sanitario, los módulos técnicos de personal y servicios y el rendimiento de la Institución vendrán definidos por normas generales y específicas que al efecto se dicten por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, de acuerdo con la evaluación de las necesidades sanitarias.

Los Reglamentos de Régimen Interior de los Hospitales se adecuarán a lo que se disponga en las citadas normas.

Los órganos de gobierno del Hospital habrán de procurar que el desarrollo de la actividad del mismo permita la cobertura de dichos aspectos y podrán adoptar las medidas que estimen oportunas, en orden a potenciar la coordinación hospitalaria, e incrementar la eficacia sanitaria y social del Establecimiento, y obtener un mejor rendimiento de los recursos y medios personales y materiales de que disponen.

Cuatro. Los Hospitales se configurarán como Instituciones o Establecimientos de gestión participada, que se realizará por medio de los siguientes órganos:

a) Organos de gobierno:

- La Junta de Gobierno.
- El Gerente.
- El Director Médico.
- El Jefe de Personal y Acción Social.
- El Administrador.

b) Organos consultivos:

- La Junta Facultativa con sus Comisiones clínicas, técnicas y de evaluación.
- La Comisión de Administración.

c) El Comité de Empresa, en aquellos Establecimientos hospitalarios obligados a su constitución.

Cinco. Sin perjuicio de las funciones directivas y ejecutivas que correspondan a los demás órganos y servicios, la Junta de Gobierno es el órgano de superior jerarquía y responsabilidad de los citados en materia de organización, régimen general de funcionamiento, control y vigilancia de los servicios, módulos técnicos de personal y servicios y régimen disciplinario, conservación y mantenimiento, contratación de servicios y

material, gestión económica y, en general, cuanto afecta al régimen interior y funcionamiento del Hospital, disponiendo de facultades para elevar propuesta anual presupuestaria ante la Institución de la que dependa, como asimismo propuesta de acomodación de plantillas y de nombramiento de personal dentro de las normas generales de cada Institución y de las dotaciones presupuestarias. Todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en la norma tres del presente Real Decreto.

La Junta de Gobierno estará integrada por los siguientes miembros:

a) El Gerente, el Director Médico, el Jefe de Personal y Acción Social y el Administrador, como directivos de la Institución.

b) Diez representantes del personal del Centro, de los cuales cuatro serán facultativos elegidos por y entre los de plantilla de la Institución —uno entre los Jefes de Departamento, otro entre los de Servicio, y dos, uno entre los Jefes de Sección y otro entre los Adjuntos—; dos facultativos elegidos por la Junta Facultativa de entre sus miembros y otros cuatro no facultativos, dos elegidos por y entre el personal auxiliar sanitario y otros dos elegidos por y entre el personal no sanitario.

Cuando en una Institución no existan Jefes de Departamento, la elección se realizará entre los Jefes de Servicio.

c) Dos representantes del Comité de Empresa, designados por y entre sus miembros.

d) Tres representantes, uno por cada uno de los Colegios Profesionales Sanitarios de Médicos, Farmacéuticos y Ayudantes Técnicos Sanitarios, elegidos entre sus miembros.

e) Dos representantes de la Comunidad en que se halle situado el Hospital designados, respectivamente, por el Ayuntamiento y la Diputación Provincial correspondiente.

f) Dos representantes de la Administración Pública, uno de los cuales será designado por la Entidad de la que dependa el Centro y otro por el Delegado territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

El Presidente de la Junta de Gobierno será el Gerente y, en su defecto, el Director Médico. El Administrador actuará como Secretario.

Al margen de las representaciones antes citadas, la composición anteriormente señalada podrá ampliarse en el Reglamento de Régimen Interior del Hospital, en dos miembros más para mejor adaptarse a las circunstancias y características del mismo.

Seis. Corresponderá al Gerente del Hospital:

a) Asumir la representación oficial del Centro.

b) Dirigir los servicios técnico-gerenciales y supervisar, con carácter general, todos los restantes servicios y actividades del Centro.

c) Cumplir y hacer cumplir los acuerdos de la Junta de Gobierno.

d) Relacionarse con los demás órganos a que se refiere la norma cuarta, para impulsar y coordinar las actividades del Hospital, incrementar su eficacia y reducir los costes.

e) Velar por el mantenimiento de las normas generales y de régimen interior, solventar las incidencias que se presenten y adoptar las medidas necesarias para mantener la capacidad asistencial del Centro en los supuestos de emergencias sanitarias o asistenciales.

f) Vigilar el cumplimiento de las medidas de conservación y mantenimiento del Centro.

g) Y ordenar los gastos y vigilar la gestión administrativa y económica del Establecimiento, conforme a las normas aplicables en cada caso.

Siete. Corresponderá al Director Médico:

a) Asumir las funciones del Gerente cuando éste no exista o en su ausencia.

b) Dirigir y supervisar todos los servicios médicos y actividades sanitarias del Establecimiento.

c) Cumplir y hacer cumplir los acuerdos de la Junta Facultativa y de sus Comisiones.

d) Asesorar al Gerente, velando siempre por los aspectos clínicos-sanitarios y por la calidad de la función médica y asistencial.

e) Fomentar, de acuerdo con la capacidad y nivel de acreditación del Establecimiento, la enseñanza, formación, especialización e investigación médica y sanitaria.

Ocho. Corresponderá al Jefe de Personal y Acción Social, cuando exista:

a) Dirigir y supervisar el cumplimiento de la política de personal, de acuerdo con las normas aplicables en cada caso y siguiendo las instrucciones y directrices señaladas por la Junta de Gobierno, el Gerente y el Director Médico.

b) Dirigir y gestionar los servicios de administración de personal y de asistencia social del Establecimiento.

c) Facilitar a la Junta de Gobierno, al Gerente, al Director Médico y al Comité de Empresa la información sobre las plantillas, dedicación, permanencia, retribuciones y demás circunstancias e incidencias de personal que sean relevantes para la buena marcha de la Institución.

d) Preparar, a la vista de los datos que faciliten los demás órganos a que se refiere la norma cuarta, los estudios y propuestas sobre necesidades de personal, clasificación de puestos de trabajo, elaboración y modificación de plantillas y retribuciones del personal del Establecimiento y someterlos a la consideración de la Junta de Gobierno.

e) Cuidar del bienestar y atenciones humanas y sociales de los enfermos y sus familiares.

f) Y mantener una relación permanente con el Comité de Empresa.

Nueve. Corresponderá al Administrador:

a) Gestionar y controlar los servicios de régimen interior, registro general, admisión, información, mantenimiento, suministros y alimentación, contabilidad y gestión económica y presupuestaria.

b) Facilitar a la Junta de Gobierno, al Gerente, al Director Médico, a la Junta Facultativa y a la Comisión de Administración, información sobre la situación económica y presupuestaria del Establecimiento.

c) Preparar, a la vista de los datos que le faciliten los demás órganos a que se refiere la norma cuarta, los estudios y propuestas sobre presupuestos, ingresos, gastos, contabilidad y análisis de coste del Establecimiento y someterlos a la consideración de la Junta de Gobierno.

d) Y controlar los ingresos y gastos que, por cualquier concepto, se produzcan o realicen en el Establecimiento.

Diez. El Gerente será designado por la Entidad de la que dependa el Centro, a propuesta en terna de la Junta de Gobierno de la Institución, previo concurso nacional de méritos, con exigencia de la titulación y capacitación correspondiente al respecto.

El Director Médico será designado por la Entidad de que dependa el Centro, a propuesta de la Junta de Gobierno de la Institución, oída la Junta Facultativa, entre aquellos que posean la titulación y capacitación correspondiente, previo concurso nacional.

Dichos cargos tendrán una duración de cuatro años, susceptibles de renovación por períodos sucesivos de dos años, previo informe de la Junta de Gobierno.

Con carácter provisional y por la Entidad de que dependa el Centro, podrá designarse Director Médico a alguno de los Jefes de Departamento o Servicio del Hospital, si los concursos nacionales convocados se declarasen desiertos.

El Jefe de Personal y Acción Social y el Administrador serán nombrados y separados por la Entidad de que dependa el Centro.

Once. El Reglamento de Régimen Interior del Hospital determinará la composición y funciones de los órganos a que se refiere el apartado b) de la norma cuarta.

El Director Médico presidirá la Junta Facultativa y elevará a la Junta de Gobierno sus propuestas y asesoramientos. El Gerente presidirá la Comisión de Administración.

Doce. El Comité de Empresa se ajustará en su composición y funciones a la legislación vigente en la materia.

II. Garantía de los usuarios

Trece. Uno. La admisión y estancia en el Hospital ha de responder a la finalidad primordial de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y atención sanitaria, sin discriminación alguna y supondrá como mínimo las siguientes obligaciones para Establecimiento y su personal que constituyen otros tantos derechos del enfermo asistido:

a) El respeto de la personalidad y dignidad humana del asistido.

b) El cumplimiento flexible y, si es necesario, ulterior de los requisitos y formalidades administrativas exigibles.

c) La previa conformidad y consentimiento expreso y escrito del enfermo y, en caso de su menor edad o imposibilidad, de sus parientes más próximos o representante legal, para aplicar medios terapéuticos o realizar intervenciones que entrañen grave riesgo para su vida o de los que necesaria o previsiblemente se deriven lesiones o mutilaciones permanentes, a menos que la urgencia y gravedad del caso hagan indispensable, a juicio del facultativo o facultativos, la aplicación o intervención inmediatas. Es un derecho del enfermo el ser tratado con las técnicas médicas disponibles en el Hospital y con el menor riesgo posible en proporción a los resultados deseables.

d) La protección frente a las molestias o interferencias exteriores a menos que sean justificadas, precisas e inaplazables y sean compatibles con el estado clínico del enfermo a juicio del Médico que lo atiende.

e) El funcionamiento de las instalaciones y servicios del Establecimiento, de forma que se garanticen en todo momento las atenciones sanitarias y las condiciones de higiene, alimentación y subsistencia y se subsanen, en el plazo más corto posible, las deficiencias que resulten inevitables.

f) La cortesía, el trato humano, el respeto a las opiniones personales y creencias religiosas, el libre envío y recepción de correspondencia, la comunicación telefónica, la disponibilidad de ropa y equipamiento personal y acceso de acompañantes, familiares y visitas, de acuerdo con las normas del buen orden y régimen interior del Hospital y las necesidades y condicionamientos de la asistencia sanitaria.

g) La confidencialidad de los actos médicos y sanitarios y, cuando así se solicite, el secreto de la estancia en el Hospital.

h) El conocimiento del nombre del facultativo o facultativos encargados de su asistencia y la información completa en términos usuales y comprensibles, sobre la situación del estado clínico del asistido, bien sea verbal o por escrito, a petición del interesado o de persona legitimada para obtenerla.

Se presumirán legitimados a estos efectos sus familiares más próximos y los acompañantes en el momento de la admisión en el Hospital, a menos que conste la oposición del interesado.

i) El derecho a consultar con facultativos ajenos al Hospital en las condiciones que establezca el Reglamento de Régimen Interior.

j) Asistencia religiosa según su confesionalidad.

k) La libertad de abandono del Hospital y salida inmediata del Establecimiento haciendo constar por escrito la renuncia a ulterior reclamación de indemnización.

Se exceptuarán los supuestos de hospitalización obligatoria por razones de salud pública y la aplicación de la normativa especial de asistencia psiquiátrica. En caso de duda y, desde luego, cuando a juicio del o de los facultativos pueda producirse un riesgo grave para la vida del paciente o de los demás, se pondrá el caso en conocimiento inmediato de la autoridad judicial competente y se estará a lo que ésta resuelva.

l) La sujeción del interesado y sus familiares, acompañan-

tes o visitantes, mientras que permanezcan en el Establecimiento, a sus normas de buen orden y régimen interior.

m) La posibilidad de conocer dichas normas, hacer constar peticiones, observaciones y sugerencias, obtener ayuda y asistencia social para resolver los problemas o incidencias derivados de la estancia en el Hospital.

Dos. Las garantías de los usuarios a que se refieren las normas anteriores se entenderán sin perjuicio de las competencias atribuidas a los órganos de la Administración de Justicia.

III. Responsabilidad y garantías en la prestación de los servicios

Catorce. Todos los órganos, servicios y personal del Hospital estarán obligados a realizar las funciones y asumir las responsabilidades que tengan asignadas, de forma que se haga efectiva la asistencia y cuidado de los enfermos, el funcionamiento del Hospital como establecimiento sanitario y su capacidad para atender incidencias y emergencias sanitarias.

Corresponderá a los órganos enumerados en el apartado a) de la norma cuarta, y por el orden en que allí se enumera, adoptar cuantas medidas sean necesarias para mantener o potenciar el funcionamiento del Hospital en los casos de incidencias, conflictos o emergencias que superen el ámbito y capacidad ordinaria de los servicios, dando cuenta al Delegado territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y recabando, en su caso, el apoyo de la autoridad gubernativa.

Quince. Los Centros comprendidos en el ámbito de aplicación del presente Real Decreto tendrán la consideración de Empresas encargadas de servicios públicos hospitalarios a los efectos del Real Decreto-ley diecisiete/mil novecientos setenta y siete, de cuatro de marzo.

Dieciséis. En ningún caso la situación de conflicto o su preparación podrá dar lugar a la ocupación de locales del Hospital o a la adopción de cualquier otra medida que perjudique o interrumpa la funcionalidad del Establecimiento.

No tendrán, sin embargo, tal carácter:

a) Las reuniones que se celebren en zonas o locales, siempre que no den lugar a molestias para los asistidos, se realicen en horas que sean compatibles con el funcionamiento del Establecimiento y sean expresamente autorizadas por el Gerente oído el Director Médico, la Junta Facultativa y el Comité de Empresa.

b) Los anuncios, pancartas y procedimientos similares que se utilicen para dar conocimiento de los propósitos o motivos de las situaciones de conflicto, siempre que se realicen en las zonas o momentos previamente acordados con el Gerente. En todo caso, se prohibirán los que supongan voces, sonidos o ruidos, obstáculos al acceso y libre circulación por el Hospital o cualquier tipo de interferencia en las zonas médico-asistenciales o de diagnóstico.

Diecisiete. En tanto dure la situación de conflicto se adoptarán las medidas precisas para garantizar la seguridad de las personas, el mantenimiento de las instalaciones y el respeto y efectividad de los derechos de los enfermos o asistidos.

A tal efecto, corresponderá a los órganos enumerados en el apartado a) de la norma cuarta y por el orden en que allí se relacionan, determinar las actividades y servicios mínimos que, en todo caso, deben quedar atendidos.

El Delegado territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y la Inspección de Sanidad y Salud supervisarán diariamente el Hospital y comprobarán el efectivo cumplimiento de los acuerdos a que se refieren los dos párrafos anteriores, pudiendo ordenar medidas complementarias a las dictadas por la autoridad gubernativa que consideren precisas para defender la salud pública y mantener la continuidad de la asistencia sanitaria en los niveles cualitativos y cuantitativos que consideren indispensables. En ningún caso se utilizará o

se pretenderá que se utilice esta intervención de la autoridad sanitaria para impedir el planteamiento de una situación de conflicto o determinar su solución en uno u otro sentido.

Todo ello sin perjuicio de lo establecido en el artículo diez del Real Decreto-ley diecisiete/mil novecientos setenta y siete, de cuatro de marzo.

BOE, 1 de septiembre de 1978

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

23200 Orden de 1 de septiembre de 1978 por la que se establecen en el segundo grado de Formación Profesional enseñanzas correspondientes en la Rama Sanitaria.

Ilmos. Sres.: La Orden ministerial de 13 de septiembre de 1975 desarrolló el Plan de Estudios de la Formación Profesional de segundo grado, disponiendo el horario lectivo de cada materia, así como las orientaciones pedagógicas y cuestionarios referentes a este grado.

En el anexo II de dicha Orden se detallan las especialidades en principio implantadas, quedando siempre abierta, de acuerdo con el artículo segundo del Decreto 707/1976, de 5 de marzo, la posibilidad de regular otras nuevas de conformidad con la demanda social y como resultado de las experimentaciones que en diversos Centros, tanto estatales como privados, se están realizando.

En este caso se encuentra la Rama Sanitaria, de la cual han venido impartándose enseñanzas correspondientes a algunas especialidades con carácter experimental, acogidas al artículo 15 del citado Decreto 707/1976, sobre Ordenación de la Formación Profesional.

En su virtud, en atención a lo expuesto y a los resultados de la experimentación realizada, y de conformidad con lo dispuesto en el repetido Decreto 707/1976, de 5 de marzo, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

A partir del curso 1978-79 se integran en el segundo grado de Formación Profesional, Rama Sanitaria, las especialidades de Técnico Especialista de Laboratorio, Técnico Especialista de Radiodiagnóstico, Técnico Especialista de Medicina Nuclear, Técnico Especialista de Anatomía Patológica, Técnico Especialista de Logopedia, Técnico Especialista de Audiología, Técnico Especialista Protésico Dental y Técnico Especialista de Enfermería, sin perjuicio de que en el futuro, atendiendo a la complejidad del sector, puedan regularse otras especialidades.

Si se estimara que alguna de estas especialidades requiere para su enseñanza una especial formación práctica continuada, podrá realizarse su integración en el régimen de Enseñanzas Especializadas de carácter profesional, tal como prevé el artículo 21 del Real Decreto 707/1976, de Ordenación de la Formación Profesional.

Segundo. A iniciativa del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, el Ministerio de Educación y Ciencia dictará las pertinentes normas de equiparación de las titulaciones establecidas en la presente Orden con las titulaciones generalizadas de uso internacional, en los casos que proceda.

Tercero. Queda facultada la Dirección General de Enseñanzas Medias para interpretar y aplicar lo dispuesto en la presente Orden.

Lo digo a VV. II. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a VV. II.

Madrid, 1 de septiembre de 1978.

CAVERO LATAILLADE

Ilmos. Sres. Subsecretario y Directores generales del Departamento.

BOE, 8 de septiembre de 1978

Pastoral

SYMPOSIUM SOBRE EL ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO

Durante los días 23, 24, 25 y 26 de octubre, se ha celebrado en San Cugat del Vallés. Un Symposium sobre *El acercamiento al moribundo*, organizado por los delegados diocesanos de pastoral sanitaria de Cataluña.

Los asistentes, unas ochenta personas, pertenecen a las diferentes especialidades sanitarias, entre las cuales se encuentran, psicólogos, sociólogos, personal de enfermería, teólogos, sacerdotes, religiosos y demás personas interesadas en ayudar al hombre a este derecho que tiene a morir con dignidad.

El mismo consta de cuatro temáticas que pretenden englobar lo más ampliamente posible este complejo problema: *La muerte en nuestra sociedad moderna*, a cargo de D. Adolfo Perinat, profesor de Sociología en la Universidad Autónoma de Barcelona. *El moribundo frente a su propia muerte*, a cargo de D. Fidel Delgado, psicólogo de la Residencia «La Paz» de Madrid. *Sentido teológico de la muerte*, a cargo de D. José M. Fondevila, profesor de Teología de la Facultad de San Cugat. *Actitud del creyente y aspectos pastorales ante la muerte*, por D. Javiér Osés, obispo de Huesca, Delegado de Pastoral Sanitaria en la Conferencia Episcopal Española.

Es de destacar la Comunicación especial, *Eutanasia y Distanasia*, a cargo de D. Francisco Abel, médico moralista y profesor de la Facultad de Teología de San Cugat.

Los asistentes han descubierto la gran importancia de esta temática, tan real como poco abordada hasta ahora.

Cabe destacar en este Symposium la reflexión y aportación a través de comunicaciones y murales que, anteriormente a su celebración, realizaron numerosos grupos, lo cual ha servido para una mayor integración.

Coordina el curso José L. Redrado, responsable regional de pastoral sanitaria, en las diócesis de Cataluña.

LOS RELIGIOSOS DE SALUD EN CHILE

*Plan 20 años de la CLAR
y la Tercera Conferencia del CELAM en Puebla*

El año 78 se inicia con una doble motivación para la Iglesia latino-americana y en especial para los religiosos.

Primero, al cumplirse los 20 años de la CLAR surge un plan de revisión en lo que ha significado este período en las propuestas, respuestas que ha recibido la vida religiosa.

Como segundo motivo, la celebración de la III Conferencia del CELAM a celebrarse en Puebla, México cuyo tema será la Evangelización en Latinoamérica.

Las encuestas, jornadas, reuniones, conferencias, publicaciones, etc., nos han mantenido en constante participación, para que estos dos acontecimientos sean valorados por todos los religiosos como un motivo más que favorezca la renovación iniciada tras el Vaticano II y Medellín.

La Conferencia de Religiosos de Chile, CONFERRE, a través de la comisión de Salud, no ha cesado de hacer

llegar estas inquietudes a todos los religiosos que trabajamos con los enfermos.

Reseñamos las actividades realizadas en lo que va de año.

- *Jornada de Pastoral de Salud en la ciudad de Los Angeles*
8-9 abril

Fue un servicio ofrecido por la comisión de Salud a las religiosas de san Vicente de Paul y al equipo de pastoral que recién se iniciaba en el hospital.

Reflexionamos sobre la *Psicología del enfermo y Elementos para una pastoral de salud, Pastoral de enfermos en una pastoral de conjunto y Acciones pastorales en el hospital*, temas expuestos por Sor Yolanda Ellis H. C. y Angel Perulán, O. H.

El número de participantes fue de 40. El interés mostrado en las reflexiones en grupos, se vio incentivado por la constante presencia del capellán del hospital y por el apoyo ofrecido por el señor obispo de la diócesis Mns. Orozimbo Fuenzalida, que presidió la Eucaristía de clausura.

- *Jornada para los religiosos de Salud de Santiago*
22 abril

El número de participantes fue de 33 personas.

Los temas: *Plan 20 años y sus implicaciones*, desarrollado por Sor Helene Lalonde, Divina Providencia. Tuvimos la oportunidad de reflexionar sobre lo que habían significado estos años para nuestras congregaciones, si teníamos un proyecto claro sobre nuestra propia misión en Chile y si evaluábamos las actividades que llevábamos a cabo.

En la tarde en un segundo tema, *Los religiosos de Salud en la dinámica de la Iglesia chilena*, expuesto por Angel Perulán, O. H. estudiamos: *la realidad nacional* (nivel económico-social y religioso), *la Iglesia en Chile de Medellín a Puebla*, la vida religiosa y los religiosos de salud en esta coyuntura.

- *Jornada celebrada en Panguipulli, Valdivia para las religiosas de la Santa Cruz*
29-30 julio

Dadas las distancias tan enormes entre Santiago y provincias, resulta difícil el poder participar a las hermanas que trabajan con enfermos en lugares apartados.

Junto con Sor Yolanda Ellis HC, les aportamos nuestra ayuda fraterna y reflexionamos sobre los religiosos en la Pastoral de Salud y el Plan 20 años de la Clar.

La maravillosa labor que desarrollan las hermanas de la Santa Cruz en este hospital misional y en diversos consultorios rurales, fue una gran oportunidad para nosotros para poder ver en el terreno el actuar y su aporte a la obra de la Iglesia en el Vicariato de la Araucanía.

- *VII Jornada Nacional de Pastoral de Salud*
Santiago, 25, 26 y 27 de agosto

Entre los objetivos propuestos para la misma estaba el acentuar la dimensión eclesial de nuestras actividades religiosas en la pastoral. Para este fin como ponentes de las conferencias invitamos a dos Vicarios de Zona del Arzobispado de Santiago: Mons. Juan de Castro, que habló

sobre *Fuentes de la espiritualidad del religioso de salud: Jesucristo*, y Mons. Enrique Alvear, sobre la *Dimensión eclesial de los religiosos en la Pastoral de Salud*.

Su condición de Pastores nos ayudó a descubrir cómo nos quiere y necesita la Iglesia en el momento concreto que vivimos.

El *Plan 20 años y la Iglesia hacia Puebla*, fueron expuestos por A. Perulán, en el tema: *Acciones Pastorales concretas de los religiosos en salud*.

El número de participantes fue de 52 personas. Para nosotros todo un éxito, que demuestra la inquietud que crece día a día entre los religiosos que trabajamos con los enfermos.

Ha sido muy valiosa la posibilidad de compartir nuestras experiencias y formas de vida tan diversas, religiosas que trabajan en hospitales propios, contratadas por el Servicio Nacional, policlínicos rurales, parroquiales, etc., en Comunidades que todas trabajan en Salud, viviendo en poblaciones, con religiosas que realizan otras actividades, etcétera.

También ha sido muy valioso cómo tratamos de incorporar a los laicos en nuestra tarea de evangelización del mundo de los enfermos.

• *Retiros para religiosos de Salud. Santiago*

Hemos celebrado dos en este año. Junto con orar y reflexionar nos ha servido para conocernos más y compartir las inquietudes e iniciativas que vamos teniendo para mejor cumplir con la misión que Jesús nos ha encomendado.

La Comisión de Salud de Conferre, formada por siete religiosos que representamos las diversas formas de trabajo de los religiosos en este campo, no ha cesado de motivar y ofrecer sus servicios para apoyar todas las necesidades y estimular las realizaciones pastorales llevadas a cabo con los enfermos, personal, etc.

Igualmente, y a través del Vicario de Pastoral de Salud de Santiago, hemos ofrecido nuestros servicios a las parroquias y Zonas, para motivar grupos y comunidades que se comprometan en la Pastoral de Salud.

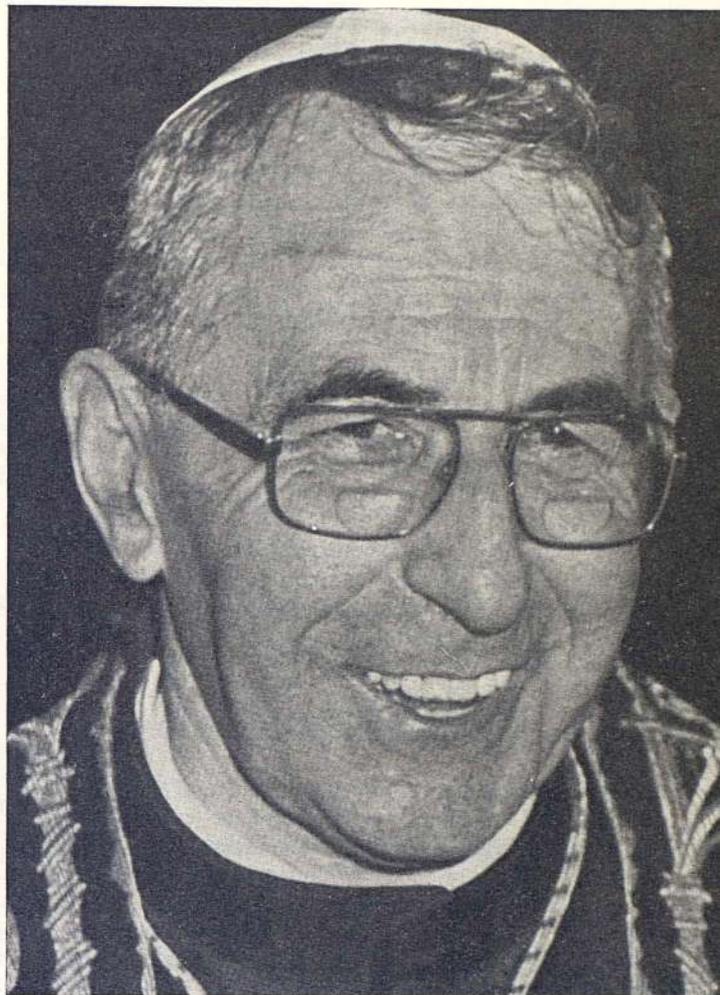
Santiago, 28 de agosto, 1978

ANGEL PERULÁN, O. H.

VISITA A JUAN PABLO I LA VISPERA DE SU MUERTE

En el mes de septiembre, unas 300 religiosas adheridas a la Federación Italiana de las Religiosas Sanitarias se reunieron en Roma desde todas las partes de Italia para participar en un curso de cualificación de enfermería, organizado por la Provincia Romana de los Fatebenefratelli.

Las Hermanas fueron recibidas en audiencia por el Santo Padre el 27 de septiembre, precisamente en la inmediata vigilia de su muerte. Aquella mañana, Juan Pablo I dijo entre otras cosas: *También el Papa que os habla estuvo ocho veces en el hospital, con cuatro operaciones. No es lo mismo, como sabéis, tener un enfermero u otro. Hay quien lo hace con un gran corazón. No se aprecia solamente el servicio, se aprecia la manera en que se es servido. Así pues recomendamos muchísimo que los enfermos sean ayudados con gran caridad y delicadeza.*



Juan Pablo I

Seguramente las hermanas no olvidarán nunca la exhortación que les dirigió este Papa, que, a pesar de la extrema brevedad de su pontificado, ya había sabido conquistar el corazón de todos.

Dr. JOSÉ MAGLIOZZI, O. H.

CURSOS DE PASTORAL SANITARIA

Temas sanitarios y hospitalarios
(Enero 1979)

— Visión global de la sanidad. El hospital al servicio de la Comunidad.

Temas psicológicos y humanos
(Febrero y marzo 1979)

— El hombre y su enfermar. La entrevista e información. La asistencia integral. Mesa redonda.

Temas teológico-pastorales
(Abril, mayo y junio 1979)

— Reflexión teológica sobre la enfermedad: Antiguo y Nuevo Testamento. El dolor y sufrimiento en la teología.

— Pastoral sanitaria: Sentido, fundamentos. El enfermo en la comunidad parroquial. Sacramento de los enfermos. Asociaciones y movimientos de enfermos.

Destinatarios

Agentes de pastoral Sanitaria: capellanes de hospital, religiosas sanitarias con misión pastoral. Personal sanitario seglar vinculado a grupos apostólicos. Sacerdotes y seglares con ministerio parroquial que deseen conocer y organizar esta pastoral de enfermos en sus respectivas parroquias. Seminaristas que deseen descubrir esta dimensión pastoral.

INFORMACION:

Hospital San Juan de Dios
Secretaría de la Escuela
Teléfono 203 40 00 (de 9 a 12 h.)
Carretera de Esplugas, s/n - BARCELONA - 34

Del día 5 al 20 de diciembre. *Hora:* de 12 a 13,30.

Srta. Montse Piulachs. Escuela Universitaria de Enfermería. Hospital San Juan de Dios. Carret. de Esplugas, s/n. Barcelona 34. Tel. 203 40 00.

PASTORAL SANITARIA PARA RELIGIOSAS

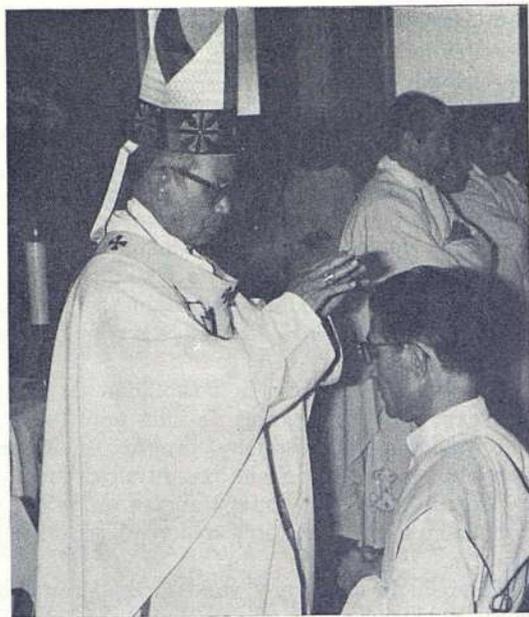
Se ha celebrado un cursillo de pastoral sanitaria para religiosas. Tuvo lugar en el centro de estudios eclesiales Santa Cruz, Barcelona. Los temas tratados fueron: *Inserción de la religiosa sanitaria en la acción pastoral de la diócesis*, por el hermano Francisco Sola, O.H. *Presencia de la Iglesia en el hospital*, por el hermano José Luis Redrado, O.H. *Aspectos psicológicos del enfermo*, por el hermano Ramón Ferreró, O.H.

CONSAGRACION SACERDOTAL DEL HERMANO ROBERTO MORALES

La Iglesia de Guadalajara se viste de fiesta para presentar al Señor un nuevo Sacerdote elegido de entre los Hermanos Hospitalarios de san Juan de Dios.

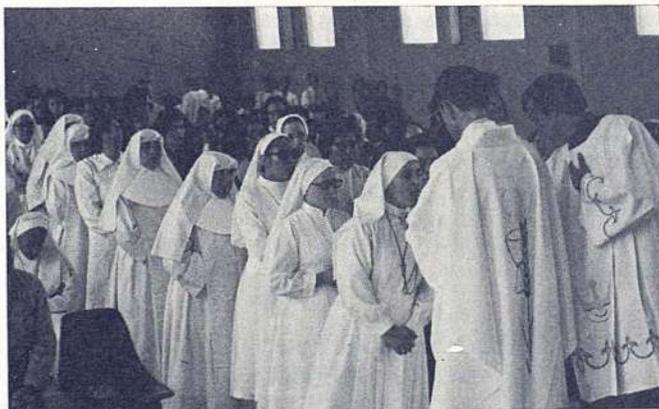
Desde luego, las religiosas enfermeras que tanto lo estimamos y que desde hace siete años hemos trabajado con él en la Pastoral Hospitalaria, las que hemos sido testigos de su desinteresada labor evangelizadora en favor de los enfermos y de los pobres, de la justicia, de la humanización y cristianización de nuestros ambientes hospitalarios, no esperamos recibir ninguna invitación especial, nos organizamos formando un equipo con la Comunidad de Hermanos Hospitalarios para colaborar en los preparativos de la fiesta que sentíamos muy nuestra y que esperábamos con tanta emoción. Todas nos distribuimos tareas y compromisos para que no faltara nada, y haciendo honor a nuestro sexo, pusimos todo empeño en proveer hasta el último detalle.

La tan anhelada fecha se fijó para el sábado 8 de julio a las 9,30 de la mañana. Por una gracia más que el Señor nos concedió, la capilla del hospital San Juan de



El cardenal de Guadalajara impone las manos al neosacerdote

Dios, fue el sitio donde se efectuó la ceremonia de la Consagración. El Emmo. Sr. Cardenal D. José Salazar López, arzobispo de Guadalajara y Presidente de la Conferencia Episcopal Mexicana, quiso conferir en persona las órdenes sagradas, como una muestra de aprecio y deferencia para la Orden de san Juan de Dios y en especial para el hermano Roberto.



El hermano Roberto distribuye la comunión a las religiosas

La asistencia fue de 450 personas; todos nos reunimos con los mismos anhelos de participar de la alegría y acción de gracias al Señor por tan inmenso beneficio concedido al Hermano Roberto.

No podía faltar el folklore de México: el Mariachi y los bailes regionales que fueron interpretados por el Grupo «Normal de Jalisco» que vino a poner su típico tinte a nuestra convivencia.

Cronistas

Sor M.^a TERESA URIBE y Sor LUCÍA CUMPLIDO

Revista de revistas

SUICIDIO EN ANCIANOS

FEUERLEIN W.
AKT. GERONT.
N.º 7: 1977

El Instituto Max Planck de Psiquiatría de Munich, ha elaborado una estadística basándose en 125 intentos de suicidio en personas de más de 65 años (40 varones y 85 hembras).

En los ancianos el suicidio predomina sobre el intento de suicidio, a diferencia de otras edades. Esto quiere decir que en los viejos la forma es más estudiada que en los jóvenes y por tanto más peligrosa.

Batchelor nos habla de diversas causas pero los factores predominantes son siempre los mismos. La conflictividad con las personas más jóvenes les lleva a un aislamiento social que acaba en la mayoría de los casos con la soledad espiritual. El problema de vivienda y la situación económica ayudan aún más al pobre viejo para que acabe deseando la muerte.

El tema de los ancianos es muy debatido pero sigue sin solución. Sólo las buenas relaciones intergeneracionales, que posibiliten la comunicación afectiva entre seres de diversas edades y formas de vida evitarán rupturas y situaciones de desamparo entre los viejos.

La llamada es para todos. ¿Cuándo vamos a actuar?

RELACIONES PUBLICAS EN EL HOSPITAL

J. M. LASSERRE
TECHNIQUES HOSPITALIERES
N.º 388. Enero 1978

La técnica de las relaciones públicas (inventada en Estados Unidos) se ha extendido casi con carácter obligatorio en la mayoría de las empresas bien organizadas.

Este artículo señala la importancia que tiene un servicio de relaciones públicas en el Hospital. Puede ser de interés y servir de orientación a los técnicos hospitalarios por la forma clara

y sencilla de exponer cómo debe formarse al personal que estará al frente del servicio, cómo se organiza y cuál es su función específica.

EL APRENDIZAJE DE LA JUBILACION

HERNÁNDEZ ALVAREZ
ECO GERIATRICO
N.º 16. Año 1977

La llegada de la jubilación es para muchas personas aún sanas y en buenas condiciones físicas, un trauma considerable.

En la República Federal Alemana, funcionan gran número de Instituciones públicas y privadas, denominadas *Academias para los jubilados* donde se prepara al hombre psicológicamente para que pueda afrontar con entusiasmo el momento de su jubilación y poder hacer más agradables el resto de sus días. Aprenden también ocupaciones placenteras que comunican su vida a una nueva dimensión.

Hernández Alvarez en este artículo se muestra entusiasta, es como una invitación a que nosotros sigamos el ejemplo de estas Instituciones.

LO IRRACIONAL EN MEDICINA

DOCUMENTA GEIGY
Temas Monográficos
Editado por el Departamento
Científico Geigy, S. A.
Basilea: año 1970

El médico que sólo actúa por su ciencia y con la técnica perturba el desarrollo de la medicina. En cambio, el que trabaja paralelamente con la ciencia y su propia humanidad ejerce sobre el enfermo —sin que éste lo sepa— un poder mágico que facilita la curación: 1.º el paciente confía en el médico y le habla, 2.º el paciente le escucha y 3.º el paciente toma los medicamentos que el médico le prescribe.

Así pues, el médico que sabe manejar con habilidad y honradez a sus enfer-

mos, consigue más, mucho más que un diagnóstico.

LA ADOLESCENCIA

DOCUMENTA GEIGY
Temas Monográficos
Editado por el Departamento
Científico Geigy, S. A.
Basilea: año 1970

Este número de *Documenta Geigy* nos resume los temas tratados en el sexto Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil que se celebró en Edimburgo en el año 1969. Aborda el siempre acuciante tema de la adolescencia. Los diversos tipos de desarrollo (físico, mental, sexual, etc.) tienen menos importancia para un adolescente que la comparación entre él y sus compañeros. Esta comparación puede complicarse si se extiende a su incapacidad para responder a las esperanzas de los demás, incluso a las suyas propias.

El presente artículo puede ayudar a todos los que sin ser padres ni educadores topamos a diario en nuestra convivencia social con algún adolescente.

REUNION PLANIFICADORA FAMILIAR

Dr. SOPEÑA
Dr. / POLITICA PROFESIONAL
Marzo 1977

La difusión y control de los métodos de regulación de natalidad causa todavía trastornos psicossomáticos en capas de la sociedad culturalmente baja.

El Dr. Sopena, iniciador y promotor del Movimiento por la planificación familiar, cuenta con grupos de jóvenes estudiantes y con el apoyo de varias entidades sociales que trabajan para que se implante la coeducación sobre el tema a todos los niveles como premisa para el conocimiento y respeto de los sexos. Asimismo, el Dr. Sopena especifica cuestiones que considera de alto interés e incidencia.

EL HOSPITAL COMO ORGANIZACION

TECHNIQUES HOSPITALIERES
N.º 377. Febrero 1977

Por su incidencia, por su indiscutible realidad, tanto en el aspecto práctico como en el teórico, las decisiones a negociar y las relaciones humanas entre los diversos grupos, constituyen un aspecto muy significativo en el funcionamiento del Hospital.

El autor agrupa en dos los criterios que forman básicamente al Hospital como organización oficial.

Bibliografía

JOSEPH BOCHARUD

EL FUEGO

Sociedad de Educadores Atenas 1975.

Creemos en un hombre libre, liberado, liberado por la Sangre y la Resurrección de Jesús.

Y creemos en una tierra nueva en la que el amor será su ley fundamental, y esta tierra no se conseguirá si no rompemos los moldes de egoísmo.

La lucha por la liberación encuentra su raíz en la línea histórica de la salvación de Jesús.

Hno. JOSÉ GARCÍA SIERRA

BERNARDA DELARGE

EL LIBRO DE LA VIDA Y EL AMOR

Un libro claro y sencillo —la vida, el amor, lo sexual—; su relación e intercambio. Una buena base para la reflexión y el descubrimiento de valores que están en uno mismo.

JOSÉ L. REDRADO

EUGEN RUCKER

INTENTA CONOCER TU CUERPO

Ed. Studium.

Una breve descripción de las maravillas del cuerpo humano. Aparece la sencillez y complejidad, el misterio de cada una de sus partes y funciones. El autor nos da a conocer con cifras todo ese mundo que somos nosotros.

JOSÉ L. REDRADO

INVESTIGACION, SOCIEDAD Y VALORES HUMANOS

Generalmente se analizan las situaciones y se proyectan las medidas de ámbito social en función de los recursos humanos y materiales, descuidando frecuentemente la importancia del sistema de valores al planificar el desarrollo social y económico.

Todos los esfuerzos por conseguir el progreso tecnológico pueden resultar peligrosos si descuidamos los sistemas de valores, pues, observando el desajuste

que existe actualmente, debemos recordar que las tensiones psicosociales y los excesos de nacionalismo suelen traer el divorcio entre el progreso espiritual y el material.

La contaminación y las enfermedades modernas —cardiovasculares, psicosomáticas y degenerativas— requerirán intensas investigaciones para evitar su aparición en comunidades que hasta hoy las desconocen. Hay que replantear el concepto de la prestación de servicios sanitarios, ya que en la actualidad los hospitales son establecimientos monstruos y sumamente caros. La formación y el perfeccionamiento del personal sanitario, especialmente el auxiliar, exigirán un gran esfuerzo.

Por ser universal el derecho a la salud, no hay duda que la sociedad tendrá que adecuarse para afrontar la demanda del 85 % de la población mundial, en vez de seguir ocupándose preferentemente de los clientes ricos.

N. R. HANSON - B NELSON

P. K. FEYERABENT

FILOSOFIA DE LA CIENCIA Y RELIGION

Sígueme, Salamanca 1976.

Los autores dan a través de su estudio, cierta autonomía o pacto de no agresión. Mejor, que cada uno de los científicos de cualquier ciencia aporte lo mejor sin encontronazos como en tiempos pasados. Por contrapartida se dejan sin dar solución, numerosos problemas teóricos de gran importancia.

H. GARCÍA SIERRA

J. IGNACIO TELLECHEA

TIEMPOS RECIOS

Sígueme, Salamanca 1977.

El gran Luis Vives, años antes de que fuera procesado el obispo de Toledo Fray Bartolomé de Carranza con todos sus amigos por la Inquisición, ya dijo «Tiempos difíciles los nuestros en que no podemos ni hablar ni callar sin peligro». Difícil resumir con menos palabras una situación como fue la Inquisición.

H. GARCÍA SIERRA

L. BOROS

SOBRE LA ORACION CRISTIANA

Ediciones Sígueme.

El cristiano a medida que clarifica su propia existencia cristiana comprende mejor por qué la oración le es necesaria como fundamento de su fe.

G. M. RIOBÉ

LA LIBERTAD DE CRISTO

Ediciones Sígueme.

Riobé, obispo de Orleans, es conocido por sus intervenciones públicas: en favor de los objetores de conciencia, en contra de las pruebas atómicas.

Este libro es la historia de su vida. La historia de una fe, del paso de una religión rígida a la buena nueva del evangelio, a la libertad de Cristo.

SERRA ESTELLÉS, F.

AL TENER QUE PENSAR EN VOZ ALTA

Ed. Atenas, Madrid 1977.

El autor de la presente obra, siguiendo la línea iniciada en anteriores escritos, se olvida de la estructuración concienzuda de una temática profunda y laboriosamente descubierta. Muy al contrario, valiéndose de un sencillo esquema ideológico, va plasmando sobre el mismo aquellas ideas base que han sido clave en la vivencia de su fe.

Esquema amplio, mas no difuso; el estilo es de una severa sencillez y conecta con suma facilidad con el lector.

A quienes se cansen de leer profundos estudios teológicos y enrevesadas tesis doctorales aquí tienen un pequeño oasis.

MIGUEL MARTÍN

ANGEL HIJAS PALACIO

ANTE EL FUTURO DEMOCRATICO

Ed. Studium. 216 págs. Madrid, 1976.

Las primeras cien páginas nos presentan un futuro estructuramiento político de nuestro mundo, pretendiendo encontrar solución a los problemas actuales de la humanidad: subdesarrollo, guerras, hambre, violencia, crisis económicas. Problemas que quieren continuar entre los hombres. La estructura política propuesta para el mañana, destaca por dos notas: hoy sólo es posible y deseable.

Las restantes páginas nos muestran una, también posible, evolución del régimen español desde el pasado reciente al futuro cercano. El autor escribe sobre las asociaciones, partidos y equipos políticos, sobre el funcionamiento de la Monarquía Democrática.

Me parece un libro instructivo, senci-

llo y útil. Escrito por la pluma de un notario que conjuga fe cristiana y conocimientos políticos con acierto.

CARLOS M. FERNÁNDEZ

PADRE RECIEN ESTRENADO

Difusora del libro, Madrid 1976.

Como en «Platero y Yo» o «El Pequeño Príncipe», se encuentra a través de estas sencillas líneas el agua pura. Obra que destaca por su sinceridad y por la grandeza de sus fines. Muchos padres primerizos y otros que ya lo han sido o lo van a ser, se encuentran retratados en estas líneas.

H. GARCÍA SIERRA

GERHARD VON RAD

ESTUDIOS SOBRE EL ANTIGUO TESTAMENTO

Sígueme, Salamanca 1976.

El autor es universalmente conocido por sus trabajos en la construcción de la Teología del A. T. manifestada en la infinidad de trabajos de investigación hagiográfica.

No podemos decir que el libro que nos presentan es del momento actual, ya que está escrito hace bastantes años, pero tiene una gran importancia en el

conocimiento que ahora estamos haciendo de la Biblia.

El autor nos presenta a grandes rasgos los temas más importantes: problema teológico del A. T. en el conocimiento del mundo, los aspectos de la historiografía del A. T. el hexateuco, el tabernáculo y el arca, la teología deuteronomista y la interpretación tipológica del Antiguo Testamento.

JOSÉ SARRIÓ, O. H.

XABIER PIKAZA

LOS ORIGENES DE JESUS

Sígueme, Salamanca 1976.

El autor profundiza en unos ensayos de Cristología bíblica para descubrir el auténtico origen de Jesús de Nazaret. Sobresale el estudio hacia la realidad humana de Jesús arraigada en un pasado que se concreta en una historia, un pueblo y una familia.

El libro presenta dos partes amplias respecto al origen de Jesús en la Historia llegando a una conclusión teológica respecto a la relación con el Padre. Por otra parte se alude a las formulaciones pascuales del origen de Jesús concluyendo en una teología del Nuevo Testamento y un planteamiento trinitario de dicho origen.

JOSÉ SARRIÓ, O. H.

HANS WALTER WOLFF

ANTROPOLOGIA DEL ANTIGUO TESTAMENTO

Sígueme, Salamanca 1975.

La idea central del autor se recoge en el prólogo indicando que el interés se basa en cómo se ve a sí mismo el hombre en el Antiguo Testamento.

Es sumamente rico en textos bíblicos con un tono científico en los problemas antropológicos llegando a una investigación teológica en los detalles y aspectos fundamentales al examinar o estudiar los términos en hebreo que aparecen.

Comprende tres apartados relacionados entre sí: El ser del hombre, el tiempo del hombre y el mundo del hombre, ampliamente estudiados y muy rico en bibliografía alemana.

JOSÉ SARRIÓ, O. H.

A. DÍEZ MACHO

ACTITUD DE JESUS ANTE EL HOMBRE

Studium.

Un libro breve y sencillo, inspirado en el evangelio. ¿Cómo se comportó Jesús con los hombres? ¿Con quiénes? ¿Qué es lo que asume? ¿Con qué no comparte?

JAIME RIBAS

Servicio Técnico: REGISTER / CARDIOLINE

Viladomat, 157 / Tel. 223 10 78
BARCELONA 15



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



construcciones

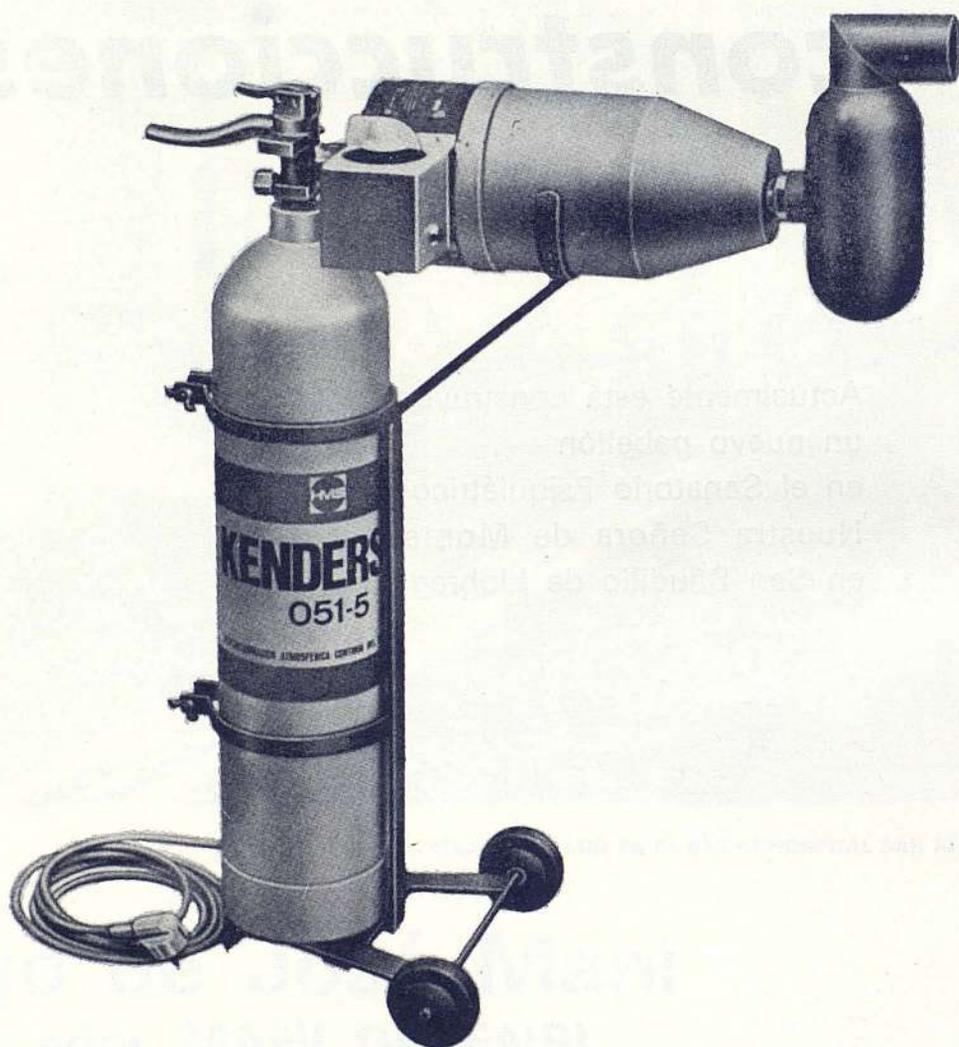
Actualmente está construyendo
un nuevo pabellón
en el Sanatorio Psiquiátrico
Nuestra Señora de Montserrat
en San Baudilio de Llobregat.

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

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34



**INFECCION HOSPITALARIA
Y
DESINFECCION**



**KENDERSOL®
MALATRA®**

HMSiberica, s.a.

HIGIENE Y MEDICINA PREVENTIVA - La Granja, 8 / Tels. 218 47 55 - 218 47 59 - Barcelona 12

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.

Vía administración

Tópica.

Normas para la correcta aplicación

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

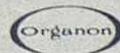
Indicaciones

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

GEVAERT

AGFA-GEVAERT

Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. Nosotros tenemos 4.

Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevamatric está compuesto actualmente de 4 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados

para responder a las diversas necesidades. No obstante todas tienen en común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

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

GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg.

Conducción del agua fría. Dispositivo economizador.

GEVAMATIC R: Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16,35 y 70 mm.

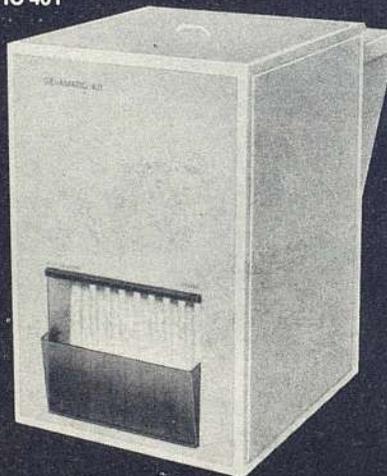
GEVAMATIC 110: Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal.

AGFA-GEVAERT, S.A.
Paseo de Gracia, 111
Barcelona-8

GEVAMATIC 60



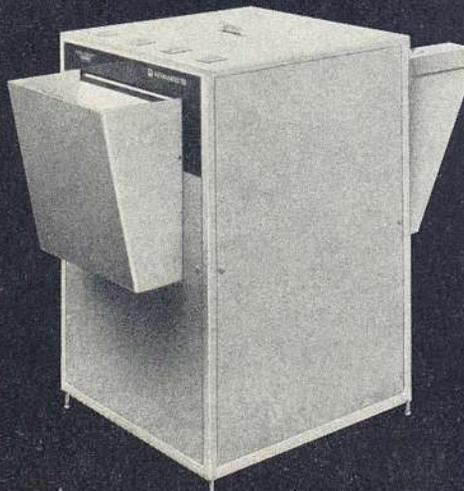
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R



GEVAMATIC 110



FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

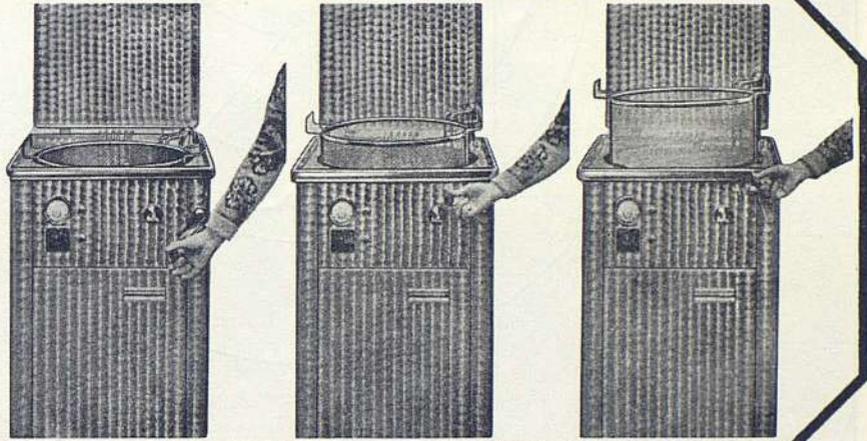


MODELO
GOLIAT
30 LTS.

STUDI

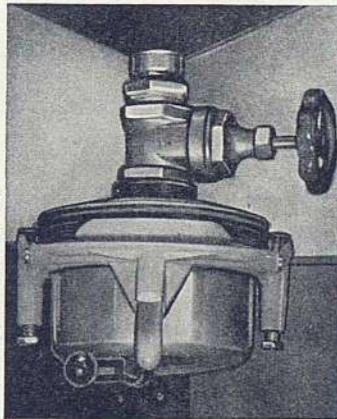
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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

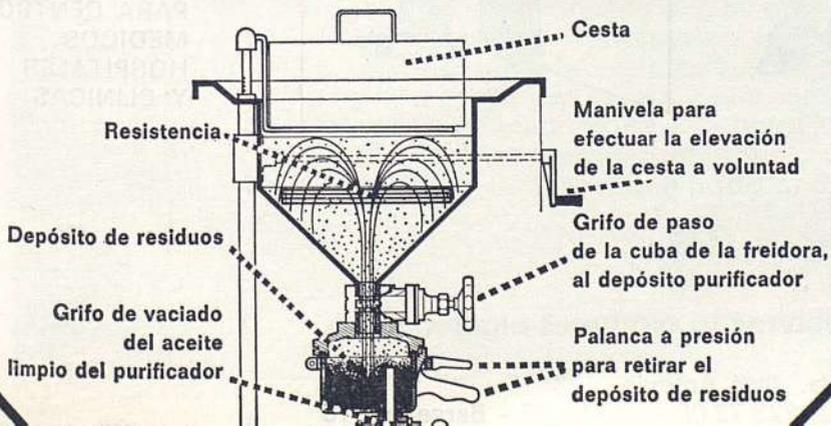
Sensacional y simple sistema de filtro que le permitirá limpiar la freidora de residuos, sin necesidad de interrumpir el trabajo.



*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-20



SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado

Don

Domicilio

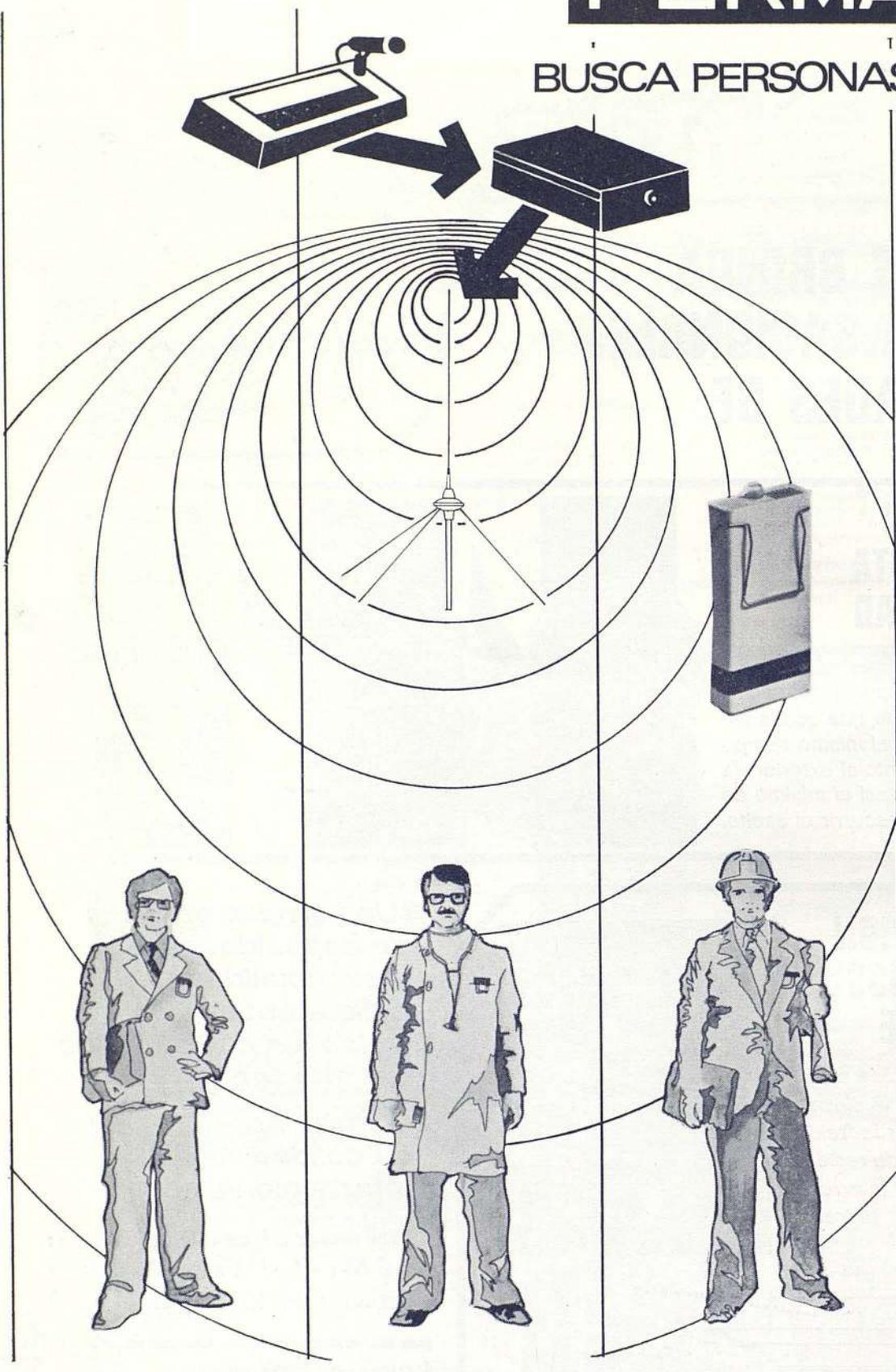
Población

Provincia



FERMAX BP

BUSCA PERSONAS POR RADIO



**Los mejores
equipos
para:**

- TELEFONIA INTERIOR
- INTERCOMUNICACION
- RADIOTELEFONOS
- SONORIZACION Y MEGAFONIA
- TELEVISION EN CIRCUITO CERRADO
- ALARMAS
- PORTERO ELECTRONICO
- VIDEO PORTERO
- EQUIPOS ELECTRONICOS PARA NAUTICA
- PLACAS SOLARES
- EQUIPOS ESPECIALES PARA CENTROS MEDICOS HOSPITALES Y CLINICAS

**PIHERNZ
FERMAX**

Avda. José Antonio, 423
Tels. 223 72 00 - 224 05 97 - Barcelona 15



**UN SISTEMA FUNCIONAL
QUE SUPERA TODAS LAS LIMITACIONES,
INCLUSO LAS ECONOMICAS**

SISTEMA VASCULAR "S"

Una unidad de trabajo que pone
en sus manos la posibilidad de incluir,
en su gabinete radiológico, un área hasta ahora
excesivamente costosa, cuyo mayor obstáculo
no era otro que el económico.

Póngase en contacto con General Eléctrica Española,
y verá cómo este problema lo ve de distinta
forma que hasta ahora.



Tecnología Española al Servicio de la Salud

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:**

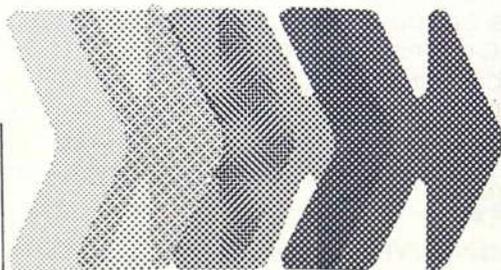
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

● **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

**Su libreta
o talonario de "la Caixa"
es dinero al instante
en toda Catalunya,
Baleares y Madrid.**



Más de 500 Oficinas a su servicio.



CAJA DE PENSIONES
"la Caixa"
de Catalunya i Balears

INDICE GENERAL/78

LH OPINA

- Enfermería, profesión con futuro, 8
- La deontología médica, 72
- Formación permanente, 136
- Nuestros lectores también opinan, 211

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- Organigrama funcional del hospital, 10
- Salario social y salario de rendimiento, 74
- Estilos de dirección del hospital, 138
- Administración de personal y calidad asistencial, 149
- Psicología de la adaptación del paciente a la fase de hospitalización, 158
- Comité de organización familiar y terapéutico, 162
- Los hospitales de la Iglesia y la reforma sanitaria, 165
- Niveles y medidas de control de calidad asistencial, 212
- La ergoterapia en el sanatorio psiquiátrico San Juan de Dios, 220

ASISTENCIA Y ENFERMERIA

- La realidad de la relación con el enfermo mental en una institución, 29
- Los niños y los jóvenes minusválidos, 81
- Escuelas de enfermería especializada, 234

PASTORAL HOSPITALARIA

- La comunidad cristiana del hospital ha de estar presente en el mismo, 34
- El valor del dolor, 38
- Humanización y relaciones humanas en el hospital, 93
- Las relaciones humanas en el hospital, 96
- Psicología del enfermo, 101
- Situación de la pastoral de la salud en España, 168
- El nuevo Papa entre los enfermos de Roma, 239
- Diez años después de la encíclica *Humanae Vitae*, 242
- Servicio religioso en el hospital San Juan de Dios. Barcelona, 246
- Una carta al periódico *Avvenire* de Italia, 252
- Pablo VI orienta nuestra acción hospitalaria, 39, 107, 194, 242

NOTICIARIO

Hospitales

- Formación permanente y técnica de quirófano, 42
- Cursos en San Juan de Dios, 43
- Qué significa la integración de la enfermería en la Universidad, 44
- Aislamiento, soledad y desintegración total, 45
- Los derechos del enfermo, 46
- La píldora. Investigación. Valores humanos. Los curanderos, 47
- Los médicos y los laboratorios. Carta a *Gaceta ilustrada*, 48
- Escuela universitaria de enfermería, 56
- Escuela universitaria San Juan de Dios; Consejo internacional de enfermería, 114

- Symposium nacional de pediatría social, y jornadas de anestesia, 116
- Jornadas de enfermería psiquiátrica, 117
- Curso de dirección y administración sanitaria, 178
- Symposium nacional de pediatría social, 182
- Primeras jornadas psiquiátricas, 185
- Primer congreso iberoamericano de psiquiatría, 186
- Jornadas de psiquiatría: Asamblea episcopal española, 187
- Seminario y clausura del curso de dirección y gestión de centros hospitalarios. Escriben desde Argentina, 254
- Cursos de formación continuada, 255
- El BOE informa, 255

Pastoral

- Reunión en Gerona, 45
- Encuentro en Barcelona, 49
- Reunión en Tarragona, 50
- Semana de pastoral en Bilbao, 51
- Pastoral sanitaria en Lugo, 53
- La verdad sobre la enfermedad grave, 55
- Día de la enfermera, 55
- Las relaciones humanas en el trato a enfermos, 118
- Nuevo responsable de pastoral y reunión de responsables, 118
- Seminario sobre humanización del hospital y el servicio a la fe, 119
- Atender en el enfermo al hombre íntegro, 120
- Encuentro en Varese, 188
- Jornadas de pastoral, 191
- Humanización del hospital, 193
- Symposium sobre el acercamiento al moribundo, 260
- Los religiosos de Salud en Chile, 260
- Cursos de pastoral sanitaria, 261
- Visita a Juan Pablo I, 261
- Ordenación del hermano Roberto, 262
- Bibliografía y revista de revistas*, 123, 187, 263, 264

FOTOGRAFADOS

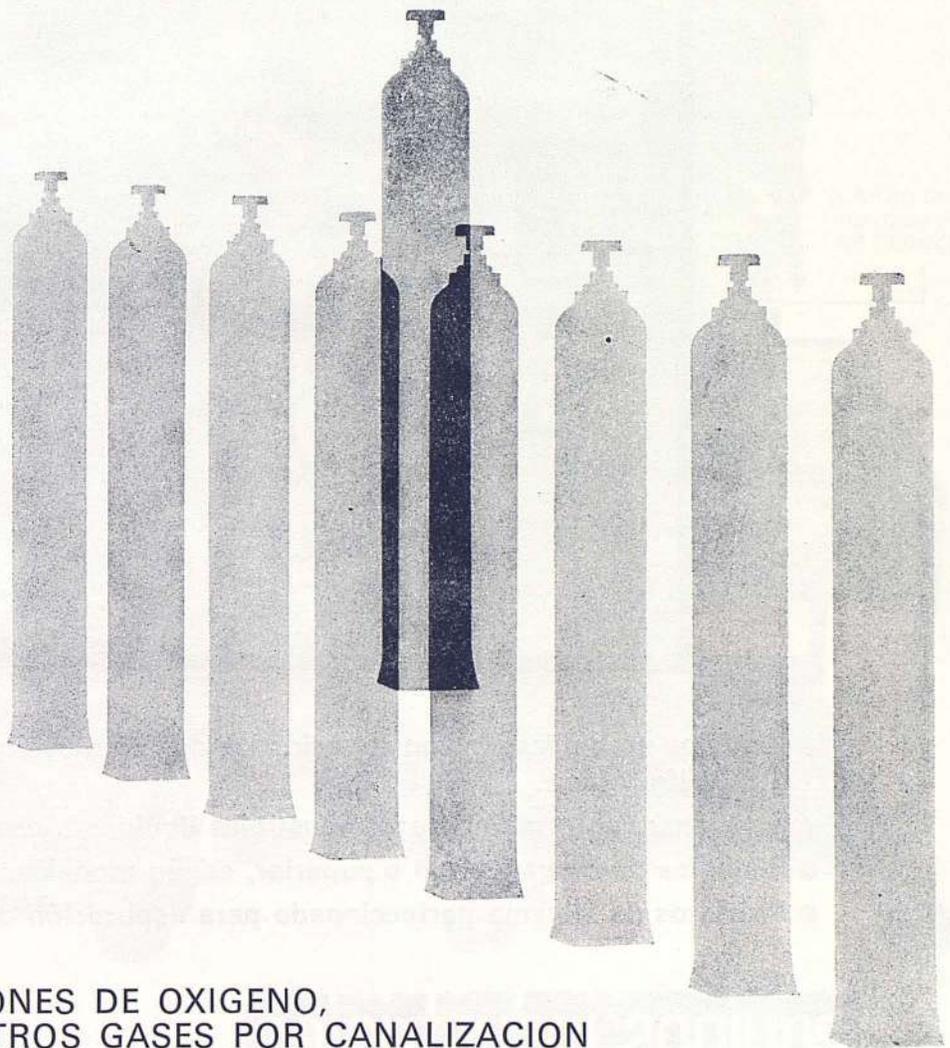
- Hospital San Juan de Dios, Barcelona, 11
- Cursillistas formación permanente, 42
- Cursillistas de técnicas de quirófano, 45
- Cursillistas de la Universidad de Navarra, 45
- Derechos del enfermo, 95
- Alfonso Mendioroz, O. H., 116
- Jornadistas de Barcelona, 117
- Monseñor Javier Osés, 168
- Monumento a san Juan de Dios y Dr. J. Plaza Montero, Barcelona, 185
- Hospital y auditorium, Barcelona, 184
- Enfermeras psiquiátricas y jornadistas, Zapopan, 185
- Jornadistas de pastoral, 192
- Asistentes al curso de hospitales, 254
- El cardenal Jubany, con el hermano Alfonso Mendioroz, 254
- Título de Gestión hospitalaria, 254
- Juan Pablo II, 239
- Juan Pablo I, 261
- Ordenación del hermano Roberto, 262



OXIFAR

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 (26)
Enamorados, 136
Teléfono *225 82 60

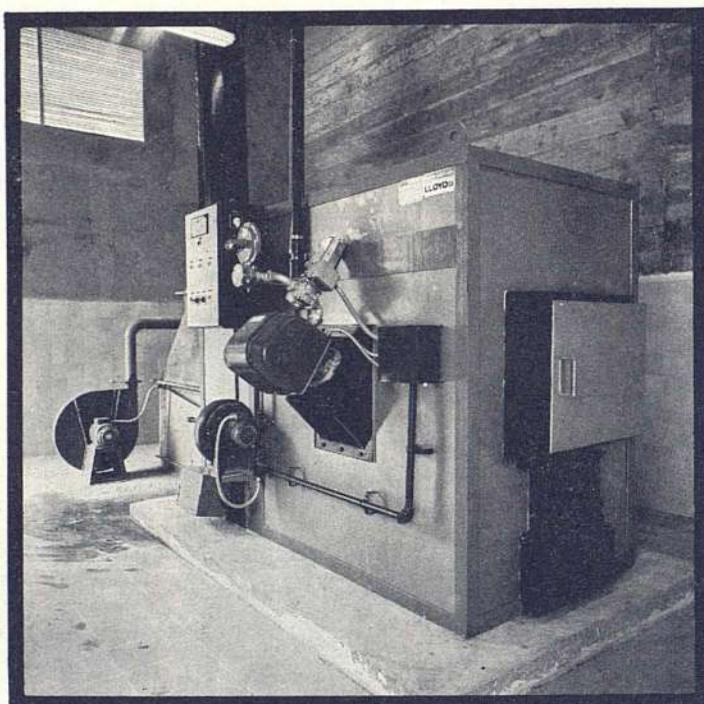
MADRID (4)
Amador de los Rios, 1
Teléfono 419 28 00

ZARAGOZA (5)
Baltasar Gracián, 7
Teléfono *25 72 53

Dirección Telegráfica «OXIFAR»

INCINERADORES

PARA ELIMINACION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS



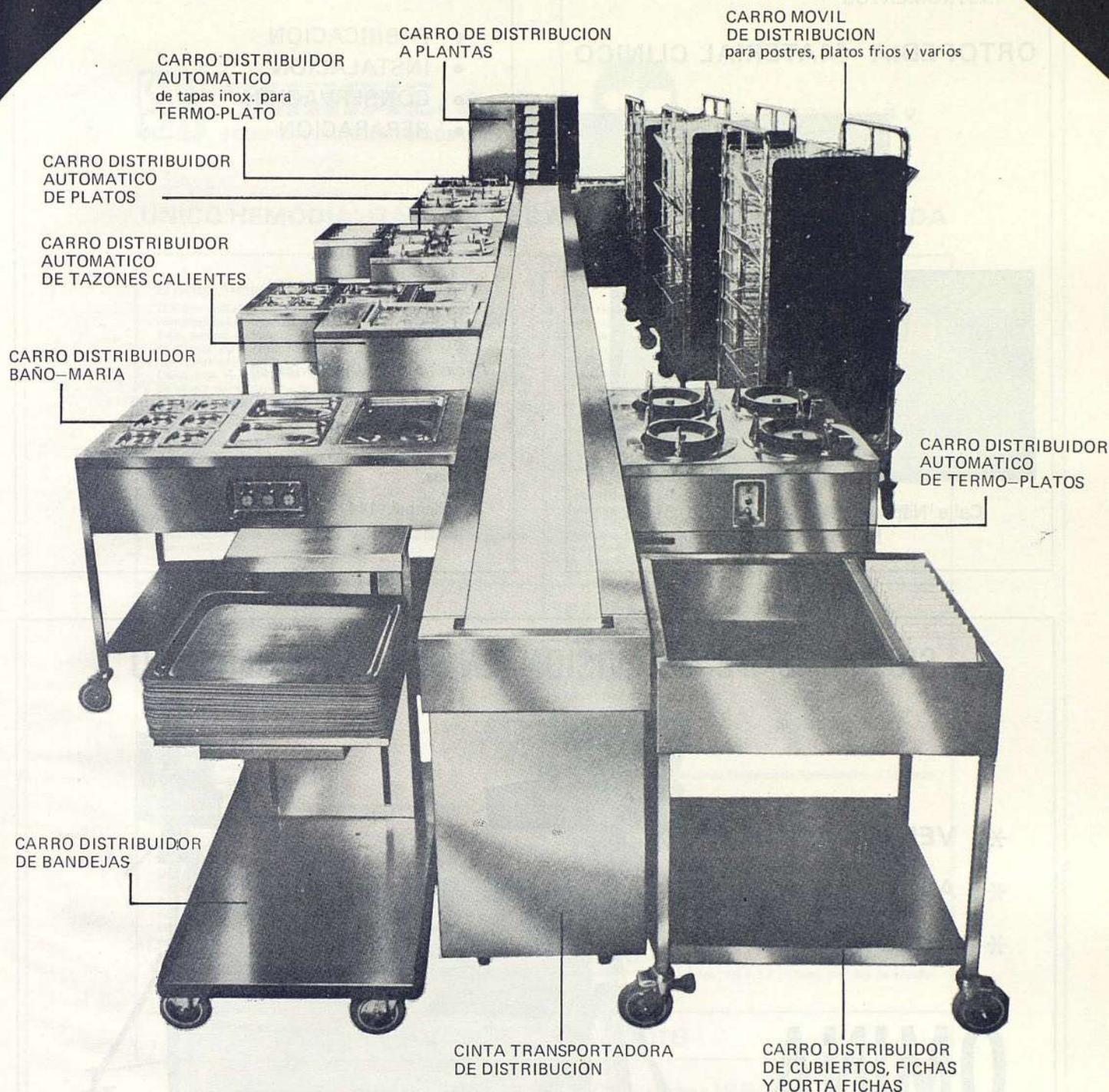
- Modelos normalizados con capacidades de destrucción de 25 a 1.000 Kgs/ hora.
- Funcionamiento mediante combustibles líquidos o gaseosos.
- Sistemas de carga frontal o superior, según modelos.
- Provistos de sistema perfeccionado para depuración de humos.

equipos industriales

LLOYD SA.

Navarra, 19 - Tel. 223.99.10
Apart. de Correos: 855
Telex: 52541 ADLLO E
BARCELONA-14

Cinta completa de distribución de comidas



ADISA

SISTEMA DE DISTRIBUCION DE COMIDAS
PARA CLINICAS Y HOSPITALES

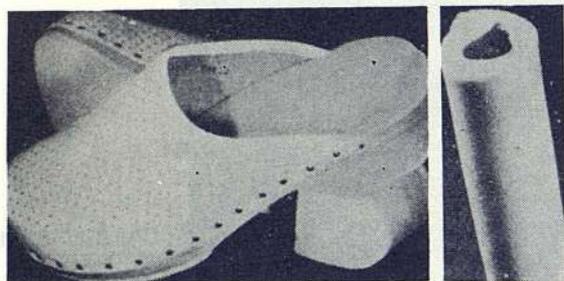
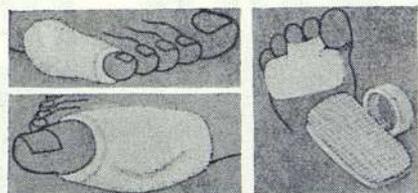
OFICINAS: Tuset, 8 - 10, 4.º (E. Monitor) Barcelona - 6
Tels. 228 54 58 - 228 02 04 - 228 98 23 - 218 23 12 / 16

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

MAFRE

INSTRUMENTOS

ORTOPEDIA - MATERIAL CLINICO



Calle Nápoles, 148 - Teléf. 225 61 85
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

SISTEMAS DE TELEVISION EN CIRCUITO CERRADO

- * VENTA
- * ALQUILER
- * COLOR

OMINA



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



SAKHME, s. a.
EQUIPOS ELECTROMEDICOS QUIRURGICOS



C-D Medical Systems B.V.
A Cordis Dow Corp. Company

UNICO HEMODIALIZADOR CAPILAR DE CELULOSA REGENERADA

<p>El Riñón Artificial C-DAK^(R) 2,5</p> <p>El Riñón Artificial C-DAK está esterilizado con una solución acuosa conteniendo formaldehído o bien con gas con óxido de etileno. Debe tenerse cuidado de asegurar que la solución de formaldehído se elimina del dializador antes de usarlo. Es posible que ocurran reacciones adversas en pacientes a los que se infunde formaldehído. Consúltese el manual de instrucciones para los procedimientos detallados de instalación y de lavado. No debe pasarse de una presión transmembrana de 500 mm Hg con este dializador.</p> <p>Características de Rendimiento Aclaremientos típicos a 200 ml/min de caudal sanguíneo y 500 ml por min de caudal de dializado. Urea: 184 ml/min Creatinina: 154 ml/min Acido Úrico: 148 ml/min Fosfato: 140 ml/min Ultrafiltración típica in vitro: 3,5 a 3,7 ml/hora/mm Hg de presión transmembrana.</p>	<p>El Riñón Artificial C-DAK^(R) 1,3</p> <p>Peso (ester. con formaldehído): 650 gr (aprox.) (ester. con ETO): 380 gr (aprox.) Volumen sanguíneo: 100 ml promedio Volumen de dializado: 100 ml promedio</p> <p>Fibras Material: Celulosa regenerada Cantidad: 13,500 Diámetro interior: 200 μ Espesor de pared: 30 μ Superficie eficaz: 1,3 m² (aprox.)</p> <p>Esterilizante O bien una solución acuosa conteniendo formaldehído o bien gas con óxido de etileno</p> <p>Características de Rendimiento Aclaremientos típicos a 200 ml/min de caudal sanguíneo y 500 ml min de caudal de dializado. Urea: 160 ml/min Creatinina: 133 ml/min Acido Úrico: 110 ml/min Fosfato: 90 ml/min</p>
<p>El Riñón Artificial C-DAK^(R) 1,8</p> <p>Peso (ester. con formaldehído): 760 gr (Aprox.) (ester. con ETO): 440 gr (aprox.) Volumen sanguíneo: 135 ml promedio Volumen de dializado: 150 ml promedio</p> <p>Fibras Material: Celulosa regenerada Cantidad: 13,500 Diámetro interior: 200 μ Espesor de pared: 30 μ Superficie eficaz: 1,8 m² (aprox.)</p> <p>Esterilizante O bien una solución acuosa conteniendo formaldehído o bien gas con óxido de etileno.</p> <p>Características de Rendimiento Aclaremientos típicos a 200 ml/min de caudal de dializado Urea: 172 ml/min Creatinina: 150 ml/min Acido Úrico: 137 ml/min Fosfato: 124 ml/min Ultrafiltración típica in vitro: 2,2 a 2,5 ml/hora por mm Hg de presión transmembrana. Ultrafiltración típica in vitro: 1,8 a 2,0 ml/hora por mm Hg de presión transmembrana.</p>	<p>El Riñón Artificial Pediátrico C-DAK 0,6</p> <p>Peso (ester. con formaldehído): 550 gr. (aprox.) Volumen sanguíneo: 53 ml promedio Volumen de dializado: 100 ml promedio</p> <p>Fibras Material: Celulosa regenerada Cantidad: 6,000 Diámetro interior: 200 μ Espesor de pared: 30 μ Superficie eficaz: 0,6 m² (aprox.)</p> <p>Esterilizante O bien una solución acuosa conteniendo formaldehído o bien gas con óxido de etileno</p> <p>Características de rendimiento Aclaremientos típicos a 500 ml/min de caudal sanguíneo 100 ml/min caudal Urea: 83 ml/min Creatinina: 66 ml/min Acido Úrico: 53 ml/min Fosfatos 45 ml/min 200 ml/min caudal Urea: 118 ml/min Creatinina: 90 ml/min Acido Úrico: 74 ml/min Fosfato: 56 ml/min Ultrafiltración típica in vitro: 1,0 a 1,2 ml/hora mm Hg de presión transmembrana.</p>
<h3>Bomba de Sangre</h3>	

Cordis Dow Single Pass Converter (SPC)

Convertidor de cualquier máquina de recirculación en paso único, con detector de hemoglobina y bomba de presión negativa

C/. Córcega, 301, 4.º, 1.ª Tel. 218 6112 - 218 61 16 Telex 54087 clave O.R.K.E. BARCELONA (8)

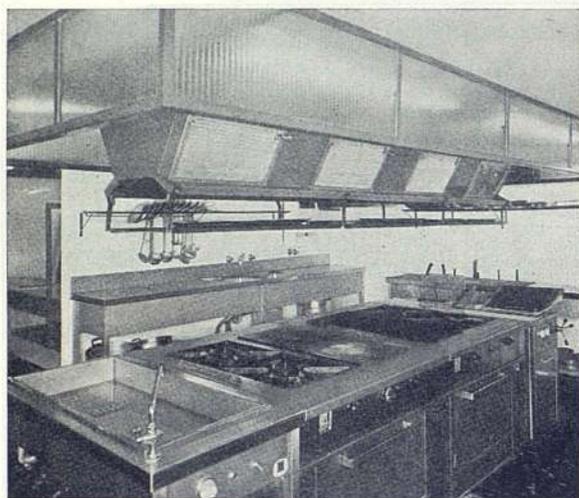
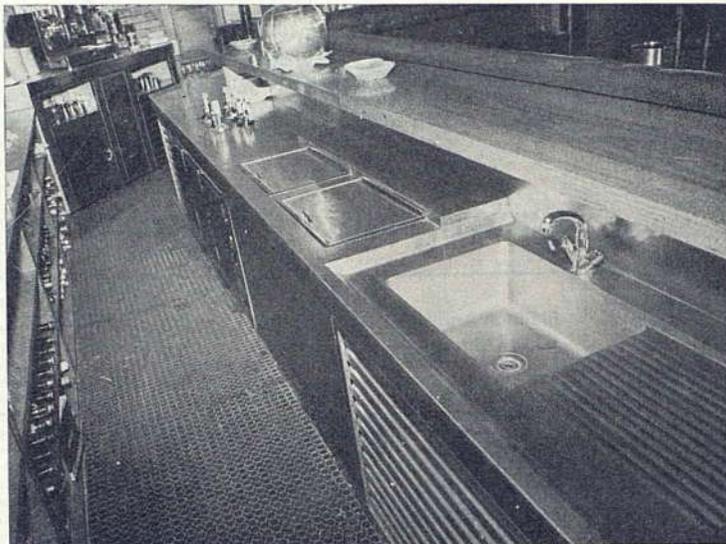
HOSTELERIA

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

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

CASPE, 33 B

TELEFS. 302 00 47 - 317 75 49 - 318 12 11

BARCELONA (10)

Matachana responde a todas las necesidades hospitalarias.



Autoclaves de esterilización a vapor y gas (óxido de etileno).

Esterilizadores de aire caliente.

Mobiliario clínico: Vitrinas estériles, carros de transporte, ventanas de guillotina, etc.

Mesas de operaciones. Lavacañas. Cuñas de acero inoxidable. Esterilizadores de cuñas. Túneles de lavado y secado. Mesas de autopsias. Cámaras frigoríficas para cadáveres. Transportadores motorizados y de gravedad...

Fabricamos, proyectamos, instalamos y continuamos preocupándonos del rendimiento de la instalación, a través de nuestro Servicio de Asistencia Técnica.

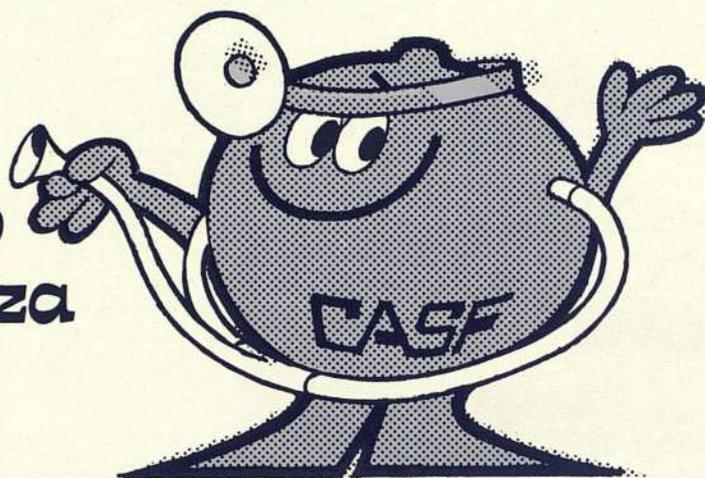


ANTONIO MATACHANA, S.A.
División Hospitales

Vía Augusta, 11 - Tel. 218 46 05. BARCELONA-6
C/. San Bernardo, 110 - Tel. 445 20 75. MADRID-8

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 / Villarreal, 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!