

ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES

LA LABOR DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios

Año 25. Segunda época. Julio-Agosto-Septiembre 1972

Número 145 Volumen IV

Director

ANGEL M.^a RAMÍREZ, O. H.

Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios
Avda. Gmo. Franco, 547
BARCELONA 14

Redactores Jefes

RAMÓN FERRERÓ, O. H.
JOSÉ L. REDRADO, O. H.

Administración, Publicidad y Oficina de información hospitalaria

Curia provincial
Hermanos de san Juan de Dios
Avda. Gmo. Franco, 547
Tel. 239 50 06
BARCELONA 14

Depósito Legal. B. 2.998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

BASES DOCTRINALES DE LOS SERVICIOS
DE LA FARMACIA HOSPITALARIA 110
Por los doctores JOAQUÍN BONAL y ANGEL BORREGO

EVOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS SANITARIOS 123
EN LA SOCIEDAD EUROPEA DE HOY
Por el doctor IVON NUYENS

DOCUMENTO BASE EN RELACIÓN 133
CON LA FORMACIÓN PERMANENTE
DEL PERSONAL SANITARIO
Por el doctor ANGEL DIEZ-CUERVO

EL SACRAMENTO 135
DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS (III)
Por el padre PAULINO BLANCO, C. P.

LA ENFERMEDAD VISTA POR EL ENFERMO 143
Por la señorita AGUEDA SOPUERTA

INQUIETUDES PASTORALES HOSPITALARIAS 145
Por MANUEL MARCO, O. H.

NOTICARIO 147

BIBLIOGRAFÍA 149

Por un hospital más humano

BASES DOCTRINALES DE LOS SERVICIOS DE LA FARMACIA HOSPITALARIA

Por los doctores JOAQUIN BONAL DE FALGA
y ANGEL BORREGO DIONISIO

farmacéuticos del hospital de la Santa Cruz y San Pablo

QUÉ SE ENTIENDE POR FARMACIA HOSPITALARIA

La evolución técnica y sociológica de la medicina ha conducido en forma progresiva a un aumento de la importancia y extensión de la medicina Hospitalaria. Esta evolución ha creado unas nuevas condiciones del Hospital moderno, las cuales exigen un replanteamiento de la tecnología Hospitalaria. Este replanteamiento, se encuentra en estado muy avanzado en el aspecto médico, que ha merecido la atención preferente de sanitarios y legisladores. Pero el concepto fundamental de integración de todos los Servicios sanitarios y complementarios no ha llegado en muchos casos a la Farmacia de Hospital¹. Es por ello absolutamente necesario establecer a la luz de la experiencia propia y ajena las bases doctrinales de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

La especialidad de Farmacia Hospitalaria ha sido definida de la siguiente manera² «Es el Departamento o Servicio de un Hospital el cual bajo la dirección de un profesional competente y legalmente calificado como farmacéutico, provee de todas las medicaciones a las Unidades de enfermería y otros Servicios y ejecuta las prescripciones especiales para los enfermos. Dispensa los narcóticos y otros fármacos peligrosos y guarda y distribuye productos biológicos. Prepara productos farmacéuticos e incluso inyectables estériles, los cuales almacena y dispensa. Distribuye información al Cuerpo Médico y de Enfermeras y vela por la correcta utilización y administración de los fármacos».

Existen una serie de consideraciones fundamentales, que hacen que el Hospital moderno, necesite un Servicio de Farmacia totalmente integrado (no anejo). Estas consideraciones son de los órdenes siguientes:

TECNOLÓGICOS. Comprende estas consideraciones la necesidad del control de calidad, de disponer en su mo-

mento debido de los medios terapéuticos requeridos y de la posibilidad de preparación de productos especiales.

ADMINISTRATIVO. Es necesario para la buena marcha del Hospital que la disponibilidad de medicamentos se realice dentro de una Unidad de espacio y tiempo, que evite demoras y asegure el pronto despacho de las terapéuticas requeridas.

CIENTÍFICO. Un Servicio de farmacia integrado, debe contribuir con los medios de que dispone a la investigación, a la información y a la docencia.

ASISTENCIAL. La Farmacia debe participar en el cuidado del enfermo, ya que la terapéutica por medicamentos que elabora y distribuye el farmacéutico, es una parte importante de la asistencia Hospitalaria.

ECONÓMICO. La existencia de una Farmacia en el Hospital aun cuando los factores económicos no deben ser decisivos ante la consideración de la eficacia, tienen el elevado interés de aumentar la rentabilidad de la asistencia Hospitalaria, al facilitar las medicaciones en mejores condiciones económicas, al evitar el despilfarrar y al asegurar el mantenimiento de existencias en las debidas condiciones y la disminución de las alteraciones durante el almacenamiento, así como también la preparación propia de fórmulas normalizadas.

Como consecuencia de todo lo antedicho, la Farmacia Hospitalaria está experimentando tanto auge actualmente, que cuenta ya con sus propias sociedades tanto a nivel nacional como internacional. En España existe la Asociación de Farmacéuticos de Hospitales, que está experimentando un constante aumento y Asociaciones semejantes, existen en todos los países desarrollados, llevándose la palma como en tantas otras facetas los Estados Unidos que cuentan actualmente con 20.000 farmacéuticos de Hospital. A nivel internacional existe la Sección de Farmacia Hospitalaria de la Federación In-

ternacional de Farmacia (FIP) y en el pasado mes de marzo en La Haya se ha constituido la Asociación Europea de Farmacéuticos de Hospital.

Nuestro país cuenta únicamente con 156 farmacéuticos de hospital y se considera³ que únicamente 6 Hospitales poseen Servicios Farmacéuticos que reúnan un mínimo de garantías, para poder realizar una buena labor asistencial. Con esto puede uno darse cuenta fácilmente de la necesidad de desarrollar la Farmacia Hospitalaria Española, para que llegue al nivel que tiene en los países más desarrollados.

Cabe dentro de este capítulo el hacer notar dónde entendemos debe estar encuadrado el Servicio Farmacéutico en el organigrama del Hospital.

El Servicio de Farmacia por sus especiales características y funciones debe ser considerado como un Servicio «Clínico» análogamente a los Servicios de Laboratorio y Radiología.

Así se considera en otros países como Italia⁴, Portugal⁵, Dinamarca⁶ y EE.UU.^{7, 8, 9}. En este último la mayor parte de los organigramas diferencian tres grupos de Servicios o Departamentos:

- Servicios Clínicos (en los cuales está incluido el Servicio Farmacéutico).
- Servicios Administrativos.
- Servicios Ambulatorios.

Evidentemente el Servicio de Farmacia, debe estar en contacto y relación con los Servicios Administrativos, debido a su importante volumen económico. Asimismo, su personal facultativo debe formar parte del Cuerpo Facultativo del Hospital y tener sus representantes elegidos de la misma manera que para los otros Servicios, en la Junta Facultativa del Hospital.

ESPECIFICACIÓN DE LAS FUNCIONES

Los Servicios Farmacéuticos de un Hospital al igual que cualquier otro Servicio Clínico tienen funciones que por su carácter son bien diferenciadas, las podemos desglosar en funciones de tipo Administrativo, Asistencial e Investigación y Docencia. Cada una de estas tiene unas características muy bien definidas, aunque entre los diversos grupos existan claros lazos de unión.

Vamos a hacer un pequeño comentario de cada uno de ellos, antes de pasar a la descripción detallada. El aspecto Administrativo encuadra dentro de él toda la gestión de compras, control de existencias, distribución y circulación de medicamentos, así como el estudio de costos. La gestión de compras incluye la adquisición de medicamentos y de todo el material sanitario necesario para el Centro. Dentro del aspecto Asistencial, se incluye: Fabricación de medicamentos, dispensación de los mismos, análisis y control y la faceta que más caracteriza actualmente como profesionales a los Farmacéuticos Hospitalarios, la Farmacia Clínica. Queda por último

un apartado de sumo interés como es el de la investigación y docencia, punto clave (como más adelante se expone) en las funciones de los Farmacéuticos Hospitalarios.

Se detallan a continuación en un cuadro sinóptico las funciones que debe realizar un Servicio Farmacéutico en un Hospital; posteriormente pasaremos a desglosar cada una de ellas.

GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTROL DE EXISTENCIAS

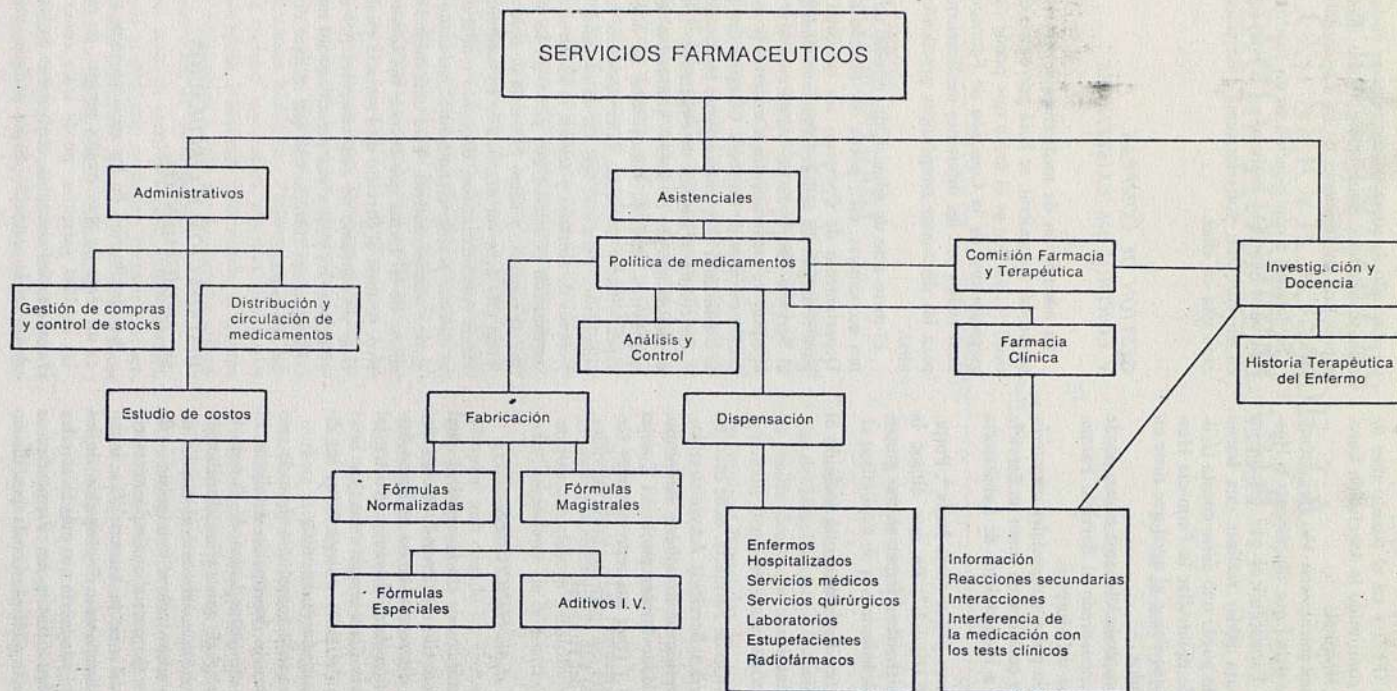
La adquisición de medicamentos, materias primas y materiales en general, se hará por orden del Farmacéutico-Jefe, ya que es el único que puede decidir (con el asesoramiento de la Comisión de Farmacia y Terapéutica) cuáles son los diferentes medicamentos necesarios para las diferentes terapéuticas practicadas en el Hospital.

El mero acto de adquisición, estudio de las condiciones económicas, etc., puede ser llevado a cabo por el Departamento de Compras; sin embargo es necesario para conseguir la agilidad funcional indispensable, que el Servicio Farmacéutico pueda contratar directamente compras de medicamentos o materias primas para fabricación en casos de urgencia. Compras que posteriormente comunicará al correspondiente Departamento Central.

En cuanto al control de existencias¹⁰, debe tenderse al establecimiento de fondos mínimos de medicamentos, que eviten tanto la inmovilidad de materia prima y especialidades como las interrupciones ocasionales del suministro. Para ello con los datos suministrados o los ficheros de entradas y salidas se construirán gráficas de movimiento estacional que permitan formular previsiones de consumo y ritmo y cuantía de aprovisionamiento. Todo ello debe ser organizado en conjunto con los Servicios Administrativos, debiendo tenderse a mecanizar al máximo posible dicho control, así como todas las gestiones administrativas. Esta mecanización debe estudiarse de tal forma que además del Control administrativo, permita al Servicio de Farmacia establecer estadísticas de consumo de medicamentos por grupos farmacológicos, las cuales nos permitirán un mejor control y vigilancia del correcto uso que se hace de los fármacos en el Hospital.

DISTRIBUCIÓN Y CIRCULACIÓN DE MEDICAMENTOS

La distribución de los medicamentos en el Hospital es un tema de gran interés porque, de no hacerse con las debidas garantías, puede traer como consecuencia fugas de medicamentos, confusiones en las entregas, tardanza en la recepción de los pedidos, etc.



Una vez recibidos en la Farmacia los diferentes pedidos procedentes de Salas, Unidades, Laboratorios, Quirófanos, etc., se debe proceder por parte de los auxiliares a su preparación, concluido esto deberán ser conformados por el Farmacéutico, posteriormente se colocarán en cubetas al efecto, las cuales se precintarán. Dichas cubetas, serán distribuidas por el Servicio de Farmacia a cada Sala o Unidad, tantas veces como sea necesario durante el día. Un empleado de la Farmacia acompañará cada reparto y conjuntamente con la enfermera de la Unidad desprecintará la cubeta y comprobarán su contenido, después de lo cual se firmará el correspondiente, conforme de recepción.

En caso de producirse retornos de medicación, estos serán entregados al empleado de la Farmacia por la enfermera de la Unidad y conjuntamente comprobarán su estado para proceder al abono correspondiente.

Con el fin de lograr la máxima rapidez y eficacia, el Servicio de Farmacia deberá disponer de sus propios medios de distribución.

ESTUDIO DE COSTOS

El Servicio Farmacéutico en colaboración con el Departamento Administrativo, deberá llevar a cabo estudios de costos de los medicamentos, del resultado de dichos estudios dependerá la posterior fabricación en el Servicio de fórmulas normalizadas. Esta fabricación deberá llevarse a cabo siempre que los mencionados resultados demuestren una rentabilidad aceptable.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

La Farmacia Hospitalaria a través de la demanda de medicamentos por parte de los Clínicos y de su conocimiento de las tendencias de la terapéutica, así como de la morbilidad estacional endémica o epidémica, está en las mejores condiciones para orientar la política de medicamentos en el Centro. Para ello dispone como organismo idóneo de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, también denominada Comisión de Medicamentos o en los países anglosajones Comisión de Drogas, que agrupa con el Farmacéutico, al Director del Hospital y Jefes de Servicios Clínicos.

Teniendo en cuenta que la complejidad y abundancia de las Terapéuticas modernas, puede conducir a un verdadero estado de desorden en la prescripción farmacéutica por parte de los médicos, ocasionando serias dificultades de adquisición y almacenamiento, sobrecargando con ello económicamente en forma muy gravosa los presupuestos hospitalarios, es totalmente necesario tener en el Hospital, un repertorio medicamentoso, también denominado Guía Farmacológica, la cual se hará en colaboración con la mencionada Comisión de Farmacia y Terapéutica, y deberá aprobarla posteriormente la

Junta Facultativa del Centro, siempre que se considere necesario.

Una Guía Farmacológica no es un petitorio comercial ni un recetario sino más bien un texto en el que las sustancias medicamentosas son seleccionadas de acuerdo con criterios exclusivamente farmacológicos y científicos, evitando duplicidades y mezclas complejas de muchos fármacos.

Antes señalábamos que era la Comisión de Farmacia y Terapéutica la encargada de la confección de dicha Guía; para ello esta Comisión estudiará las necesidades terapéuticas del Centro y será de su competencia:

REDACCIÓN DE UN FORMULARIO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS. La inclusión de un medicamento en este formulario debe ir precedida por un informe farmacológico y farmacotécnico favorable y avalado por la experimentación y evaluación clínica en el Hospital.

EVALUACIÓN DE LOS DATOS CLÍNICOS referentes a medicamentos de uso en el Hospital.

REVISIÓN PERIÓDICA DEL FORMULARIO. Es de la incumbencia de la Comisión emitir dictamen sobre inclusión o exclusión de medicamentos en el Formulario de dispensación o Guía Farmacológica.

Repetimos que el interés que una Guía Farmacológica tiene para un hospital es enorme, y es totalmente necesaria su utilización en un Hospital moderno, que quiera llevar una idónea política de medicamentos.

DISPENSACIÓN

La dispensación tendrá distintas características según los objetivos de la misma; en general debe ser correcta, rápida y eficaz.

ENFERMOS HOSPITALIZADOS. Alguno de los aspectos que atañen a este apartado, ya han sido comentados en el de distribución de medicamentos, pero volveremos a exponerlos aquí, dada la importancia que tiene una buena recepción del medicamento en la marcha del cuadro clínico del enfermo.

Es necesario que la prescripción para el enfermo hospitalizado se cumpla con la máxima rapidez y seguridad; independientemente de los circuitos administrativos que sigan los pedidos, debemos señalar los aspectos profesionales de la dispensación.

Primeramente tenemos que el enfermo, debe poder recibir la medicación a cualquier hora del día o de la noche, esto hace necesario que el Servicio de Farmacia, permanezca en funciones las 24 horas del día, si bien es verdad que durante las horas de la noche sólo deben despacharse medicamentos con carácter de urgentes, los pedidos referentes a estos medicamentos deberán ir acompañados de la firma del médico, la cual avalará dicho carácter de urgencia. De esta manera en las horas nocturnas, no será necesario mantener abiertos los Ser-

vicios de Farmacia, sino que bastará con que sean atendidos por un empleado que duerma en el Hospital, el cual será requerido siempre que se presente un caso urgente.

De cualquier forma, dicho empleado deberá tener la posibilidad de localizar a un Farmacéutico (Jefe, ayudantes, internos, etc.) en caso de presentársele algún problema que escape a su competencia.

Los pedidos para enfermos hospitalizados, deberán ser de carácter nominal e individual, este es un punto de suma importancia, ya que de esto depende en gran manera la seguridad en la administración de los medicamentos. La enfermera encargada deberá en su momento redactar la hoja de pedidos a farmacia, basándose en la hoja de prescripciones dada por el médico en su visita.

Recalcamos que en ningún caso se podrán admitir pedidos en una misma receta, que incluya medicamentos para varios enfermos diferentes.

Todos los medicamentos que salgan del Servicio de Farmacia con destino a enfermos Hospitalizados, deberán ser supervisados por algún Farmacéutico, el cual garantizará su correcta preparación con su firma. Una vez revisados y conformados los pedidos se dispensarán los medicamentos en cubetas adecuadas, precintadas y por Unidades o Salas.

Con el fin de llegar a una máxima seguridad en la dispensación y aplicación del medicamento, se impone una modificación radical en los sistemas tradicionales de dispensación que han demostrado ser ineficaces, propensos a error y onerosos para el Servicio. Estos inconvenientes se abrevian o minimizan si se desglosa la prescripción por pacientes y se realiza la dispensación en dosis unitarias o diarias, este sistema se denomina Unidades, el cual está siendo aplicado con notable éxito en los EE.UU.^{11, 12, 13}. Al mismo tiempo que se disminuye el riesgo de error se consigue una reducción del tiempo que emplean las enfermeras en la administración y también reducción en el consumo del medicamento. En líneas generales, el sistema de dispensación por Unidades consiste en distribuir la medicación en envases unitarios para cada toma y entregar a la Unidad la dosis necesaria para un día de tratamiento que si es necesario prolongar se va repitiendo sucesivamente.

SERVICIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS Y DE LABORATORIO. Es necesario tener establecida de antemano una relación de los diferentes medicamentos y material de cura que puede suministrarse al Servicio médico y quirúrgico; esta relación deberá ser redactada en colaboración por personal farmacéutico, administrativo y de enfermería.

A los Laboratorios se les suministrarán todos los reactivos que soliciten, debiendo tener también una relación de los mismos, a fin de evitar demoras en su distribución.

ESTUPEFACIENTES. Es constante el incremento que está teniendo en nuestro país, así como en todo el mun-

do, el consumo de estupefacientes, por lo que es totalmente necesario tomar medidas enérgicas para evitar en lo posible todo tipo de fugas y malos empleos de dichos fármacos.

Según las normas vigentes el único que puede prescribir los estupefacientes es el médico y el farmacéutico el único autorizado para su dispensación. Es necesario que en un Hospital existan unos botiquines de estupefacientes, éstos deberán ser los menos posible y estar bajo el control directo del Servicio Farmacéutico; deberán asimismo estar custodiados por la enfermera supervisora, que será la responsable ante el farmacéutico del contenido y movimiento del botiquín.

No se podrá dispensar ningún estupefaciente que no vaya avalado con la firma del médico, asimismo se hará constar claramente el nombre del enfermo y la dosis necesaria.

Conjuntamente con la enfermera-jefe, deberá el farmacéutico establecer un sistema del control y revisión de los botiquines, estas revisiones se harán cuantas veces se crea necesario.

Cualquier infracción o alteración en las normas dadas, respecto a los estupefacientes, por parte de médicos, farmacéuticos, enfermeras u otros miembros del Hospital, deberá ser considerada como falta *muy grave*, dentro del régimen del Hospital, independientemente de las responsabilidades civiles o criminales a que hubiere lugar.

RADIOFÁRMACOS. Una de las terapéuticas que más auge están tomando en la actualidad es la terapéutica por radiofármacos. Es totalmente necesario dado el incremento que está tomando la medicina nuclear que la radiofarmacia que en España está prácticamente sin desarrollar, se desarrolle a nivel de otros países¹⁴ en los cuales ya ha alcanzado la mayoría de edad. Para ello será necesario programar esta actividad en colaboración con los Servicios de medicina nuclear a fin de poder tener una sección de radiofarmacia que pueda ser útil y eficaz.

FABRICACIÓN

Desarrolla esta sección una de las facetas más tradicionales de la actividad profesional actualizada y valorizada con las directrices que actualmente se señalan en la Farmacia Hospitalaria.

La preparación de medicamentos en la Farmacia del Hospital, es una necesidad ineludible, pues a pesar de la cantidad de medicamentos existentes en el mercado hay algunos que no se encuentran o no se fabrican por su baja rentabilidad, lo cual no puede ser argumento para no disponer de ellos en el Hospital. Por lo tanto es necesario que puedan ser preparados en el Servicio de Farmacia y para ello se disponga del material necesario.

FÓRMULAS MAGISTRALES. Una de las consecuencias que se derivan de la estrecha colaboración entre médico-farmacéutico es una mejor planificación de la terapéutica. En aquellos casos ya citados en los que no se disponga entre las especialidades farmacéuticas de la medicación precisa, habrá que recurrir a la fórmula magistral.

Para la fabricación de estas fórmulas es también necesario el disponer del material suficiente.

FÓRMULAS NORMALIZADAS. Ya dijimos anteriormente al hablar del estudio de costos que serviría para demostrar o no, la rentabilidad de la fabricación de fórmulas normalizadas, en unos Servicios Farmacéuticos. De este estudio y de las necesidades terapéuticas del Hospital, dependerá la preparación de cuantas fórmulas normalizadas sean necesarias.

Está totalmente demostrado, en la mayor parte de los Hospitales, que la preparación en el mismo Centro de fórmulas normalizadas significa un importante ahorro para el mismo.

ADITIVOS I. V. Capítulo aparte merece el tema de la preparación de los denominados aditivos i. v. La práctica de incluir en una solución i. v. de gran volumen uno, dos, tres o muchos fármacos diferentes para ser administrados a los enfermos por venoclisis es cada día más rutinaria. Los peligros que ello trae consigo, han sido estudiados y descritos repetidamente^{15, 16}, pues lo mismo pueden provocar una destrucción de los medicamentos incorporados, que reacciones tóxicas o teratológicas difíciles de prever.

El montaje de una sección de aditivos es relativamente sencillo y como es fácil de comprender muy útil en los Centros Hospitalarios. También es cierto que existen una serie de problemas que se pueden presentar en una sección de aditivos, como son:

ESTERILIDAD DEL ENVASE. Hay que fijar las condiciones de trabajo y el instrumental necesario, de acuerdo con las necesidades para asegurar una técnica estéril de preparación.

INCOMPATIBILIDAD MEDICAMENTOSA. Cualquier preparación de este tipo de soluciones, requiere antes un estudio sobre las incompatibilidades que pudieran presentarse entre los distintos fármacos agregados. Incompatibilidades que serán diferentes y específicas para cada tipo de solución i. v. utilizada.

EQUILIBRIO CATIÓNICO DE LA SOLUCIÓN. Este apartado tendrá mayor importancia cuando se usen grandes concentraciones de sales.

ALTERACIÓN DE LA PRESIÓN OSMÓTICA. Este apartado es de gran interés, pues pueden convertirse las soluciones en hipertónicas.

DURACIÓN DE LAS MEZCLAS. Que depende de las sustancias empleadas y varía su estabilidad con la con-

centración, pH, etc., del disolvente, o sea su estabilidad en función del tiempo, la cual variará según los fármacos empleados, concentración, pH, temperatura, etc. Esta estabilidad condicionará pues el tiempo de perfusión máximo a emplear.

Con todo lo expuesto se comprende fácilmente la necesidad de que los aditivos i. v. tengan que ser preparados por personal competente y nadie mejor capacitado, por los conocimientos que posee, que el Farmacéutico Hospitalario.

ANÁLISIS Y CONTROL

Teniendo en cuenta que el Servicio Farmacéutico de un Hospital, debe responsabilizarse de todos los medicamentos y material que dispensa, es totalmente necesario que esté provisto del material adecuado para realizar este control.

Realizará las determinaciones cualitativas y cuantitativas de los medicamentos, tanto de los adquiridos como tales en el mercado como de los fabricados en el propio Servicio, asimismo realizará los análisis de las materias primas utilizadas para la Preparación Propia.

Un departamento de Análisis y Control convenientemente dotado y en manos de un analista experto, es una ayuda de valor inestimable en cualquier Centro Hospitalario.

En el capítulo de instrumental del Servicio mencionaremos con mayor detalle los útiles de trabajo indispensables para Laboratorio.

FARMACIA CLÍNICA

La Farmacia Hospitalaria no puede considerarse como hemos indicado una oficina farmacéutica aneja al Centro, con el cual se comunica a través de una ventanilla, sino que debe ser un elemento integrado en la finalidad global del Hospital. Esto nos lleva a tratar el tema de la incorporación del Farmacéutico a la tarea clínica. Esta actividad designada como Farmacia Clínica, consiste en que el farmacéutico coopere dentro de sus funciones específicas en la asistencia sanitaria, lo que puede realizar preocupándose de la terapéutica, desde su adquisición o elaboración y distribución, hasta la propia aplicación en el enfermo y la vigilancia directa de la realización del tratamiento que el médico ha prescrito. La experiencia norteamericana y los ensayos realizados en otros países, demuestran claramente que las competencias sanitarias del farmacéutico encuentran aplicación en todo el ámbito Hospitalario. El farmacéutico Clínico es entonces responsable de la correcta ejecución de las prescripciones terapéuticas, hasta su total desarrollo, ocupándose íntegramente de la circulación de medicamentos en el Hospital, desde la Farmacia hasta el enfermo. La tarea del Médico-Clinico, resulta así ex-

traordinariamente aligerada, pues puede tener la seguridad, de que la terapéutica que ha prescrito, será administrada en la dosis, en la forma y por el tiempo requerido bajo la vigilancia del Farmacéutico-Clínico, quien a su vez, instruirá al personal sanitario colaborador.

El Farmacéutico-Clínico, sirve también de vía de enlace entre los servicios de información terapéutica a que más adelante haremos referencia y los clínicos, pudiendo solucionar gran número de consultas y ocuparse de aquellas circunstancias de aparición de resistencias, fenómenos tóxicos, estudios de absorción, eliminación, etcétera de medicamentos, que pueden ser fundamentales para que el Clínico desarrolle una terapéutica eficaz o pueda completar su documentación en cualquier trabajo científico.

La experiencia adquirida en otros países y los beneficiosos resultados obtenidos en la atención al enfermo, aconsejan iniciar en España el desarrollo de la Farmacia Clínica. En los Hospitales modernos altamente tecnificados, esta actividad resulta de una utilidad indiscutible y a pesar de que inicialmente se producen en ocasiones reparos por parte de los médicos, una vez ensayada la colaboración del farmacéutico-clínico, difícilmente sabrían prescindir de él, ya que no se trata de invadir ningún campo de competencia, sino simplemente de aprovechar las capacidades técnicas de un profesional sanitario, en el campo del manejo y elaboración de medicamentos, para prestar una asistencia más completa y efectiva al paciente.

La farmacia clínica ofrece dos vertientes igualmente interesantes:

- Información.
- Asistencia Clínica.

INFORMACIÓN

La complejidad y extensión de la terapéutica farmacológica moderna, coloca al médico frente a una información masificada cuyo estudio exige un tiempo del que no dispone.

Es evidente la necesidad de crear un Centro de Información de Medicamentos, correspondiendo a la sección de Farmacia-Clínica, su organización y mantenimiento, ya que el Farmacéutico de Hospital está en las mejores condiciones para suministrar cualquier dato sobre fármacos, siempre que sea persona competente y se mantenga en la actualidad de los conocimientos terapéuticos, condiciones con las que hay que contar como indispensables para un Farmacéutico-Hospitalario.

Una serie de aspectos sobre un medicamento pueden en un momento dado ser requeridos por el médico, incluso con urgencia. La existencia de compatibilidades con otros medicamentos o con alimentos, vías de elección, medicaciones alternativas, intolerancias, etc. Por todo ello es necesario que todo Centro Hospitalario pue-

da disponer de un Servicio de Información de Medicamentos.

El Centro de Información radicará en la Farmacia, y el Farmacéutico que lo tenga a su cargo, seleccionará y clasificará toda la información recibida, para hacerla llegar a los demás profesionales sanitarios en el momento que la soliciten o aun antes de que se produzca la demanda si el caso lo requiere.

Podemos considerar que la función informadora ofrece dos aspectos con distinto matiz:

INFORMACIÓN AL PACIENTE O AL PROFANO. Orientada al acatamiento de una disciplina terapéutica y haciendo resaltar los riesgos de la automedicación.

INFORMACIÓN A LAS CLASES SANITARIAS. Que será:

Farmacéutica. Identificación del producto, composición, formas de dosificación y posología, estabilidad, compatibilidades e incompatibilidades, etc.

Terapéutica. Farmacodinamia básica, incluyendo indicaciones terapéuticas, dosis, absorción, metabolismo y excreción, contraindicaciones y efectos secundarios, duración, lugar y mecanismo de acción, toxicología y farmacología comparada.

La información ha de ser inmediata y accesible a médicos, enfermeras y demás personal relacionado con el cuidado del enfermo. Pero no toda la información requiere la misma urgencia, al médico le interesa disponer de inmediato de información farmacéutica, farmacodinámica y toxicológica, pero no así de la referente a problemas de farmacología comparada u otras cuestiones que puedan interesar en el desarrollo de un programa de investigación, pero rara vez en la inmediata investigación del enfermo.

Es evidente que en la eficacia del servicio juega un papel primordial la sistemática adoptada en la confección de los ficheros.

Por todo lo dicho se comprende que el Centro de Información de Medicamentos, no solamente cumple una importante misión en perfeccionar la asistencia terapéutica del enfermo hospitalizado y en facilitar el tratamiento debido de intoxicaciones medicamentosas o de otro tipo, sino que además constituye un importante auxiliar para el perfeccionamiento de los conocimientos médicos y para la elaboración del trabajo científico, ahorrando al profesional médico costosas horas de búsqueda bibliográfica.

ASISTENCIA CLÍNICA

Puede considerarse como la función más genuina de la Farmacia Clínica en problemas farmacéuticos y terapéuticos.

En la relación médico-farmacéutico, éste con su documentada información colabora con el médico en la planificación del trabajo a seguir, consiguiéndose así la

máxima seguridad en el manejo de medicamentos. Resalta la importancia de esta relación cuando las características del paciente aconsejan recurrir a la formulación extemporánea.

En el momento de producirse un ingreso en el Hospital, el Farmacéutico-clínico hace la historia terapéutica del enfermo, anotando cuidadosamente cuantos datos le sean facilitados por él mismo o sus familiares, sobre medicaciones que le han sido administradas, posibles trastornos que le hayan producido hipersensibilidad a algún fármaco específico, etc. Durante la hospitalización del enfermo, el farmacéutico llevará el dossier terapéutico, en el que estarán consignados además de los medicamentos administrados, reacciones de intolerancia, sensibilización, o cualquier tipo de respuesta anómala. Pondrá en conocimiento del médico, posibles alteraciones fisiológicas, debidas a la medicación si éstas se produjesen. Esta ficha terapéutica será un valioso complemento de la Historia Clínica del paciente.

Complemento también de la asistencia clínica, es la intervención del farmacéutico en la investigación clínica, de cuyo tema nos ocuparemos en el apartado correspondiente.

INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

Las actividades de tipo profesional que han sido objeto de comentario en capítulos precedentes, pueden y deben ser complementadas con el ejercicio de funciones docentes e investigadoras.

La actividad técnica del farmacéutico hospitalario no es completa si no aporta a la sociedad algo más de lo que ha recibido de ella. La aptitud investigadora es consustancial con el desarrollo de una actividad técnica correcta.

La farmacia hospitalaria dispone de medios para contribuir de forma activa al desarrollo científico y técnico del país. Esto puede hacerse tanto en el campo de la investigación pura, o sea no directamente aplicada, como en la contribución al desarrollo de la terapéutica. En muchos países, las investigaciones contratadas con la industria farmacéutica, son una parte importante de las actividades en la Farmacia Hospitalaria. La Farmacia Hospitalaria debe además intervenir en las investigaciones de farmacología clínica que se realicen en el Centro.

Los aspectos en que se presentan las posibles investigaciones en el Servicio farmacéutico hospitalario, son tantas que es imposible enumerarlas brevemente.

El estudio de las incompatibilidades entre medicamentos, el esclarecimiento de las interacciones entre los distintos fármacos, la investigación de las reacciones yatrogénicas de los enfermos, etc., son indispensables si queremos conseguir un nivel asistencial cada vez más perfecto en los Centros Hospitalarios.

Resumiendo tenemos que los Servicios Farmacéuticos además de colaborar en el campo de su competencia en

los programas de investigación que se desarrollan en el Centro, deben desarrollar sus propios programas. Pueden ser:

- Investigación programada y dirigida por los propios servicios farmacéuticos. La investigación básica o aplicada puede realizarse en el mismo servicio o en estrecha colaboración con las secciones especiales.
- Investigación concertada con departamentos Universitarios o con distintos sectores de la Industria privada.

En cuanto al aspecto docente, tenemos que la posesión de cualquier tipo de conocimiento obliga a la docencia, tarea de interés comunitario. Aun cuando la Universidad, sea por su función la depositaria principal del deber docente, no puede el país prescindir, como lo demuestran las recientes orientaciones en materia de reforma universitaria, de la cooperación de cualquier centro apto para impartir docencia en todos sus grados. La Facultad de Farmacia y la Universidad en general, pueden encontrar una colaboración muy eficaz en la Farmacia Hospitalaria. Esta docencia no ha de ir dirigida sólo a crear personal que vaya a nutrir las propias necesidades de la Farmacia del Hospital o de otras Farmacias Hospitalarias, sino que de ellas se pueden beneficiar otras áreas de la técnica o de la ciencia. El personal formado en instalaciones como las de Farmacia Hospitalaria, alcanza niveles mayores que los que pueden obtenerse por el simple ejercicio práctico de las funciones farmacéuticas, por ejemplo en una industria. No se puede olvidar que la Farmacia Hospitalaria, considerada como una especialidad dentro de la profesión farmacéutica, está viendo surgir nuevas especialidades en su propio campo. Algunas de estas orientaciones presentan un matiz tan específico, que únicamente en los mismos Servicios Farmacéuticos se puede adquirir la preparación necesaria para su desempeño.

Tenemos ahora que exponer, que la función docente de un Servicio Farmacéutico, debe ser plasmada en varios aspectos distintos:

- Enseñanza a las enfermeras.
- Enseñanza a los médicos residentes e internos.
- Enseñanza a futuros farmacéuticos de Hospitales.
- Colaboración con Facultades Universitarias.
- Intervención en los programas docentes del Hospital.

ENSEÑANZA A LAS ENFERMERAS. Deben instituirse y convocarse, de acuerdo con la enfermera-jefe, charlas periódicas con las enfermeras del Hospital, con el fin de aclarar conceptos y dudas sobre cuestiones terapéuticas, así como sobre los nuevos medicamentos que vayan a utilizarse en el Hospital. La enfermera, debe aprender a observar al enfermo después de la administración de los medicamentos, y debe ser capaz de detectar las posibles reacciones adversas de un medicamento o de una tera-

péutica determinada, pues sólo con su colaboración, serán posibles los necesarios estudios estadísticos sobre las pautas terapéuticas que se siguen en los tratamientos.

Si existe Escuela de Enfermeras, el farmacéutico debe contribuir a la formación de las alumnas de la Escuela, dando las lecciones de terapéutica y las técnicas de aplicación de los medicamentos al enfermo.

Sólo con este contacto, se establecerá la necesaria corriente de confianza entre las Enfermeras y el Farmacéutico, la cual permitirá y facilitará las futuras consultas, cuando se trate de problemas prácticos concretos.

ENSEÑANZA A LOS MÉDICOS INTERNOS Y RESIDENTES. Análogamente a lo que se ha dicho a propósito de la enseñanza a las enfermeras, deben organizarse también, charlas periódicas o coloquios con los médicos residentes, sobre cuestiones de terapéutica y farmacología, pues esto, aparte de proporcionar unos conocimientos al médico en período de formación, servirá como en el caso de las enfermeras, para que el residente se habitúe a utilizar el Servicio Farmacéutico y especialmente el Centro de Información de Medicamentos.

ENSEÑANZA A FUTUROS FARMACÉUTICOS DE HOSPITALES. Como se ha dicho en la Introducción, la Farmacia Hospitalaria es en nuestro país, extraordinariamente deficitaria de personal competente. Si un Hospital pretende estar en la vanguardia de la medicina Española, el Servicio Farmacéutico no puede quedarse atrás. La formación de farmacéuticos postgraduados es una de las funciones fundamentales que deben desarrollarse.

COLABORACIÓN CON FACULTADES UNIVERSITARIAS. Los Servicios Farmacéuticos deben mantener una estrecha colaboración con los diversos departamentos de la Facultad de Farmacia, así como con algunos de la Facultad de Medicina, por ser de gran interés algunos aspectos docentes que puede prestar el Servicio de Farmacia a dichas Instituciones.

INTERVENCIÓN EN LOS PROGRAMAS DOCENTES DEL HOSPITAL. Como hemos dicho anteriormente, los Servicios Farmacéuticos deberán intervenir en las materias de su competencia en cuantos programas docentes se efectúen en el Centro Hospitalario en que esté ubicado.

COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

Anteriormente hemos hecho mención de esta Comisión, al hablar de la política de medicamentos en el Hospital. Vamos a explicar un poco más detalladamente, este punto de máxima importancia en un Hospital moderno.

Explicábamos entonces los principios doctrinales que abogan por la necesidad de seguir una política de medicamentos en todo Centro Hospitalario. La reglamentación de esta política corresponderá a la Comisión de Farmacia y Terapéutica, que representa la línea oficial de organización, comunicación y unión entre el Cuerpo Médico y los Servicios Farmacéuticos.

La Comisión de Farmacia y Terapéutica estará constituida por el Director Médico del Hospital, 4 ó 5 Directores de Servicio y como Secretario nato de esta Comisión, estará el Farmacéutico-Jefe del Centro.

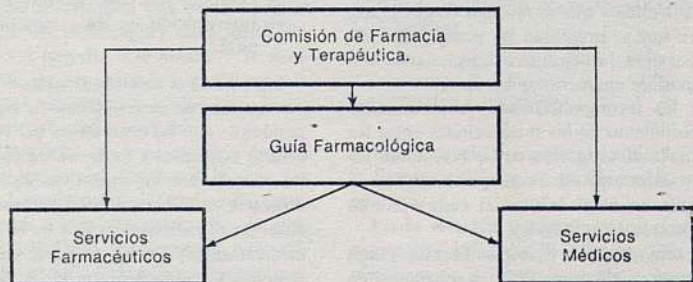
Exponemos a continuación un organigrama explicativo de las relaciones de esta Comisión con los Servicios Hospitalarios.

La Comisión de Farmacia y Terapéutica podrá recabar de los distintos Servicios cuantos datos estime convenientes para lograr el funcionamiento armónico de todos ellos en la terapéutica medicamentosa.

Por todo lo antedicho se ve claramente la importancia que tiene esta Comisión dentro de un Centro Hospitalario y por tanto la total necesidad de poseerla en cualquier Hospital que quiera estar en la vanguardia de la asistencia.

Por otra parte, la función de asesoría técnico-médica que ejercerá esta Comisión sobre el Servicio Farmacéutico en particular y sobre todos los Servicios del Hospital en general, es fundamental, tanto para la prescripción racional de los medicamentos, como para su correcta utilización.

La edición periódica de un boletín informativo, sobre las actividades y recomendaciones de esta Comisión que se distribuya profusamente dentro del Hospital, será un lazo de unión constante, con todos los Servicios y Departamentos de la Institución.



ENCAUZAMIENTO DE LA VISITA MÉDICA

Por muy eficientes que sean la Comisión de Farmacia y Terapéutica y el Servicio Farmacéutico, no sería eficaz su labor si no se encauza debidamente la visita médica en el Hospital. Es evidente que las industrias farmacéuticas, proporcionan por medio de sus delegados, una información a los médicos sobre sus preparados, sin embargo, debe tenerse muy presente que esta información, que algunas industrias proporcionan de una manera auténtica y eficaz, es en la mayor parte de los casos propagandística y, por tanto, tendenciosa.

Si esta información la recibe el médico directamente, es posible que al no conocer a fondo los problemas de terapéutica y la composición química de los medicamentos, se deje llevar por esta propaganda y esto conduce indefectiblemente al fracaso de la política de medicamentos mejor programada. Es, por tanto, indispensable, que esta información llegue a los médicos del Hospital convenientemente filtrada y para ello debe encauzarse la visita médica a través del Servicio de Farmacia, el cual seleccionará dicha información y cuando juzgue que aparece algún nuevo medicamento que pueda ser de utilidad para el Hospital y, por tanto, susceptible de ser incorporado a la Guía Farmacológica, el Farmacéutico lo trasladará a la Comisión de Farmacia y Terapéutica, acompañado del correspondiente informe técnico, con el fin de que dicha Comisión lo estudie y admita o rechace el medicamento en cuestión, decisión que luego comunicará a través del Boletín de la Comisión a todos los médicos de la Institución.

ESPECIFICACIÓN DE PERSONAL

Los Servicios Farmacéuticos de los Hospitales, precisan de un personal adecuado en número y cualificación, si han de cumplir con su exigible misión dentro del Hospital moderno.

El Servicio, debe ser dirigido por un Farmacéutico-

Jefe, que tendrá bajo su responsabilidad la marcha y funcionamiento del mismo. Además existirán un Farmacéutico sub-jefe y Farmacéuticos ayudantes personal auxiliar y administrativo. El organigrama interno podría ser el que se inserta al pie de esta página.

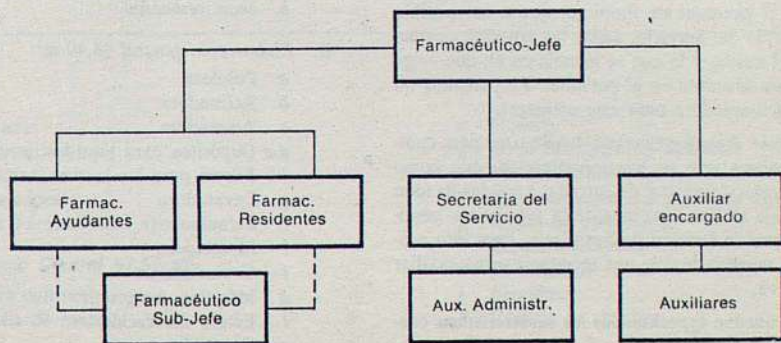
Es difícil establecer unas especificaciones técnicas, siquiera mínimas del equipamiento personal, de los Servicios Técnicos Hospitalarios, ya que depende de un número considerable de factores, difíciles de normalizar, y de unas circunstancias de tradición, difíciles de eliminar.

Hay que sentar como base, que el Servicio Farmacéutico, es un Servicio Técnico y que, como tal, será en su funcionamiento y eficacia lo que los técnicos quieran que sea, supuestas libertades de trabajo y medios.

Los Servicios Farmacéuticos del Hospital, tienen igual rango que cualquiera de los demás, y características propias, que le exigen la eficiencia de una oficina de Farmacia superdesarrollada y la eficacia de un Laboratorio de especialidades, rindiendo el máximo en control, producción, información, etc.

El personal de los Servicios Farmacéuticos, ha de ser el mínimo indispensable para cubrir todos los fines que se le exigen, con un punto de partida fundamental, teniendo siempre presente que se debe tender a incrementar el personal técnico de plena dedicación y a disminuir el personal no cualificado.

Los Servicios Farmacéuticos de los Hospitales de España, siguen en la fase de autobastarse con un Farmacéutico y de ahí lo poco que pueden rendir, tal vez porque se les pide poco. Hace falta dar el paso de la tecnificación de los Servicios Farmacéuticos en pro de un desarrollo al máximo de las posibilidades del mismo en favor del enfermo. En España¹⁷ hay de cuatro a cinco médicos en ejercicio por cada farmacéutico. En los Hospitales hay de 20 a 100 o más médicos por cada farmacéutico. La desproporción es evidente y consecuencia de ello la poca eficiencia de los Servicios Farmacéuticos y una medicina que no aprovecha al máximo sus posibilidades.



Como exponíamos en el organigrama el personal estará dividido en:

SANITARIO TITULADO DE GRADO SUPERIOR. Farmacéuticos: en general habrá que exigir que estén especializados en Farmacia Hospitalaria.

Han de ocuparse de las funciones técnicas de manera que se hagan responsables de la función que se les encomienda, tanto técnica como profesionalmente.

Para un Hospital de 350 camas el número de titulados superiores debería ser de 4, que serían: un farmacéutico-jefe, un farmacéutico-ayudante y dos farmacéuticos-residentes. Esta dotación debería ser revisada cuantas veces fuera necesario, dependiendo de las necesidades del Servicio.

SANITARIO AUXILIAR. Auxiliares de Farmacia. El personal sanitario auxiliar cumple una función importante e indispensable en los Servicios Farmacéuticos. Ha de ser personal, que por su formación puede hacerse cargo, bajo la supervisión del farmacéutico, de misiones de cierta responsabilidad, por lo que convendrá tenerlo situado en todos los departamentos de la Farmacia, como colaborador inmediato del farmacéutico, así en dispensación, en control de distintas partes de la elaboración, en almacén, etc.

Proponemos el número de tres, por considerarlo en principio suficiente, teniendo en cuenta, como en el caso de los farmacéuticos, que dependerá de la posterior puesta en marcha del plan funcional.

PERSONAL AUXILIAR ESPECIALIZADO. El personal que labore en un Servicio Farmacéutico, debe tener, en general, cierta cualificación, para que sea verdaderamente eficaz. La debe tener el personal que ayude en la dispensación, que cuide de una máquina en la elaboración, que colabore en la sección de control, etc. Por supuesto que la formación general básica, es exigible a todo este personal. Proponemos para este fin el número de dos, con las mismas consideraciones que para los casos anteriores.

El **PERSONAL SUBALTERNO** en los Servicios Farmacéuticos es poco, pero no puede faltar. Es imprescindible el mozo de servicios, para el traslado de material, embalaje, etc. y el personal de limpieza, que a ser posible debe ser propio del Servicio, dadas las especiales características del mismo y lo que se maneja en él, que exige una confianza absoluta en el personal. Proponemos un mozo y una limpiadora para este menester.

El **PERSONAL ADMINISTRATIVO** debe bastar para cumplir las misiones que se les encomiendan, que como mínimo serán las de control de entradas y salidas de todo lo que maneje el Servicio, inventario y balances periódicos, así como la función de Secretaría. Para esto proponemos un número de dos; una secretaria y una auxiliar administrativa.

Con esto quedan especificadas las características cualitativas y cuantitativas de los Servicios de Farmacia.

LOCALIZACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

Una racional localización de los Servicios Farmacéuticos en los Hospitales, es un factor fundamental para que estos puedan ejercer sus funciones con la calidad y rapidez que le exigirá cada vez con más intensidad una medicina moderna. La localización debe estudiarse teniendo en cuenta entre otros factores, el interés de una pronta y fácil circulación de los medicamentos, en un Hospital como el San Juan de Dios, sería recomendable el localizar los Servicios de Farmacia en la planta baja, lo más cerca posible de los ascensores o, por lo menos, localizar en dicha planta baja, las secciones de dispensación y elaboración, situando el resto de los servicios en el piso contiguo superior, existiendo comunicación entre ambos.

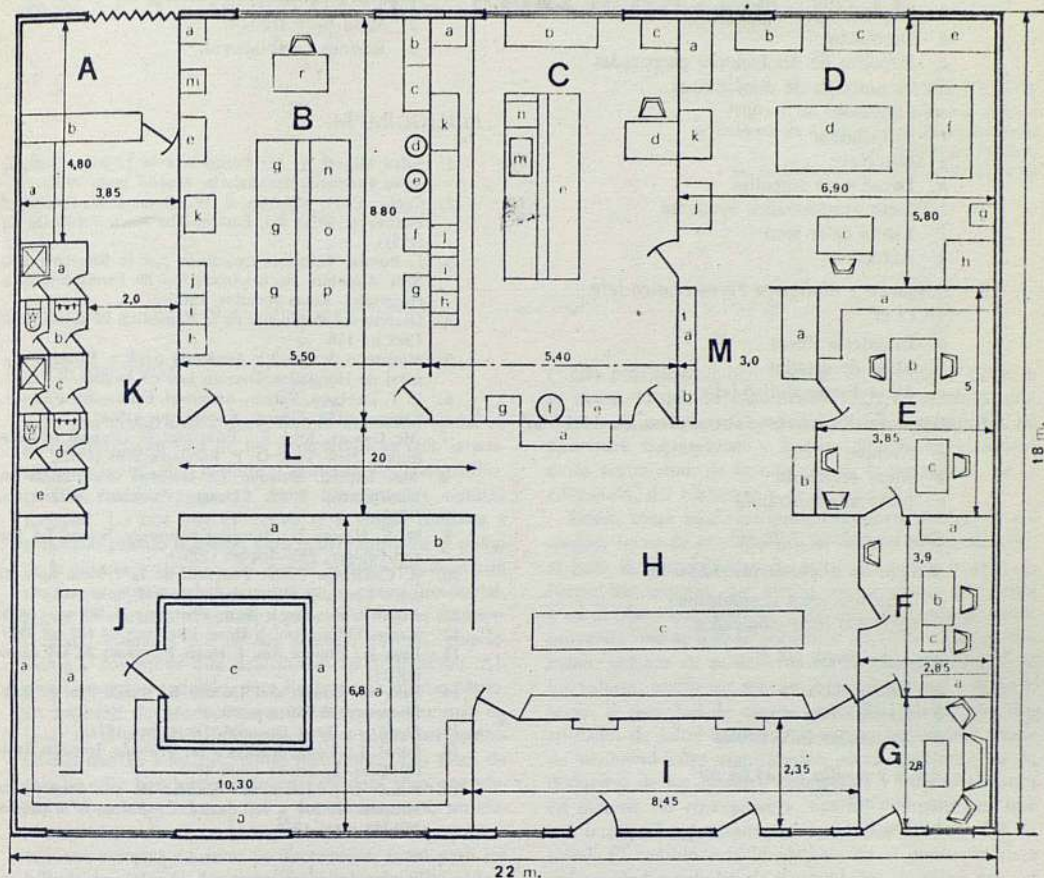
En muchos hospitales españoles y extranjeros que hemos visitado, se viene situando el Servicio Farmacéutico en los sótanos. En contra de esta localización, se pueden aportar, aparte una serie de razones tales como la claustrofobia de un personal a plena dedicación, sensación de aislamiento respecto a otros Servicios Hospitalarios, etc., motivos de tipo técnico, ya que no es en absoluto recomendable la elaboración y manipulación de medicamentos en ambientes tan difíciles de sanear, desde el punto de vista de la polución ambiental, como son los sótanos.

DISTRIBUCIÓN Y REQUERIMIENTOS DE ESPACIO Y MATERIAL

En la mayor parte de los países en que la Farmacia Hospitalaria ha alcanzado un grado de evolución y desarrollo aceptables, se considera necesario para el Servicio Farmacéutico, un espacio de 1 m² de superficie por cama; para un hospital de 350 camas se necesitarían 350 m² distribuidos así:

- A *Entrada de materiales y salida de los mismos en grandes cantidades* 18,48 m²
 - a Mostrador
 - b Mesa resistente
- B *Elaboración general* 48,40 m²
 - a Pulidora
 - b Refinadora
 - c Amasadora
 - d-e Depósitos para líquidos, jarabes, etc.
 - f Filtros para los jarabes
 - g Envasadora
 - h Balanza
 - i Mezcladora
 - j Granuladora
 - k Máquina comprimir
 - l Estufa desecación
 - m Grageadora

Plano de una Farmacia Hospitalaria



- n Pomadas
- o Supositorios
- p Cápsulas
- q Envasadora
- r Mesa Farmacéutico ayudante

C Laboratorio Control 47,52 m²

- a Estufa cultivo
- b Vitrina de gases

- c Nevera
- d Mesa Farmacéutico ayudante
- e Balanza precisión
- f Determinación del punto de fusión
- g Estufa de desecación
- h Espectrofotómetro
- i Polarímetro
- j pHmetro
- k Cámara de siembra

- l* Reactivos
 - m* Granatario
 - n* Termostato
- D** *Elaboración inyectables* 49,02 m²
- a* Depósito agua desionizada
 - b* Destilador
 - c* Depósito de disoluciones preparadas
 - d* Preparación de disoluciones
 - e* Filtración
 - f* Envasadora
 - g* Autoclave
 - h* Lavador de ampollas
 - i* Mesa Farmacéutico ayudante
 - j* Estufa calor seco
 - k* Autoclave
- E** *Despacho y Biblioteca Farmacéutico-Jefe* 19,25 m²
- a* Estantería libros
 - b* Mesa de estudio
 - c* Mesa Farmacéutico-Jefe
- F** *Despacho Secretaria y Administrativa* 11,11 m²
- a* Archivo
 - b* Mesa secretaria
 - c* Mesa administrativa
- G** *Sala visitantes* 7,98 m²
- H** *Sección de dispensación* 52,50 m²
- a* Depósito agua desionizada
 - b* Armario ropa empleados
- J** *Almacén* 70,04 m²
- a* Estanterías
 - b* Cámara frigorífica
 - c* Sustancias inflamables
- K** *Aseos y pasillo 1.º* 24,64 m²
- a* Duchas
 - b* Duchas

- c-d* Lavabos y retretes
- e* Habitación útiles de limpieza

L *Pasillo 2.º* 12,9 m²

- M** *Espacio fórmulas magistrales* 9 m²
- a* Mesa para trabajo
 - b* Resinas cambiadoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salvá Miquel, J. A.: Ponencia a la I.ª Mesa Redonda sobre Farmacia Hospitalaria. Madrid junio 1970.
2. Cook, E. F., y Martin, E. W.: Remington's Practice of Pharmacy. 10 th Ed. Easton, The Mack Publishing Co (1951).
3. J. Ronda: Informe presentado por la Secretaría a la XVI Asamblea de la Asociación de Farmacéuticos de Hospitales. Rosas (octubre 1971).
4. Decreto del Presidente de la República. 27 de marzo de 1969 n.º 128.
5. Ministerio de Salud y Asistencia pública. Dirección General de Hospitales. Decreto Ley n.º 44.204.
6. E. T. Jacobson, Verner, Anderson, Farmaceutisk Service. Farmaceutisk Tidende. Copenhagen (1966).
7. Mc Gibony, John R.: Principles of Hospital Administration. New York O. P. Putman's Sons (1952).
8. Mac Eachen, Malcolm T.: Hospital Organization and Management. 3 rd. Chicago. Phisician's Record Co. (1957).
9. W. E. Hassan Jr.: Hospital Pharmacy, Second Ed. Lea and Febiger. Philadelphia (1967).
10. R. Cadorniga Carro. Ponencia de la I Mesa Redonda sobre Farmacia Hospitalaria. Madrid junio 1970.
11. Auger R. E.: Am. J. Hosp. Pharmacy 26 583 oct. (1968).
12. Rogert Elliott.: Am. J. Hosp. Pharmacy 26 602 oct. 1969.
13. Lany K.: Shoup. Am. J. Hosp. Pharmacy 28 611 agosto (1971).
14. Bany M. Bowen and Donald E. Wood. Am. J. Hosp. Pharmacy 26 529 sep. 69.
15. Bonal, J.: Tesis Doctoral. Diciembre 1971.
16. Bonal, J.: Comunicación a las Primeras Jornadas Toxicológicas. Barcelona junio 1971.
17. Bonal, J. y García, E.: Estudio de una Farmacia de Hospital de 300 a 400 camas. Uni-Farma n.º 6 páginas 250-258 junio 1970.

Calendario Hospitalario 1973

MURAL — SOBREMESA — BOLSILLO

Para usted — Para sus amigos

Reserve usted sus CALENDARIOS
antes de que sea tarde

EDITORIAL HOSPITALARIA

Curia provincial, Hnos. de san Juan de Dios

Avda. Gralmo. Franco, 547

BARCELONA 14

EVOLUCION DE LOS PROBLEMAS SANITARIOS EN LA SOCIEDAD EUROPEA DE HOY

*Por el doctor YVON NUYENS
Profesor de Sociología General Médica
y Director de la Sección de Investigaciones
en Sociología Médica,
en la Universidad Católica de Lovaina*

INTRODUCCIÓN

Es una perogrullada decir que la mutación social se ha convertido en una de las características más importantes de la sociedad moderna. Dimensiones, desarrollos, cambios nuevos, aparecen como inherentes a nuestra sociedad. Lo que hoy es nuevo será vulgar mañana y anticuado pasado mañana. Esto ocurre tanto en el plano de la cultura material —la que el hombre produce con sus manos y su cerebro— como en el plano inmaterial, sea de las estructuras sociales que conforman el comportamiento humano, sea de los valores, normas, convicciones y conceptos que determinan su orientación. Algunos ejemplos, tan sólo, para ilustrar este último plano. La sociedad de producción retrocede cada vez más en favor de la sociedad de consumo, con todas sus posibilidades nuevas y los problemas resultantes. Los ratos de ocio no sólo han aumentado en cantidad, sino que vienen a disociarse del trabajo, y funcionan como un elemento independiente en la sociedad. La atracción urbana continua arrastra enormes consecuencias, tanto para los hábitos de vivienda, los tipos de instalación y la utilización de todo el espacio habitable como para las estructuras tradicionales de vida y de participación, que son puestas en discusión por la tendencia hacia el segmentado, el formal y el funcional. Las estructuras sociales, dentro de las cuales son edificadas nuestras distintas esferas de vida, se caracterizan por una ampliación dimensional creciente o una escala ampliada.

La conciencia colectiva empieza paulatinamente a penetrarse del hecho que semejante evolución plantea problemas en cuanto a las estructuras de participación establecidas y a la integración social del individuo en ellas, y que, en numerosos casos, tiene como consecuencia una alienación, un despego y una anomía. En fin, se hace evidente para cada uno que los valores y normas tradicionales alrededor de las cuales se ha edificado el

estado providencial han llegado, en su mayor parte, a su ocaso, lo que ha encontrado, entre otras cosas, una válvula de escape en el movimiento de contestación. Se encuentra ilustraciones y huellas de ello en el marco de la sexualidad, de la religión, de la enseñanza, de la educación, del bienestar y de la autoridad.

Dadas estas modificaciones fundamentales en la sociedad, no es de extrañar que la salud y la enfermedad, al lado de los cuidados de salud, se hayan puesto en fuerte movimiento. En efecto, en el plano individual y en el plano colectivo, la salud aparece como un valor universal que se puede encontrar en cada sociedad humana, aunque su posición concreta en la jerarquía de los valores, puede ser sensiblemente diferente, y lo será, según la sociedad de que se trate. Además de ello, los cuidados de salud funcionan como un importante sector de actividad cuya significación social creciente puede deducirse de los intensos desarrollos y diferenciaciones en materia de «manpower», medios y previsiones que son implicados actualmente en el sector de cuidados de salud. El cambio más importante en el punto de vista enfermedad y salud y de los cuidados de salud parece, sin embargo, que radica en el hecho que ambos elementos han alcanzado un proceso de socialización creciente. Se reconoce cada vez más a la sociedad como una importante variable explicativa de fenómenos de enfermedad y de salud, mientras que, en frente, se repara más en las consecuencias sociales de la enfermedad y de la salud. En cuanto a los cuidados de salud, la sociedad entera se da cuenta cada vez más de su importancia, y del hecho que cada uno debe soportar cierta responsabilidad y colaborar con una cuota.

Dada la importancia atribuida aquí a la relación salud-sociedad, esta cuestión será tratada más a fondo, sobre todo con la intención de precisar cómo el cuidado de salud adquiere otras dimensiones y formas sociales. Luego, dedicaremos nuestra atención a las modificaciones

nes en materia de enfermedad y salud, especialmente según las dimensiones sociales. En un guión moderno de política sanitaria, se reconoce normalmente tres componentes esenciales, especialmente los que consumen, los que ofrecen (sus servicios) y las instituciones que estructuran las relaciones entre los primeros citados. Para cada uno de los tres elementos, se indicarán un cierto número de procesos de transformación. En fin, consideraremos el cuadro enfermero y descubriremos los principales desarrollos, lo que da el esquema resumido siguiente:

- Transformaciones en la sociedad.
- Transformaciones en enfermedad y salud.
- Los consumidores y los cuidados de salud.
- Las instituciones y los cuidados de salud.
- Los proveedores y los cuidados de salud.
- El cuadro enfermero: procedimientos de transformación.

Estos diversos puntos van a ser aclarados con más detalle; y en cada uno de ellos, se dedicará una atención particular a las modificaciones y perspectivas supuestas o notadas en el campo considerado.

TRANSFORMACIONES EN LA SOCIEDAD

Un cierto número de transformaciones sociales han tenido más o menos influencia en la relación entre sociedad y salud. Las líneas de evolución siguientes nos parecen esenciales:

DE LA PROSPERIDAD AL BIENESTAR

La seguridad material de existencia para un número creciente de seres puede considerarse como uno de los efectos más importantes de la sociedad de producción.

La penuria material ha sido repelida o ha dejado de ser hoy tan evidente como antaño. La consecuencia de ello es que un lugar ha quedado libre para otros valores, más inmateriales, cuya realización, evidentemente, no ha sido garantizada por el crecimiento de la prosperidad. Las prioridades tradicionales son puestas en discusión, se busca un nuevo orden de objetivos para los cuales los medios anteriores son puestos en duda. Estos valores y objetivos nuevos encuentran su punto de cristalización en el concepto del bienestar.

En este «bienestar», se suele distinguir cuatro componentes básicas, especialmente: el bienestar físico y mental está en relación con la satisfacción que acarrea la salud física y mental; el bienestar espacial está en relación con un medio de vida óptimo (vivienda, medio natural, arreglo del territorio); el bienestar social resulta de las buenas relaciones entre (grupos de) hombres y sanas estructuras sociales; el bienestar cultural va a la par con una participación satisfactoria en la cultura.

En otras palabras, el bienestar va más ligado a la

calidad de la existencia humana que a la cantidad que se puede adquirir en dicha existencia. Sobre todo en los últimos años, se ha subrayado cada vez más este bienestar en la escala de los valores, tanto individual como colectiva, de nuestro estado providencial. Ya que la salud es un elemento importante de este bienestar, la evidente evolución de «prosperidad (welfare) hacia bienestar» tiene implicaciones para la situación social de la salud y de los cuidados de salud. Se puede, entre otras cosas, pensar en lo siguiente:

— Aunque la salud ha sido siempre un objetivo a realizar en el plano social, hasta la fecha, ha quedado en fuerte competición con otros valores, y su significación social, casi siempre, ha sido deducida de dichos valores e instituciones. El bienestar, pasando al primer plano, implica sin embargo que la salud se convierte en un valor dominante y preferente. En términos concretos: en el siglo XIX, por ejemplo, la salud ha sido considerada en función de producción, renta, seguridad de existencia; ahora, es un valor por sí misma, independiente de estos otros imperativos.

— La potencia médica incrementada tiene por efecto que la prestación de cuidados médicos tiene cada vez más repercusiones sobre la sociedad, en su dimensión tanto individual como colectiva. Como objetivo a realizar, la salud ya no queda delegada en exclusiva al médico individual, ni siquiera al grupo médico. Más que nunca, la salud y los cuidados médicos se han convertido en objetivos sociales en los cuales la sociedad global se ve implicada.

— En fin, la salud aparece como una componente parcial del bienestar general. El hecho que la salud se coloque en el bienestar general, al lado del bienestar social, cultural y espacial, significa que los cuidados de salud deben considerarse como una singularización de política de bienestar, como un conjunto de previsiones y actividades por las cuales el bienestar, en parte, es desarrollado en la sociedad. Este carácter parcial estipula, sin embargo, requisitos de comunicación, deliberación, colaboración y, eventualmente, integración con otras actividades —también parcialmente orientadas— en el marco de la política general de bienestar. Semejante solicitud de integración estructural de cuidados de salud en los cuidados de bienestar es tanto más imperativa que se sabe que las componentes citadas del bienestar general no son independientes ni autónomas, sino que se influyen y se determinan mutuamente.

ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN CRECIENTES

Caracterizado por un empuje espontáneo y un desarrollo sin estructurar, el liberalismo del siglo XIX ha

despejado realmente la vía de la democracia organizada —tipo occidental o democracia popular— donde se hace hincapié en el crecimiento planificado y el desarrollo controlado. El ritmo cada vez más acelerado de la transformación social motiva, en efecto, la necesidad de control, dirección y «planning» para encauzar estos procesos de cambios en vías consideradas como deseables. Cambio y «planning» deben ser considerados como procesos complementarios. La idea de «planning» tiene por consecuencia que el estado moderno se ha desarrollado rápidamente en un estado de asistencia que se ha visto atribuir, o incluso se ha atribuido a sí mismo, unas responsabilidades complejas y considerables hacia un montón de intereses colectivos e individuales de sus ciudadanos. Por ello, la autoridad se ha puesto en movimiento en el plano de la vida profesional, la enseñanza, la seguridad de existencia, la puesta al trabajo, el arreglo del territorio, etc. Asimismo, en el plano de la salud pública: mientras, antaño, la autoridad sólo tenía en este sector unas relaciones reducidas al mínimo, empieza a intervenir cada vez más con reglamentos, controles, planos, codirecciones y subsidios, sobre todo donde la iniciativa privada hace falta, o fracasa en el plano funcional. Muy equivocadamente, según nuestra opinión, semejante evolución, muy a menudo, es esteotipada, siendo la mutación de los cuidados de salud, pasando del aspecto liberal a una colectivización o nacionalización. Se trata más bien de un desarrollo en materia de salud, donde se esfuerza para facilitar, de forma eficiente y racional, la oferta y la demanda, ambas en fuerte expansión, con el fin de conseguir, con medios reducidos, unos resultados máximos en provecho de todos los interesados. El riesgo, sin embargo, no es imaginario, que, en materia de organización, planning y dirigismo, se parta de un racionalismo unilateral, especialmente del racionalismo económico o de gestión, que tendría más posibilidad que cualquier otro, visto en la perspectiva ascendente de los precios.

Las consideraciones de eficacia, gravitando alrededor de la cuestión de los medios, son esenciales e imprescindibles en una política de salud, pero cuando se pueden empujar exclusivamente hacia adelante, el punto de vista de los medios prevalecerá finalmente sobre la cuestión de los objetivos. De ahí la necesidad absoluta para la sociedad de crear órganos que permitan evaluar los cuidados de salud.

POLITIZACIÓN CRECIENTE

Un tercer y último desarrollo en la sociedad, con repercusiones en los cuidados de salud, es el proceso de democratización fundamental o la politización. Con ello, no se debe entender expresamente democratización en su tradicional significación política, en el sentido estricto, sino la llamada democratización en el medio de la vida corriente o, en otras palabras, la aspiración explícita de participar en decisiones en los asuntos donde uno mismo está directamente interesado. Este

proceso de politización o de democratización se manifiesta, entre otras cosas, en la vida familiar, el trabajo y la profesión, el ocio, la Iglesia, la vida colectiva, el arreglo del territorio, etc. En la salud pública también actúan actualmente varios factores que favorecen la democratización o que, en todo caso, subrayan su necesidad. Factores tales como, por ejemplo, la creciente contribución del estado en la financiación de los cuidados de salud, la implicación de componentes psíquicos y sociales en el concepto sanitario, la acentuación de la esfera preventiva, el aumento de la oferta y de la demanda en materia de cuidados de salud, llevan a un proceso de socialización que plantea, al mismo tiempo, una cuestión hacia la democratización. Más que una realidad, esta politización en los cuidados de salud, aparece, por lo menos provisionalmente aún, como un objetivo a realizar. Como ilustración de ello, se puede anotar lo siguiente, a partir de la sociedad servida:

- en el micro-plano de las relaciones médico-enfermo, la relación de autoridad claramente asimétrica y autoritaria sigue siendo dominante, y corre incluso el riesgo de ser reforzada por una especialización y una tecnicidad cada vez más acentuadas;
- en el meso-plano de las instituciones, se puede indicar, por una parte el interés reducidísimo de la región, la sociedad circundante y servida en estas instituciones (por ejemplo, el hospital), y por otra parte, las relaciones de servicio anticuadas y de carácter paternal de dichas instituciones;
- en el macro-plano de la política de salud, se puede observar el carácter cerrado, unilateral y oligárquico de las decisiones en la materia. En resumen, y según las palabras de un grupo de acción holandés: «El proceso de democratización de la salud pública acarreará profundas operaciones y trasplantes».

TRANSFORMACIONES EN ENFERMEDAD Y SALUD

En el punto de vista enfermedad y salud, se puede distinguir como esenciales las transformaciones relacionadas a continuación:

LA MEDICINA, DE LA IMPOTENCIA HACIA LA POTENCIA

Hace poco menos de un siglo que la medicina está en condiciones de realizar algo para la sociedad. Lo que realizaba antes no estaba basado en el conocimiento científico, sino en la magia, la credulidad y la confianza. Simpatía, cordialidad y palabras de consuelo, cuidados, comida y descanso, tales eran los medios terapéuticos de que disponía el médico. Durante los últimos cincuenta años, se han descubierto las causas y los medios para

combatir las enfermedades más importantes. Por aplicación del método y del examen científico, la medicina ha adquirido la posibilidad y la fuerza precisa para prevenir y curar la enfermedad. Por el desarrollo de la ciencia y de la técnica médicas, el individuo y la colectividad han conseguido una posibilidad real de conservar la salud y la vida. La contribución de la medicina en la prosperidad, el bienestar y la felicidad de los hombres ha sido importante, sobre todo durante los últimos diez años. En efecto, actualmente, hay posibilidades de combatir eficazmente la mayor parte de las enfermedades, y gracias al progreso de la técnica y de la ciencia médicas, el arsenal terapéutico y diagnóstico del médico es tan amplio que se hace evidente el foso que existe entre el poder teórico de la medicina, y lo que puede realizar en la práctica. Desde luego, se puede esperar que el conocimiento científico se desarrolle con un ritmo cada vez más rápido, dada la explosión científica que caracteriza nuestra época. Nuevas posibilidades nacerán para la medicina. En el campo del trasplante de órganos, y para crear los medios para prolongar la existencia, estamos aún en el principio de la evolución. Al alcance de la medicina de hoy y de mañana está la biología molecular, con el peligro de la manipulación genética, la posibilidad de influir en el comportamiento, la memoria y los sentimientos humanos por técnicas eléctricas y químicas. Parece ahora que el hombre está en condiciones de determinar él mismo su futura evolución, y parece ser que la época de la evolución y de la selección natural haya pasado. Por el hecho que el débil, el hombre psíquica o físicamente menos perfecto se beneficie también de mayores probabilidades de vida, tomando parte también en el proceso de la procreación, un problema se plantea según el cual la medicina actual desemboca en una calidad mermada de la masa hereditaria humana, al punto que la intervención médica pueda, en este caso, convertirse en realidad o necesidad.

La medicina ha empezado a significar algo para la sociedad, y ahora, la sociedad la aprecia como un gran valor. La sociedad es sensibilizada por el problema de salud y la forma de distribuir este servicio. De hecho, es esta sociedad que facilita a los médicos los medios para convertir parcialmente en una realidad práctica para los hombres las posibilidades de una medicina moderna. Ya no son los médicos tan sólo, sino los médicos y la sociedad, los que tienen por cometido la realización de este objetivo.

El comportamiento médico, por la modificación de medicina impotente en medicina eficiente, tiene importantes repercusiones en el plan social y ético. Esto implica que la sociedad es co-responsable de los cuidados de salud que son prestados, pero que los médicos también son responsables del hecho que la sociedad cumpla con los requisitos de una buena salud. El médico y la comunidad tienen en común la responsabilidad de determinar cómo y dónde la medicina pondrá en obra su potencia y sus posibilidades.

EL PERFIL DE MORBOSIDAD: DEL AGUDO HACIA EL CRÓNICO

No se puede ignorar que una de las modificaciones más importantes en el perfil de morbosidad es el deslizamiento de la intensidad desde las enfermedades agudas e infecciosas hacia enfermedades que presentan un carácter más crónico, tales como las afecciones cardíacas y vasculares, diversas formas de cáncer, enfermedades mentales y numerosas enfermedades degenerativas. Se puede decir que, por el retroceso espectacular de las afecciones agudas e infecciosas:

- otra serie de enfermedades han encontrado la oportunidad de manifestarse;
- se ha podido dedicar la atención a un cierto número de cosas menos «urgentes»;
- el concepto negativo de enfermedad ha sido sustituido por un concepto positivo de salud.

El perfil de morbosidad crónica presenta las características y los problemas siguientes:

- La ciencia médica, aunque efectiva en la lucha contra la mayoría de las afecciones agudas, parece ser insuficiente e inadecuada en etiología y, también, a menudo, en el tratamiento de las enfermedades crónicas. La explicación más seria de esta ciencia insuficiente radica en el hecho que la mayoría de las enfermedades crónicas resultan de varias causas más que de un solo agente, como ocurre en el caso de numerosas afecciones agudas (ver más adelante);
- las enfermedades crónicas son sobre todo, como lo sugiere la palabra, asuntos de largo plazo, es decir que su tratamiento suele extenderse sobre un período bastante largo, con poca esperanza de curación definitiva, pero bastante posibilidad de estabilizar el progreso de la enfermedad. Por ello, el tratamiento de la diabetes durará toda la vida, aunque los efectos de dicha enfermedad puedan ser controlados. La larga duración de la mayoría de las afecciones crónicas plantea problemas en cuanto al compromiso financiero, económico y moral de la sociedad, en cuanto al grado de preparación de la familia y de otros para participar en el proceso del tratamiento, en cuanto a la influencia en el comportamiento del enfermo considerado.

La situación marginal de los minusválidos en nuestra sociedad, la evicción del hogar occidental moderno de las personas ancianas dependientes, y al comportamiento bastante a menudo reincidente de las personas aquejadas de enfermedades crónicas, indican que la respuesta a las preguntas hechas aún tardará en ser hallada.

- Cuando, en las enfermedades agudas, la atención podía limitarse a la causa de la enfermedad y/o

a la parte dañada del cuerpo, en las afecciones crónicas, el enfermo se convierte en punto de mira como un personaje total, como un dato bio-psico-social. De cierto modo, se devuelve al cuerpo su carácter humano: se descubre la dependencia de determinantes psicológicos y socio-culturales en el comportamiento enfermedad-salud. En efecto, cuando se quiere realizar la estabilización del proceso de enfermedad, es imprescindible y tiene una importancia primordial el hecho de intervenir en los hábitos, el comportamiento usual y las motivaciones del enfermo en cuestión. El enfermo cardíaco debe dar a su ritmo de vida una cadencia más lenta; el diabético debe seguir escrupulosamente su dieta y su medicación; el hipertenso debe seguir puntualmente su medicación y evitar las situaciones de «stress». Además de las técnicas biológicas disponibles, la ciencia psico-dinámica y las nociones sociológicas son probadas e indicadas como funcionales, en lo que se refiere a la prestación de los cuidados. Cada uno aprueba con desgana la necesidad de una asistencia comprensiva e integral, pero, por otra parte, ésta sólo encuentra hasta la fecha una aplicación muy fragmentaria, y ello, por motivos muy complejos.

- Una última, pero muy importante característica de las enfermedades crónicas es la noción de causalidad múltiple. Mientras que, para las afecciones agudas e infecciosas, se puede denunciar una causa sencilla, directa, o, al menos, un solo factor dominante, tal razonamiento o tal modelo de enfermedad no se aplica a la mayoría de las afecciones crónicas. En efecto, la mayoría de los problemas de salud con los cuales la medicina se enfrenta hoy en día no pueden traducirse en un esquema explicativo simplista, en términos de una causa específica y particular. Cada vez más, hay que convertirse de nuevo y pensar en las causas múltiples más que en la causa única. El contexto psicológico y socio-cultural en el cual un individuo se sitúa contribuye a explicar válidamente el origen de todas clases de enfermedades crónicas, que su carácter dominante sea somático o psíquico.

Esto nos lleva a un tercer y último punto:

LA SOCIEDAD ORIGINA Y CURA LA ENFERMEDAD

El hombre no es tan sólo un conjunto biológico y, como tal, comparable con el animal, sino también un ser social, viviendo en una época y una cultura determinadas, en unas circunstancias sociales y económicas bien definidas. La coyuntura del medio determina en gran parte el estado de salud o de enfermedad del hombre.

Cuando se considera la situación en el tercer mundo, es más que evidente que ciertas condiciones sociales y

económicas precisas tienen un papel procreador de enfermedades. Las enfermedades contagiosas y las secuelas de la sub-alimentación son ejemplos típicos de esta situación. Esto ocurre, no sólo en una sociedad que, por unas carencias materiales, reduce a los hombres a una situación de indignidad humana, sino también en una sociedad de consumo que puede llevar a una situación médicamente inadmisibles.

Polución del ambiente y del aire, tensión neurótica de una sociedad de producción y de consumo avanzados, el hecho de sufrir la existencia, son ejemplos del carácter patógeno de la sociedad en que estamos viviendo hoy en día. Son síntomas de un funcionamiento social patógeno.

Es obvio que la imagen de la enfermedad es aquí totalmente social, en el sentido que se trata de la salud de la población o que las causas de la enfermedad deben situarse en la misma naturaleza de una sociedad determinada, en el proceso de sus relaciones y tensiones socio-económicas, en el tipo de cultura vigente.

Por consiguiente, no se puede seguir aislando los problemas de salud, reduciéndolos a una sencilla cuestión individual. La salud de los hombres sólo se logrará por provisiones colectivas resultando de una actitud política. En este momento, la sociedad se convierte en un campo terapéutico y actuará como curadora.

De esta forma, ya no se puede negar que es evidente que las grandes mejoras de la situación sanitaria de nuestra población han sido realizadas, no tanto por la acción individual del médico, sino por el desarrollo de provisiones colectivas. Importantes generadores de enfermedad en nuestra sociedad, tales como la insuficiencia de recursos, la falta de educación y de instrucción, han sido eliminados paulatinamente por la socialización. La consecución de una renta razonable por medio de la lucha social y política ha tenido en el aumento de la longevidad una influencia más profunda que la acción médica de los médicos.

Igual que antaño, la lucha para un mejor estatuto material ha tenido una profunda influencia en la situación sanitaria de la población, se puede esperar ahora que una verdadera actuación conjunta, económica y política de los hombres, llevará a un fuerte retroceso de los síntomas de enfermedad que caracterizan a nuestra sociedad actual.

LOS CONSUMIDORES DE CUIDADOS DE SALUD

Los procesos evolutivos siguientes nos parecen esenciales:

El descenso del porcentaje de natalidad, que va a la par con la regresión constante del porcentaje de mortalidad o, dicho de otra forma, el aumento de la longevidad media, son características de la estructura demográfica del estado-providencial moderno. Concretamente,

esto implica: una población envejeciente, con un índice de edad en aumento. Cuando, además, se tiene en cuenta el hecho que la medicina moderna ha sabido «crear» una nueva especie de enfermos, especialmente los enfermos de larga duración o crónicos, semejante situación significa un crecimiento absoluto relativamente notable del número de tributarios de una asistencia directa en el problema de salud. Dado nuestro sistema de seguridad social, esta evolución tiene otra consecuencia: la población activa, que entra cada vez más tarde en activo (obligación escolar) y deja cada vez más pronto de ser activa (edad de jubilación), deberá, en el futuro, soportar una carga cada vez más pesada para poder seguir cubriendo las crecientes necesidades de los ex-activos.

Dada la modestia de los medios disponibles, se plantea aquí claramente la cuestión de las opciones y prioridades en el problema de salud, y la de las instancias que pueden y deben determinar dichas prioridades. Aquí se plantean concretamente las cuestiones del cupo relativo de medicina especializada o general, de los cuidados curativos o preventivos, de las prestaciones internas o externas en el conjunto del tinglado sanitario que la sociedad pone a disposición de sus miembros. Esta sociedad, pues, deberá proceder cada vez a una nueva elección, pero el reto consiste en que vea primero, y elija conscientemente luego, en vez de correr sin fuerza detrás de las situaciones, evolucionando a ciegas. Todo ello supone, sin embargo, una sociedad que sepa hacer una elección, lo que implica al mismo tiempo la cuestión de la elaboración democrática del problema de la salud. El consumidor deberá ocupar un lugar preferente en esta estructura.

No sólo la necesidad objetiva de cuidados de salud va a aumentar; ocurrirá lo mismo con las necesidades subjetivas, objetivadas o no. En el futuro, se va a (querer) consumir cada vez más cuidados sanitarios, de tal forma que, actualmente, se habla de sobreconsumo médico en ciertos campos, y que se toman varias iniciativas dirigistas para oponerse a este consumo o, al menos, para tenerlo bajo control.

Se pueden encontrar a este consumo creciente varias explicaciones, entre otras las siguientes:

- el valor salud desaparece paulatinamente de la esfera de competición con otros valores y empieza a prevalecer en la jerarquía de los valores de la población entera;
- el crecimiento continuo del nivel intelectual medio;
- la vulgarización creciente de los conocimientos e informaciones médicas;
- la influencia de los medios de comunicación que dedican cada vez más atención a todo lo que se refiere al problema de la salud (ver los trasplantes).

Esta tendencia hacia un consumo creciente no se ma-

nifiesta, sin embargo, de forma idéntica en todos los grupos sociales. En otras palabras, independientemente de diversas variables socio-culturales como la renta, la profesión, la educación, existe, en materia de enfermedad y de salud, un comportamiento diferencial que se traduce por un comportamiento divergente en cuanto al consumo de cuidados médicos.

Más particularmente en relación con los grupos socio-económicos inferiores, se puede afirmar que éstos se caracterizan por:

- una concentración y una orientación sobre el presente inmediato;
- el carácter competitivo de los problemas y de las necesidades de la salud con otros problemas y necesidades;
- una disposición más fatalista en relación con la enfermedad y la muerte;
- un grado muy reducido de educación sanitaria.

Todo ello no deja de tener efectos sobre el comportamiento en materia de enfermedad; innumerables encuestas empíricas han demostrado que esta gente:

- reconocen mucho menos claramente y mucho más tarde ciertos indicios como síntomas de enfermedad;
- por consiguiente, ellos mismos manifestarán mucho más tarde que necesitan asistencia;
- en fin, recurrirán mucho más tarde todavía a una asistencia calificada.

La gente de clases inferiores se convierten, pues, más tarde en pacientes y se presentan al aparato médico con un grado de enfermedad más avanzado, lo que no deja de dificultar la solución del problema médico.

Entonces, uno de los datos más importantes del futuro problema de salud radicarán en el hecho de poder implicar de forma oportuna y adecuada a estos grupos en las posibilidades ofrecidas. Con este fin, se deberá compaginar más los servicios existentes con las necesidades, las aspiraciones y los modos de existencia de los grupos socio-económicamente inferiores, mientras que una educación sanitaria generalizada y sistemática podrá trabajar funcionalmente a este respecto.

La salud y el problema correspondiente se escapan paulatinamente de la esfera de acción caritativa, convirtiéndose cada vez más en un derecho social más que en un objeto de beneficencia. Como el derecho a la instrucción, al trabajo, a la seguridad de existencia, el derecho a la salud y a los cuidados implica ante todo dos aspectos:

- cada uno debe poder disponer de las mismas posibilidades para conservar y mejorar su salud, sea para evitar la enfermedad;

—cada uno debe tener las mismas posibilidades de recibir cuidados médicos idénticos y altamente calificados. Se debe rechazar cualquier obstáculo a este respecto, sea de naturaleza financiera, psicológica o geográfica.

El desarrollo y la toma de conciencia ulteriores de este derecho harán surgir o acelerar la imprescindible creación de los organismos, estructuras e instituciones que se encargarán, de forma autónoma, de los intereses de los consumidores en el cuidado y la dirección de la salud. Pensamos particularmente en las ligas de consumidores de cuidados sanitarios y en los consejos de pacientes que se están experimentando actualmente en un cierto número de países. Se trata de iniciativas por las cuales, partiendo de la posición central del cliente en el cuidado de salud, se intenta garantizar también de facto sus derechos e intereses frente a los distintos escalones y estructuras de cuidado de salud. Estas evaluaciones bien estructuradas de consumidores constituirán, según nuestra opinión, una de las componentes nuevas más importantes en el futuro cuidado de salud.

LAS INSTITUCIONES DE CUIDADOS DE SALUD

Entre, por una parte, los consumidores de cuidados de salud que —hablando de forma simplista— ofrecen dinero para recibir servicio y, por otra parte, los presentadores de cuidados de salud, quienes presentan sus servicios a cambio de dinero, se han desarrollado un cierto número de instituciones y tipos colectivos de comportamiento que dan forma y volumen a las relaciones establecidas entre los que tienen la oferta y los que tienen la demanda. Entre otros, se deben considerar como tales: las relaciones médico-pacientes, las formas de la práctica médica, los centros sanitarios, el abanico completo de las prestaciones internas tales como los hospitales, los asilos de ancianos, los consultorios, los centros de acción preventiva y las formas ambulantes de asistencia.

Se pueden formular las tres observaciones siguientes sobre estas instituciones:

En un futuro próximo, se puede esperar otro aumento, tanto del número como de la variedad de las instituciones, reflejando la preocupación sanitaria.

Mientras que, en un principio, todos los enfermos vivían lo más a menudo en el mundo de los sanos, actualmente, tal cosa no suele ocurrir durante mucho tiempo. El problema interno de salud ha motivado la creación de un mundo propio de los enfermos, por los dos motivos siguientes:

- porque sólo allí existen los medios precisos para el diagnóstico y la terapéutica;
- porque los cuidados especializados y vulgarizados

se convierten en una carga demasiado pesada para el mundo de los sanos.

En margen del cuidado interno de salud que se caracterizó por un desarrollo impresionante durante los últimos diez años, se ha desarrollado el cuidado de salud externo o social. Mientras que enfermedad y curación se hallan claramente en el centro del primer problema, el segundo, por lo contrario, es orientado hacia la salud y su promoción. La rapidísima expansión de cuidados de salud sociales y mentales permiten, según nuestra opinión, predecir que la totalidad de los institutos de salud se desarrollará precisamente en este sector con una intensidad igual a la que marcó los cuidados de salud físicos e internos durante la primera mitad del presente siglo. Conjuntamente, pero sin coincidir perfectamente con la dualidad ya citada, se puede llamar la atención sobre la evolución del cuidado de salud, del aspecto meramente curativo hacia una faceta más bien preventiva. Se puede esperar un fuerte aumento de los institutos de cuidados preventivos, precisamente porque el acento se desplaza de la noción enfermedad hacia la noción salud.

Más intensamente aún que en el caso actual, este crecimiento en número y en diferenciación va a plantear el problema de las imprescindibles coordinación, planificación y dirección. Sin embargo, para ser coordinada, planificada y sistemática, la gestión de cuidados de salud no presenta la garantía automática de ser (realmente) democrática. Entonces, será preciso edificar para la gestión de cuidados de salud unas estructuras específicas de deliberación democrática. Como, actualmente, se puede observar el arranque discreto de una regionalización en materia de cultura, enseñanza, desarrollo económico y arreglo del territorio, es urgente que esta regionalización pueda, en materia de salud también, actuar como un mecanismo potencial para implicar, de forma más directa e intensiva, a la población servida en la formulación y edificación de los cuidados de salud. Esto es tanto más imperioso en cuanto que las soluciones formuladas actualmente parecen ser establecidas en función de y determinadas por factores de poder, de importancia política y de prestigio social más que por las necesidades reales de la población a servir.

La tendencia hacia una ampliación dimensional, que se puede observar ya en este momento, en relación con las instituciones sanitarias, progresará aún más en el futuro. Las instituciones menores tendrán dificultades para mantenerse, por la introducción de un aparato complejo y costoso, de la acomodación y de un personal extremadamente especializado por una parte, y, por otra parte, por la diferenciación de servicios por esencia, ligados mutuamente y que se refieren el uno al otro.

Esta escala ampliada va automáticamente a acentuar el momento de organización dentro de los institutos de salud, subrayar la necesidad del «management» científico y acelerar la burocratización de las instituciones.

El modelo burocrático se caracteriza, entre otras cosas, por una jerarquización de la autoridad, la división y la especialización del trabajo, las acciones y tareas estandarizadas y rutinarias, reglas generales y formales que prevalecen, relaciones más formalistas y despersonalizadas.

La forma orgánica de la burocracia implica, pues, numerosas rigideces, formalismos y faltas de flexibilidad que, según que el establecimiento de cuidados se organice más como una industria, irán aumentando en vez de ir disminuyendo. Esto hace más imperiosa todavía la solicitud que un establecimiento de cuidados sea más humanizado. Esta cuestión de humanización es, por esencia, ligada a una sintonización más directa y eficiente de todas las instalaciones —existentes o futuras— con las necesidades del paciente. Siguen siendo hoy en día muy problemáticos unos factores como: la acogida, la duración de la espera, la señalización, la información, instalaciones materiales tales como el sistema de salas, y el ritual de las comidas, el aspecto formalista y fragmentario de las relaciones médico-paciente, la totalidad del clima socio-emocional del tratamiento y del acompañamiento. Será preciso, en un futuro próximo, realizar un serio esfuerzo para orientar y sensibilizar lo mejor posible la dirección de los establecimientos de salud sobre el problema de la humanización.

La necesidad de coordinación y de planificación, además de la tendencia establecida hacia una ampliación dimensional, permiten inferir que el alcance y el tenor de la organización, de la gestión, de los funcionarios de dirección, aumentan en importancia en el conjunto de las instituciones sanitarias.

La tensión relativa entre la profesión y la burocracia, cuya inmanencia ha sido reconocida ya en otras estructuras de organización, se hará también mucho más patente dentro de las instituciones sanitarias y tomará formas más rigurosas. Esto será activado aún más, al menos de forma provisional, por el hecho que los directores de hospitales se convierten en profesionales; este proceso se está desarrollando ya y será, inicialmente, sentido como una amenaza contra su propia posición por las profesiones (médicas) presentes. Mientras que la cuestión de la humanización del establecimiento de salud hacia el cliente ha sido planteada en el punto de vista anterior, se puede plantear aquí la misma cuestión en el punto de vista del establecimiento de salud considerado como realidad de trabajo. Al límite, se podría decir que la humanización del hospital con vistas al bienestar del paciente sólo tiene sentido y probabilidad (de ser efectiva) si el hospital se convierte al mismo tiempo en una sociedad de real participación para todos los interesados, lo que significa la democratización fundamental de las relaciones de trabajo. En cada escalón del hospital, se debe estudiar y organizar la coordinación del trabajo y la participación en las decisiones. Manifestaciones como reuniones periódicas de división, asambleas de grupos de personal específicos, consejo de

hospital, presentan actualmente un carácter demasiado ocasional todavía como para poder tener un papel estimulante y resolutivo en el campo complejo, pero importantísimo de las relaciones internas del trabajo hospitalario.

LOS PROVEEDORES DE CUIDADOS DE SALUD

Mientras que, en un capítulo posterior, se tratará del personal enfermero ofreciendo sus servicios en el cuidado de salud, las consideraciones generales siguientes pueden expresarse acerca de los que tienen la oferta:

En los cuidados de salud, la oferta se caracteriza en primer lugar por una división exponencial del trabajo, manifestándose especialmente en los dos planos siguientes:

- una división social del trabajo, donde se trata de una especialización en el medio profesional. Para esta división del trabajo, la estructura del mercado es característica, es decir que los interesados realizan unas prestaciones bien determinadas, poniendo su resultado en el mercado de forma relativamente autónoma;
- una división técnica del trabajo, donde ya no se trata de especialización en los oficios, sino en las funciones. Cada una de estas funciones, tomada por separado, tiene una significación restringida: las prestaciones realizadas son prestaciones parciales que deben combinarse con otras prestaciones para producir un resultado que tenga algún valor económico o social. Es la estructura de la organización, y no la del mercado, que es aquí la característica.

Si se definen los cuidados de salud como un objetivo a realizar colectivamente, para lo cual varios expertos especializados deben traer una aportación específica, aunque complementaria, entonces, se señala como una estructura de organización más que como una estructura de mercado. En la realidad, sin embargo, la estructura de mercado domina fuertemente la de organización, en los cuidados de salud. Tal cosa significa que los diferentes expertos pueden presentar su aportación a los cuidados de salud de forma autónoma y sin coordinación.

Semejante estado de cosas significa también que dichos expertos parecen ser competidores más que colaboradores complementarios, frente a sus pares u otros especialistas. Todo ello significa, en fin, que una oferta de cuidados organizada y escalonada sigue siendo un objetivo todavía por realizar.

Se puede encontrar una explicación a ello en la posición de predominio profesional del médico que:

- no reconoce el valor relativo de tales relaciones complementarias con otros trabajadores de salud, lo que hace que éstos, naturalmente, se quedan totalmente atrás;
- ve bien a estos otros trabajadores de salud, pero no los utiliza según su especialización específica;
- mantiene a estos otros especialistas bajo su absoluta tutela, y los trata como si fuesen su personal ejecutivo.

Ya que, en la mayoría de estos nuevos oficios, surgen tendencias e incitaciones al profesionalismo, se puede esperar tensiones y conflictos crecientes con la profesión médica, si esta última no llega a una nueva definición social de su tarea y de su función.

La especialización creciente en medicina y la dependencia cada vez más estrecha de la tecnología en los cuidados de salud no acarrearán tan sólo implicaciones en los tipos de organización, sino también para el paciente en torno a quien, al fin y al cabo, todo gravita.

El comprensible éxtasis ante las posibilidades prácticamente ilimitadas del saber médico-técnico hizo que se ha dejado de considerar al hombre como una entidad psico-socio-somática y hecho problemático el tratamiento integral en los cuidados de salud. El hombre es reducido a un compuesto complicado de órganos, a un fenómeno biológico que, aparentemente, apenas es diferente del animal. El hombre enfermo es, para el médico actual, una proporción compleja de cosas. Esto recae en la jerga profesional clínica: se habla de «úlcera gástrica», de «infarto de miocardio», etc. La enfermedad, de este modo, se refiere a órganos precisos y se separa del individuo; la enfermedad se convierte en un acontecimiento anónimo, una cosa, un conjunto abstracto de hechos. Sería una locura, naturalmente retroceder y rechazar otra vez la diálisis y los aparatos Röntgen, o volver a instaurar la técnica anticuada de la sangría. Pero es de sentido común tomar conciencia de que la técnica sola deshumaniza, si no se pone al hombre en el primer plano, por encima de la técnica.

Con otras palabras, se nota una urgente necesidad en modelos nuevos, alternos, para los cuidados de salud en los cuales, además del clásico aspecto bioquímico, se dedicaría bastante espacio y atención al aspecto metamédico. Este aspecto metamédico se refiere a la unidad psico-socio-somática del hombre que, para los cuidados de salud, es muy significativa en un doble punto de vista:

- por una parte, la atención es llamada sobre los efectos e implicaciones de la morbosidad sobre el equilibrio psico-dinámico y la situación social del individuo;
- por otra parte, se subraya el papel que las variables psicológicas y socio-culturales pueden tener en el proceso de caer enfermo o de quedarse en buena salud.

Semejante concepto integral de la salud puede ser la única alternativa válida frente a un cuidado de salud cada vez más especializado y técnico.

En conexión con las dos tendencias anteriores y con la evolución que se puede esperar en las instituciones sanitarias, se puede suponer que la profesión médica, al igual que los demás oficios en relación con la salud, se edificarán en conjuntos orgánicos más amplios. Es decir que, en el futuro, el cuidado de salud presentará cada vez más claramente el carácter de trabajo en equipo. Esto quiere decir también que el tipo clásico de profesión liberal, consumida y usada durante numerosos años, es o será cada vez más superado. Esto no implica forzosamente, sin embargo, el ocaso de la autonomía de la profesión: pero esta autonomía deberá volver a ser definida de forma menos individual y más colectiva dentro de la estructura organizada. Aquí también se pueden esperar tensiones y dificultades, como, entre otras cosas, lo ha demostrado recientemente la elaboración del estatuto de médico hospitalario. En este campo, se deberá, sin embargo, buscar un momento de equilibrio (entre la profesión y la organización).

Además, esta evolución tendrá una enorme repercusión sobre la ética médica, donde las libertades y los derechos tradicionales exigirán una nueva definición, y también sobre la organización médica donde se manifestará cada día más imperiosa la necesidad de una formación de cuadro. Puede ser evidente que resultará, a la larga, datos importantes y fundamentales para las estructuras de institución, pero esta evidencia es demasiado parcialmente reconocida en la realidad.

COMO CONCLUSIÓN: EL CUADRO ENFERMERO

Cuando la sociedad y los cuidados de salud son implicados en un proceso tan rápido y fundamental de mutación social, no es extraño que el «nursing» y el cuadro enfermero se modifiquen también en forma y en tenor. Sobre el particular, se podría, entre otras cosas, formular en forma de tesis las siguientes consideraciones:

- Dada la proliferación de los oficios nuevos en los cuidados de salud por una parte, y por otra parte, la planificación en los cuidados de salud, el nursing deberá profesionalizarse con un ritmo acelerado, si el personal enfermero no quiere ser dejado atrás y perder sin remedio el contacto.
- La adquisición de un estatus profesional propio, o, dicho de otra forma, la sanción legal de su propia personalidad, es una de las primeras condiciones imprescindibles para este proceso de profesionalismo. Donde el médico se halla en el centro del pool tratando la enfermedad, el enfermero (a) será el eje del pool de los que asisten al enfermo.
- Atrincherrarse en el medio técnico bio-médico; igual que orientarse hacia una responsabilidad ad-

ministrativa y burocrática, llevarán a una deprofesionalización mucho más que a un verdadero profesionalismo. Tan sólo una opción franca hacia la asistencia integral del paciente, donde éste es considerado como una entidad psico-socio-somática, traerá garantías suficientes para un concepto específico y autónomo de la tarea.

- Como figura central en la asistencia del paciente, el cuadro enfermero no se halla, en primer lugar, al servicio del médico y no puede ser considerado como una prorrogación de éste. La relación entre médico y cuadro enfermero deberá evolucionar de la idea «trabajar para» hacia la noción «trabajar con».
- En un proceso continuo de profesionalismo, la formación deberá, más que en pasado, convertirse en un motor estimulante. En la perspectiva de una Europa Unida, hay que abogar para una formación de base uniforme, que dé la posibilidad al personal enfermero de ejercitar su profesión en un país de su elección. Mientras que, actualmente, los ramos médicos pesan todavía mucho como tales en la formación, se deberá, en un futuro próximo, reservar más sitio tanto para los ramos específicamente en relación con los cuidados como para las ciencias humanas.
- Con el fin de llevar a un completo desarrollo una tecnología específica y una ciencia sistemática de

los cuidados, se deberá garantizar una prioridad absoluta a la investigación dentro del arte de curar. Tal investigación permitiría sostener tanto la instrucción como el ejercicio de la tarea de forma más sistemática y científica.

- La promoción de la profesión de enfermero (a) y el mantener en marcha el proceso de profesionalismo presuponen organizaciones profesionales potentes y dinámicas, en el plano tanto nacional como internacional. Con toda honradez y franqueza, hay que preguntarse si, en este campo, se debe dar la preferencia a unas organizaciones profesionales multiformes más bien que uniformes. Formas intermedias, como, por ejemplo, la asociación temporaria de varios grupos con el fin de realizar objetivos concretos, pueden también tomarse en consideración.
- En todo caso, el cuadro enfermero deberá, en un próximo futuro, alcanzar un nivel de compromiso político y social más elevado que en el pasado. Esto significa que ella (o él) va a tomar una posición consciente y crítica y que ella (o él) va a desarrollarla en primer lugar, en relación con su propia tarea y profesión, y luego, frente a la organización y el funcionamiento de los cuidados de salud, y, por fin, frente al desarrollo social global, cuya relación con la enfermedad y la salud no puede seguir siendo desconocida.

Labor Hospitalaria

Tenemos a disposición de nuestros suscriptores

los números de los años 1969 - 70 - 71 reunidos en un solo volumen.

Pídale usted

LABOR HOSPITALARIA

Curia provincial, Hnos. de san Juan de Dios

Alda. Gral'mo. Franco, 547

BARCELONA 14

DOCUMENTO BASE EN RELACION CON LA FORMACION PERMANENTE DEL PERSONAL SANITARIO

Por el doctor A. DIEZ-CUERVO
Director del Instituto san José
de los hermanos de san Juan de Dios, Madrid

El ritmo evolutivo de la asistencia hospitalaria, el desarrollo científico diagnóstico y terapéutico, las aportaciones de las ciencias básicas, la evolución de las ideas sociales, etc., hace que se sitúe al hospital como «parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médicosanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médicosanitario y de investigación biosocial». (OMS, Ser. inf. técn. 122, 1957).

Las nuevas teorías hospitalarias sitúan al hospital como una empresa altamente diferenciada en sus cometidos, pero como un conjunto, al mismo tiempo, de actividades humanas colectivas organizadas con el fin de producir bienes o prestar servicios. Se ha llegado al hospital-empresa, como un «equipo de equipos», donde es preciso que los miembros del equipo posean las mismas ideas y que éstas les capaciten para trabajar juntos, si se quiere lograr eficacia y calidad.

En su finalidad de producir salud, el hospital moderno precisa examinar continuamente los módulos y medidas de esa productividad, en un intento de apreciar si cumple o no la finalidad que le compete. No puede haber lugar para la improvisación. Los avances tecnológicos aumentan para facilitar la calidad de la asistencia, pero no favorecen la disminución del personal, sino que requiere estar cada vez más y mejor capacitado. Así todo hospital se convierte y debe ser considerado como un centro docente, proyectándose sobre el personal que en él trabaja, y dedicando una atención muy preferente a la enseñanza y preparación de su propio personal, y muy especialmente de su personal auxiliar-técnico.

La formación debe ser, pues, una infraestructura para cualquier tipo de desarrollo sensato en la asistencia hospitalaria, ya que ella permite siempre aumentar la eficacia individual y colectiva, al enriquecer al hombre en sí mismo y a través de él a la empresa donde sirve. Es lo que se ha definido como «la necesidad de transformarse sin cesar, para estar siempre adaptado». El hospital debe contar o contratar los medios necesarios para formar el personal preciso para dotar todos los servicios de acuerdo con las exigencias actuales. (Ley 37/1962, de 21 de julio sobre Hospitales. Art. 1.º.— Los hospitales son también centros de formación de personal

técnico y sanitario...) (Entre los aspectos de la calidad de la función hospitalaria se encuentra la «existencia o falta de personal competente», etc.)

El éxito de una empresa depende de su aptitud en perfeccionar a los hombres que en ella trabajan. La formación constituye una permanente necesidad, y no sólo en su aspecto de buscar la eficacia y el rendimiento, sino también para una política de promoción del personal. Es decir, la formación no debe constreñirse al perfeccionamiento profesional, sino que debe abarcar, al mismo tiempo, el progreso de la personalidad, constituyendo una verdadera «promoción humana» de interés para todos.

La formación debe ser una acción general, continuada y permanentemente renovada.

La formación que debe impartirse tiene que considerarse:

FORMACIÓN TÉCNICA, que equivale a adaptación. Adaptación a la evolución constante de las técnicas y los métodos de trabajo. Los cambios actuales exigen unos conocimientos concretos, eficaces, y más próximos a la realidad de cada día, y la formación debe preocuparse de facilitarlos, evitando el inmovilismo y la esclerosis profesional.

FORMACIÓN HUMANA. Las ciencias humanas acausan un retraso considerable sobre el progreso técnico, pero no puede olvidarse los componentes humanos en el trabajo, por lo que debe intentarse el desarrollo máximo de sus capacidades y la posibilidad de desarrollar su valor potencial.

LA FORMACIÓN PARA EL GRUPO. Tratar de movilizar a todo el personal en función de los fines que se buscan. La formación debe crear la solidaridad entre ellos.

En resumen, diríamos que la formación permanente debe garantizar una mayor seguridad en el empleo, facilitando su nueva orientación o actualización dentro del hospital, si es necesario, su reconversión fuera de él, debe permitir a cada uno asimilar mejor los progresos técnicos y cooperar más activamente al progreso general, pero debe ayudar, también, a que el hombre tenga acceso a los bienes de la cultura, del espíritu, de la dignidad y de la responsabilidad, ya que toda persona tiene derecho al perfeccionamiento.

Si la formación permanente es una necesidad, debe plantearse de tal manera que a ella se someta todo el personal del hospital, con el fin de actualizar su cultura profesional, promocionar al hombre que trabaja y mejorar la asistencia al enfermo.

Deben utilizarse:

- Principio de la división del trabajo, con diferenciación de las tareas, de las funciones, deberes y responsabilidades de los puestos de trabajo y de los órganos o unidades en que se integran.
- Principio de la especialización, con la diferenciación en la preparación, capacitación, técnica y adiestramiento de los individuos.

Es decir, si queremos organizarnos hay que «dividir el trabajo y especializar a los trabajadores».

Antes de confeccionar ningún plan debe tenerse en cuenta:

- conocimiento del personal al que se va a formar;
- conocimiento del puesto de trabajo que va a ocupar;
- metodología de la formación a impartir;
- finalidad a conseguir;
- que el programa responda a las exigencias actuales...

Una vez sentadas estas premisas:

- informar a todos los interesados sobre lo que se pretende, (es preferible la información oral e individual);
- dar ocasión de comunicar sus deseos y de presentar sugerencias los propios receptores;
- esforzarse por suscitar el interés y obtener la adhesión de todos, (nadie aprende nada contra su voluntad);
- crear un estado y grado de receptibilidad suficiente, que responda a sus deseos, tal manera que lo ofrecido se haga deseable, y lo acepte como algo de interés para él;
- vencer las resistencias a la formación;

(aunque existe un consentimiento general sobre la bondad de la formación, en el orden práctico presenta inconvenientes para su realización: dificultades financieras; resistencia de los propios interesados [resistencia al cambio de conocimientos, apego a las viejas costumbres, oposición a métodos nuevos, aversión a volver a los bancos de la escuela, etc.]; resistencia de los superiores; hostilidad de los compañeros, etc.).

Por ello, hay que crear interés por este tipo de actividades:

- obteniendo el apoyo de la dirección;
- estudiando las necesidades reales de cada empleado o grupo;
- acertando con los métodos de formación;
- pero también: garantizando la estabilidad del empleo, reconociendo y respetando derechos y situa-

ciones aceptables por el personal, estableciendo retribuciones suficientemente remuneradas y justas, montando un ambiente adecuado de trabajo, incrementando el prestigio de cada unidad de trabajo, estableciendo procedimientos adecuados para la promoción de los más capaces, valorando y reconociendo el grado de rendimiento real de cada uno, aumentando el margen de iniciativa personal, combatiendo la despersonalización en el trabajo, estableciendo canales de información ascendente y descendente, etc.

Después de todo esto:

- poner en práctica el plan definitivo;
- controlar regularmente la eficacia y validez de la formación que se está dando o ya se facilitó;
- readaptar el plan fijado de acuerdo a la información obtenida en los controles;
- fijar la duración y ritmo de cada formación;
- prever etapas sucesivas.

Todos los cursos pueden desarrollarse dentro o fuera del Hospital, o bien utilizando el método de permutas de personal, muy interesante y utilizable si existiera una verdadera coordinación entre los hospitales interesados.

El contenido de los cursos puede ser:

- cursos de perfeccionamiento que traten temas de actualidad médica general para intentar una «puesta al día»;
- cursos de información intrahospitalaria, ante la instalación de un nuevo servicio, adquisición de cierto instrumental;
- cursos de especialización a la vista de las necesidades y el personal preciso (radiología, psiquiatría infantil, laboratorio);
- cursos de pastoral hospitalaria;
- cursos de sociología, psicología, o sencillamente para desarrollar cualidades y competencias determinadas del personal (comprensión del comportamiento humano, curiosidad y sentido crítico, capacidad de observación, deseos de perfeccionarse, etcétera).

En cuanto a las técnicas y métodos, debe recurrirse a las técnicas de formación de adultos:

- formación en el mismo puesto de trabajo;
- rotación y transferencia;
- clases, conferencias, charlas;
- demostraciones, estudio de casos;
- discusión en grupo (seminarios, mesas redondas);
- visitas a centros o servicios;
- participación en proyectos;
- discusión dirigida;
- testimonios de expertos;
- representaciones espontáneas;
- utilización de cintas magnetofónicas, libros de texto, folletos, monografías, carteles, películas, etc.

EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS (III)

Por el padre PAULINO ALONSO BLANCO, C. P.

HISTORIA DEL SACRAMENTO¹

En sendos artículos expondremos todo lo concerniente a la historia del Sacramento o mejor dicho a la toma de conciencia del mismo en la Iglesia. Nos ayudará a comprender cómo se llegó a formar el actual ritual de la Unción de los enfermos y el uso que los fieles hacen del óleo bendecido y destinado a los enfermos.

1.ª PARTE:

El rito de la bendición del óleo, hasta finales del siglo VII

Esta primera parte histórica la dividimos en dos secciones según las fuentes diversas: litúrgicas y de escritos eclesiásticos, de donde han sido tomadas.

LOS TEXTOS LITÚRGICOS

Notemos en primer lugar que la práctica «litúrgica» del uso del óleo para los enfermos fue imponiéndose

En la actual renovación catequética la exposición histórica adquiere notable importancia para alcanzar a comprender la realidad sacramental en su auténtica situación.

Es un modo, y no el último, de iluminar el contenido de la Unción y capacitar a los fieles cristianos para una recepción consciente y activa. Establece además las bases históricas de la renovación pastoral que se postula con tanta urgencia.

sin referencia alguna canónica hasta Inocencio I, principios del siglo v.

Hasta la Tradición Apostólica de Hipólito las referencias a la Unción con el óleo son: dudosa la de san Ireneo, siglo II, y bastante cierta la de san Juan Crisóstomo a finales del siglo IV.

Poseemos un testimonio, también del siglo IV, en la noticia que nos transmite Sulpicio Severo en sus Diálogos: la mujer del Conde Aviciano pide a san Martín

Como nueva aportación bibliográfica indicamos:

ALÉS, A., *Extrême-Onction*, en: *Dictionnaire de la Bible*, Supplément, II, cc. 262-272.

CHAVASSE, A., *Oraciones por los enfermos y Unción sacramental*, en: *Martimont*, A. G., *La Iglesia en oración*. Introducción a la liturgia, Barcelona Herder, 1965, pp. 621-636.

DIDIER, J. C., *Extrême Onction*, en: *Catholicisme*, IV, cc. 991-1006.

POSCHMANN, B., *Pénitence et Onction des malades*, Paris, 1966.

RIGHETTI, M., *Historia de la liturgia*, Madrid, 1956, II, páginas 879-898.

RUCH, C., *Extrême Onction*, II. *Extrême Onction du Ier au IXe siècle*, en: *Dictionnaire de Théologie Catholique*, V, 2, cc. 1927-1985.

¹ El estudio histórico del sacramento de la Unción de los enfermos plantea varias cuestiones de importancia. Normalmente esta clase de exposiciones ha de ir acompañada de las correspondientes notas bibliográficas y documentales. Nuestro parecer es que la inclusión de estas notas cargaría excesivamente el texto con ventajas muy dudosas. Por otra parte nos hemos propuesto la divulgación de la doctrina cierta y bien probada científicamente, pero sin ese aparato que se utiliza en publicaciones de carácter científico y no informativo, como es el presente. Se quiere decir que a las afirmaciones se podrían añadir las pruebas documentales correspondientes.

Otra cuestión está relacionada con el conocimiento histórico de la época sobre todo de la vida litúrgica, prácticas sacramentales y condiciones socio-culturales en que se desarrollan. El que solo apuntemos lo puramente imprescindible no creemos haga perder al texto claridad y exactitud.

que bendiga «como es costumbre» una ampolla de aceite para servir de remedio en las enfermedades.

Lo que adquiere importancia en nuestro caso es la frase «como es costumbre». Nos acerca evidentemente a la primitiva Iglesia y sin mayor esfuerzo nos conecta con las prácticas del tiempo apostólico y del mismo Jesucristo.

Si bien es verdad que carecemos de noticias durante estos cuatro primeros siglos del modo de usar el óleo de los enfermos, disponemos sin embargo de oraciones de bendición, que son los que más luz nos van a ofrecer para comprender la evolución del rito de la Unción y en qué consiste el efecto o efectos que produce.

LA BENDICIÓN DEL ÓLEO EN LA «TRADICIÓN APOSTÓLICA» DE HIPÓLITO Y EN LA LITURGIA ROMANA

El sacerdote romano Hipólito es el autor de la «Tradición Apostólica», un documento litúrgico del siglo III de gran importancia para la Iglesia. En él encontramos mención del óleo de los enfermos destinado a la curación de los mismos según el uso que se hacía en la Iglesia romana.

Su utilización será realizada ya como bebida, ya aplicándole externamente al cuerpo. Se busca un doble efecto: salud y consuelo. Compruébelo por sí mismo el lector:

«Lo mismo que al santificar este óleo concedes, Señor, la santidad en aquellos que son ungidos con él y a aquellos que lo reciben, así como con él has ungido a los reyes, sacerdotes y profetas, procure el consuelo a quienes lo tomen y la santidad a quienes se sirvan de él».

Por esta misma época encontramos documentos que se refieren a Egipto y Siria, como el «Eucologio» de Serapión de Thmuis y las «Constituciones Apostólicas» —los dos documentos son por lo menos del siglo IV.

En ellos se repite más o menos el contenido de la oración de la «Tradición Apostólica». También influyó ésta de manera eficaz y clara en los posteriores textos litúrgicos. Precisamente una de las oraciones que todavía se recitan en el actual rito de la Unción se remonta al siglo V y nos la han transmitido los sacramentarios gelasianos y gregorianos. Otros autores conocerán este texto por la palabra inicial latina «*Emitte*».

En él se pide por la bendición en el nombre de Nuestro Señor Jesucristo el envío del Espíritu Santo sobre el óleo para alivio de los corazones y como remedio para el cuerpo, alejando del corazón y del cuerpo todos los dolores, toda debilidad y toda enfermedad.

Según esta oración litúrgica advertimos que existe una bendición en la que se pide la presencia del Espíritu

Santo, que es quien da una eficacia nueva al óleo: se constituye éste en remedio del cuerpo y del espíritu. Tiene su importancia destacar que se refiere preferentemente al efecto corporal.

Entrando en los umbrales de la Edad Media —finales del siglo VII o principios del VIII— nos encontramos con otro texto litúrgico conocido con el título «*In tuo nomine*», de origen galicano-visigótico.

Considerando a Cristo médico de todos nuestros males se le suplica haga descender rápidamente a su Santo Espíritu a fin de que comunique el remedio de su poder al óleo. Antes se ha fundamentado la petición con el texto del apóstol Santiago que ya conocemos, no sin reconocer que es necesaria la fe para su eficacia.

Los efectos que se señalan al óleo exorcizado, bendecido y santificado sobre el que se ha pedido descienda el poder, la luz, el alivio y la pureza de la salud, se resumen en una frase muy significativa: «todas las violencias del dolor».

La enumeración de los males de los que se pide curación es casi interminable. Para que se comprenda la mentalidad en torno a la Unción, vamos a transcribir parte de esta oración:

«Que sirva de remedio a los que tienen fiebre y a los que sufren disentería. Que sirva de remedio a los paralíticos, a los cojos, a los ciegos, y a todos los enfermos.

Que aleje todos los temblores de la fiebre común, de la terciana y de la cuetana. Que abra la boca a los mudos. Que restaure a los miembros desecados. Que sustituya a la demencia por la cordura. Que expulse los dolores de cabeza, la ceguera, toda enfermedad de las manos, de los pies, de los brazos, del pecho y de los intestinos, así como todas las enfermedades externas e internas y los dolores más ocultos. Que haga apacible el sueño y confiera el buen estado a la salud.

Que si algo malo o maléfico empieza a infectar un cuerpo, el contacto con este ungüento corte radicalmente todos sus gérmenes. Que sean calmados el dolor del mordisco de los animales, la rabia de los perros, la picadura de los escorpiones, de las serpientes y de las víboras y de todo monstruo, que sea devuelta la salud y cicatrizadas las llagas».

El haber copiado esta larga cita obedece al deseo de mostrar a los lectores que todos los efectos indicados son exclusivamente corporales. No advertimos indicación que diga referencia a los efectos espirituales. Y ni el menor indicio del perdón de los pecados.

La inclusión del presente texto en los Pontificales como el «Romano germánico» y el «libro visigótico de las Órdenes» lo encuadran dentro del sacramento, pero estamos todavía lejos de obtener una idea completa del sacramento en sí mismo y de sus efectos.

Tres fórmulas se encuentran en Milán sobre la bendición del óleo. Elegimos la más significativa, que data del siglo IX y que se le conoce como el texto «*Domine Sanctae, gloriose...*»

No conteniendo nada especial sobre la bendición del «aceite» que no conociéramos, interesa más destacar los efectos que se indican en la oración y que se pide conseguir: curación de enfermedades, lucha contra el demonio —en lo que puede ser causa de enfermedad— alejamiento de la fiebre y de la causa de todo dolor.

Se podría destacar la frase «obtenga el alivio del alma y del cuerpo», que sin indicar efectos espirituales, comprende también los efectos que la enfermedad puede causar en la parte espiritual, el alma.

Finalmente otro texto, esta vez de la liturgia visigótica exclusivamente «*Domine Jesu Christi*», datado como del siglo IX.

La oración se dirige a Jesucristo a quien se atribuyen las palabras de la carta del apóstol Santiago.

Después de pedirle que se haga presente en lo que ha instituido, se le ruega que comunique a esta criatura —el óleo— el vigor de su Espíritu y por este Espíritu sea infundido en el óleo el poder de curar la enfermedad y la gracia de la salud. Luego siguen las peticiones de cara al enfermo:

«Que unja los miembros débiles y cure las llagas de los desdichados. Amén.

Que sean aliviadas las articulaciones imposibilitadas por el dolor, curados aquéllos a quienes debilita la enfermedad. Amén.

Que esta unción salutífera venga en ayuda, gracias a Ti, de todas las enfermedades y de todas sus causas internas y externas. Amén.

Que no triunfe en ellos —los que son ungidos— ninguna enfermedad ni interior ni exterior, sino que desaparezca toda infección mortal. Amén».

Volvemos a insistir que todos los efectos enumerados se refieren al orden temporal. Uniendo la enfermedad y el pecado y considerando a aquélla como castigo de éste, con todo, no se indica relación alguna del óleo respecto al pecado. Toda la atención está centrada en los beneficios corporales.

Queremos destacar que se sigue hablando de unción sobre los miembros débiles y nada se indica de su utilización por medio de bebida.

Estos textos, poco numerosos, nos presentan el Sacramento de la Unción admitido oficialmente y acompañado de un rito dirigido por la Iglesia, sobre todo en la bendición del óleo.

Esta bendición está reservada en Roma al Obispo y en Francia a cualquier sacerdote, hasta que acabó también por imponerse aquí la disciplina romana.

En Roma se bendice cualquier día y a petición de los interesados dentro de la misa al terminar el canon por lo menos desde principios del siglo III.

Pero desde el siglo VII tiende a practicarse el rito de la bendición solo el Jueves Santo y desde el siglo siguiente se ejecuta conjuntamente por el Papa, obispos y sacerdotes concelebrantes. Al final queda reservada la bendición al obispo en el Jueves Santo.

La utilización del óleo bendecido era ejecutada preferentemente por los fieles y todo da a entender que con mucha frecuencia, como aparecerá de los textos de san Cesáreo de Arlés.

Era una práctica normal, incluso admitida y aprobada canónicamente en todas las Iglesias de Occidente y que se prolongó hasta la época carolingia.

Pero también progresivamente se fue reservando al sacerdote. Abundan testimonios. De san Agustín se cuenta que visitaba diligentemente a los enfermos y prácticamente es cierto que les ayudaba con la imposición de las manos, orando a su cabecera y sirviéndose del óleo bendito.

LOS ESCRITORES ECLESIASTICOS

La importancia de los escritores eclesiásticos está fundada en que la mayor parte de dichos escritos son comentarios del texto de Santiago o revisten un carácter doctrinal o disciplinario netamente marcado o algunos de ellos provienen de representantes de la Iglesia docente, es decir de papas u obispos.

Inocencio I en su respuesta del año 416 a Decencio, obispo de Gubbio (Italia) precisa quién es el ministro que puede bendecir el óleo indicado en el texto de Santiago que ya conocemos.

La respuesta es clara: si lo puede hacer el sacerdote, más razón para que lo pueda realizar el obispo. «Pues si se habla de los sacerdotes es por el motivo de que los obispos, impedidos por otras ocupaciones no pueden ir a casa de todos los enfermos». Pero una vez bendecido, puede ser usado por todos los cristianos sobre sí mismo o sobre otros.

Junto a la cuestión general propuesta por el interrogante, encontramos otros elementos que es interesante destacar.

Sea lo primero que se limita exactamente quién es el destinatario: un enfermo «bautizado». «¿Cómo pensar que pueda concedérsele semejante sacramento a aquel a quien se le niegan los demás?». Las palabras de Inocencio I no permiten precisar qué clase de gravedad ha de tener el enfermo.

Anotemos que este texto fue universalmente conocido y considerado como texto canónico relativo a la Unción de los enfermos en todo Occidente e incluido además en las colecciones canónicas. También lo conocen muy bien la mayoría de los escritores que más adelante citaremos.

Nada menos que en tres sermones se ocupa san Cesáreo de Arlés (503-504) del Sacramento de la Unción.

Sin prolongar excesivamente el análisis descriptivo que estamos haciendo, vamos a resumir lo que estos tres sermones contienen sobre la Unción de los enfermos.

Bien aclarado que conoce y cita dos veces el texto de Santiago, presentamos las ideas principales del santo.

El enfermo ha de reclamar el óleo bendecido por los sacerdotes. San Cesáreo estimula la práctica corriente del uso del óleo como «remedio de la Iglesia».

Todo el planteamiento del santo obedece al descuido en la recepción de este sacramento porque los enfermos prefieren recurrir a encantadores, arúspices y adivinos. Se trata, pues, de no privarse de recibir la salud del cuerpo y obtener la remisión de los pecados. Su omisión es un mal inmenso que se procura el enfermo.

Parecido planteamiento propone en otro sermón, esta vez refiriéndose a las madres que tienen hijos enfermos. En lugar de pedir la Eucaristía y ungir con el óleo bendecido por los sacerdotes, como está escrito, hacen todo lo contrario: recurren a las prácticas anteriormente indicadas.

Para que se comprenda mejor el pensamiento de san Cesáreo, aunque las características sean idénticas, leamos parte del sermón 184:

«Cuánto más justo y saludable sería acudir a la Iglesia, recibir el cuerpo y la sangre de Cristo, ungir el cuerpo de uno mismo o el de los suyos en la fe, con el óleo bendito y, según la palabra del apóstol Santiago, recibir no solo la salud del cuerpo, sino también la remisión de los pecados. Pues eso es lo que ha prometido a través del Espíritu Santo».

Los elementos comunes de estos textos añaden alguna novedad a lo que ya conocemos por las citas anteriores.

Lo que expusimos en el primero de los artículos sobre las relaciones entre enfermedad y curación en el mundo gentil subsiste todavía con bastante frecuencia en la época de san Cesáreo. Para luchar contra esos usos paganos propone la Unción de los enfermos. No se indica para nada el recuerdo a la medicina, acaso por considerarlo ineficaz dada la mentalidad de los enfermos. Ante una práctica maravillosa, propone otra que tiene un poder sobrenatural con la ventaja que además contiene efectos espirituales.

Las noticias que nos ofrece para precisar el grado de enfermedad son demasiado generales. Tan ampliamente enjuicia la enfermedad que comprende toda clase de enfermos: hasta los que pueden ir por su propio pie a la iglesia.

Finalmente la tercera idea importante del texto de san Cesáreo es el doble efecto que produce la Unción. El que ya conocemos y que es el principal: la curación corporal y el perdón de los pecados. Pero probablemente se trata solamente del pecado que se comete recurriendo a las prácticas paganas.

Omitiendo el comentario de Casiodoro en sus refle-

xiones sobre la carta de Santiago, en el que nada especial se dice, sino repetir las mismas ideas del Apóstol —lo único que merece destacarse es el sentido de consejo que imprime en sus palabras y el haber aplicado este texto a una práctica que la da como existente en la Iglesia— pasamos a san Eloy, obispo de Noyon (†660). Tiene este santo un sermón que data del siglo VIII con una indicación muy clara a la unción de los enfermos.

Pero como las ideas son idénticas a las de san Cesáreo y escritas en idénticas circunstancias: recursos a los adivinos, bastará con indicar que parece tener indicios más claros del efecto del perdón de los pecados.

Beda el Venerable (672-735) se ocupará en dos ocasiones de la Unción y precisamente comentando textos bíblicos que dicen relación con ella. Nosotros ya los conocemos: Marcos 6, 12-13 y Santiago 5, 14-15.

Lo más importante es que conecta la práctica de ungir a los posesos o cualquier otro enfermo con el pasaje de Santiago y por lo tanto saca la conclusión que es un legado de los Apóstoles. En esto va más allá que Marcos y Santiago ya que éstos no ponen como categoría especial de enfermos a los posesos.

Las ideas fundamentales que se deducen de su comentario a la carta de Santiago comprenden en primer lugar la Unción en cuanto tal y en segundo lugar el enfermo, pero no en general sino con sus pecados.

Respecto a la Unción, asegura que se siga haciendo lo que ya practicaron los apóstoles, según se contiene en el Evangelio y es costumbre de la Iglesia: el enfermo ha de ser ungido por el sacerdote con el óleo consagrado, Unción que ha de ser acompañada con la oración.

No es con todo una acción propia del sacerdote ya que pueden hacerla también todos los cristianos, con tal que el óleo esté bendecido por el obispo.

Respecto al enfermo es más rico el pensamiento de san Beda. Ante todo la enfermedad es considerada por el Santo bajo dos aspectos: corporal y de fe que en ocasiones significa para él la vida de la gracia o del alma, lo cual vendría a significar la enfermedad que proviene de la pérdida de la fe, la gracia, la vida espiritual o sea procurada por el pecado.

Sobre la curación corporal se tiene la impresión que es un efecto que se da por seguro, curación que por lo demás es debida a la oración que acompaña a la Unción.

El perdón de los pecados se efectúa con el sacramento de la Penitencia. Pero merece la pena transcribir todo el texto para que el lector pueda saborearlo:

«De ahí que el apóstol añada con razón: 'Confesad vuestros pecados unos a otros'. En lo que concierne a esta prescripción hay que hacer la distinción siguiente. Los pecados cotidianos y leves, nos los confesamos unos a otros entre iguales y creemos que nos serán perdonados a través de la oración diaria de nuestros iguales. Sin embargo, la mancha de una lepra más grave, hemos de confesarla, se-

gún la ley, al sacerdote y según su decisión hemos de seguir la obra de purificación del modo que él determine y durante el tiempo que él fije».

CONCLUSIÓN

Esta primera parte de la historia del Sacramento de la Unción de los enfermos nos lleva a realizar un alto en el camino y recoger lo que hasta este momento nos enseña la toma de conciencia de la Iglesia en la práctica de dicho sacramento.

Desde el siglo V, sus comienzos alcanza a Inocencio I y Decencio de Gubbio, se establece una confrontación catequética entre el texto de Santiago y el rito. Ya no se separarán más en el curso de la historia del sacramento y será cosa definitivamente aceptada.

Se ha observado atinadamente que se va más fácilmente del rito al texto bíblico que a la inversa. Es más el rito y los textos litúrgicos que le acompañan hacen comprender mejor el texto.

Poco a poco, sin embargo, ocurrirá a la inversa y Santiago, cada vez más estudiado y mejor comprendido, proyectará nueva luz sobre el rito y contribuirá eficazmente a modelarlos en sus partes. Hasta las mismas palabras del Apóstol abrirán el rito «Señor Dios, que dijiste por mediación de tu apóstol Santiago...»

Al centro de todo encontramos la bendición del óleo con el que se efectuará la unción. No es la unción lo que cuenta, sino el óleo con que se hace que ha de estar bendecido y de esta bendición procede su eficacia. Por ella, la bendición, el Espíritu Santo desciende sobre el óleo comunicándole su energía vivificante.

Hasta el final de esta época encontramos un ritual suficiente en lo que se refiere a la bendición del óleo; pero nada en cuanto a su administración a los enfermos. Los fieles lo usaban según unas normas muy elásticas: Se imponían las manos sobre el enfermo, se le ungía con el óleo bendecido y se recitaban oraciones.

Aparecerá evidente al lector la importancia que tiene el efecto corporal de la curación, universalmente repetido por todos los textos litúrgicos y todos los autores eclesiásticos. Se llega a presentar la unción como una

medicina cristiana. La conciencia de sacramento, que no se perderá nunca, está mezclada y confusa con otros conceptos todavía humanos e incluso paganos.

Solo de manera vaga e imprecisa se indica el efecto espiritual del sacramento. Algo más clara aparece la idea del perdón de los pecados, pero le falta bastante para que exprese exactamente este efecto secundario del sacramento.

Es evidente, después de una atenta lectura que el silencio sobre los efectos espirituales del sacramento no significa que no existan. Sencillamente no son considerados de manera particular ni valorados lo suficiente.

El que casi todos los testigos de este sacramento incluyan el final del texto de Santiago «Y si estuviere en pecado, le será perdonado», viene a probar que se acepta la prueba aunque todavía no se hayan sacado las consecuencias. Cuando se llegue a incluir el perdón de los pecados, al desarrollarse esta idea, se explicitará el contenido espiritual del sacramento.

Otro tanto sucederá con las relaciones entre enfermedad y pecado. Hasta este momento no pasa de ser una sencilla indicación que ha de evolucionar en los siglos posteriores.

Sobre la enfermedad poco se puede precisar. Como hemos podido observar comprende toda clase de males corporales sean o no graves. Su falta de ideas claras sobre la noción de enfermedad les hace que incluyan hasta sordos, mudos, ciegos y cualquier otra privación corporal.

Destaquemos, por la importancia que tiene y las consecuencias que se deducen, que la unción dice relación directa con la enfermedad para curarla. Se trata, notémoslo bien, de un remedio de orden sobrenatural. Nunca de una preparación para bien morir. Habrá que llegar al siglo IX para encontrar la unción junto al viático dado a los moribundos.

El óleo se podía usar en forma de poción —así se hacía para los mudos—, pero lo corriente eran las unciones, numerosas que igual comprendían el cuerpo entero como la parte dolorida.

Se repetían a veces con tanta frecuencia que se daban más de una al día. Casi se diría que era un verdadero tratamiento médico.

2.ª PARTE:

El sacramento de la Unción de los enfermos desde la reforma carolingia hasta el siglo XI

Todos conocemos las líneas maestras de la reforma litúrgica carolingia que comprende además de los sacramentos y especialmente la Eucaristía o celebración de la misa, al que nos ocupamos: la Unción de los enfermos.

Lo más característico es el paso del simple rito de la bendición del óleo al rito de la unción del enfermo. Hasta el siglo VIII no disponía la Iglesia de rituales, o mejor dicho, de la organización de rituales propiamente dichos de la unción.

Al sistematizarse el rito de la Unción en el siglo VIII, se siente la necesidad de confeccionar un ritual. Es una historia muy compleja. La exposición se limitará a lo esencial y nos llevará a comprender la organización general del ritual romano que está vigente hasta nuestros días.

Ante todo tenemos que indicar al lector que existían varios tipos de rituales que nos indican la evolución o las constantes de la evolución del ritual del sacramento.

Los rituales de tipo I, dos rituales franceses, los más antiguos, del siglo VIII y principios del IX. Se caracterizan por la realización del conjunto de las unciones con fórmulas comunes, sin que a cada unción corresponda una fórmula determinada.

La unción de los cinco sentidos aparece solamente en algunas adaptaciones que se realizan concretamente en Tours y Corbia, pero que se propagan rápidamente. Conocemos los pecados del enfermo puestos en relación con los diferentes sentidos con que han sido cometidos.

Acaso lo más interesante en este sentido es el número y lugar. Unas veces se precisa: cuello, garganta, espaldas, pecho o aparece la frase «en el lugar de mayor dolor».

Los rituales del tipo II, influenciados por los libros litúrgicos romanos que toman como base los textos gela-sianos y gregorianos, aparecen en la primera mitad del siglo IX llevando una fórmula propia para cada unción que no se limita a los cinco sentidos. Fórmulas que son indicativas.

Normalmente comprenden cuatro puntos: oración sobre el enfermo en casa, oraciones para la misa por el enfermo, oración para devolverle la salud, oración para visitar al enfermo.

A la vez que va desapareciendo el uso del óleo y su correspondiente unción por parte de los fieles —los últimos vestigios llegan hasta el siglo XII— se establece una diferencia entre la unción de los laicos y la de los sacerdotes hasta que progresivamente estos la monopolizan y se la reservan totalmente.

Entonces se inician los rituales de la Unción y administración con carácter litúrgico como antes se había hecho con la simple bendición del óleo.

Finalmente *los rituales del tipo III* nacen a finales del siglo X. Se diferencian de los otros grupos porque las unciones se reducen casi siempre a los cinco sentidos y las fórmulas son deprecativas. De un consejo ha pasado a ser un mandato componiéndose fórmulas para cada sentido.

En esta época se acentúa la separación entre rito de la unción, sacramento de la penitencia, que en la época anterior era el medio normal de perdonar los pecados y el viático.

No vamos a cansar al lector con el análisis detallado

de los textos según la metodología seguida en la primera parte. Aquí preferimos una síntesis del contenido de estos rituales y de los escritores eclesiásticos de la época. Nos encontraremos con la evolución de la idea comprendida en el sacramento.

La idea inspiradora de esta evolución es el haberse propuesto como modelo la reconciliación de un penitente a la hora de la muerte. Se compuso algo parecido para el sacramento de la Unción de los enfermos.

El primer movimiento de ampliación del rito se inicia en los monasterios, cluniacenses en particular, y que más adelante adopta Roma. Este aumento de ritos secundarios y de nuevas oraciones hacen que el ritual adquiera tales proporciones que se necesitan varias horas para terminar su rezo.

Comprende el rito de bendición del agua o por lo menos aspersión de la casa, ritos penitenciales para la hora de la muerte, unción, viático y a veces bendición e imposición del cilicio. La agrupación era diferente según cada ritual, época o Iglesias. No hay uniformidad. En algunos encontramos la concelebración, en otros hasta el beso de los asistentes al hermano enfermo. Se dan casos en los que las unciones son efectuadas por diversos sacerdotes.

LOS EFECTOS DE LA UNCIÓN

El primer paso importante en esta asimilación del contenido de los efectos del sacramento de la unción es la aparición progresiva desde el siglo VIII del efecto espiritual de la Unción.

Se explica al unir primero la unción con el rito del sacramento de la Penitencia para la hora de la muerte hasta llegar a considerar la unción como un rito de reconciliación y de tal manera evoluciona que llega a considerar esta reconciliación más importante que el de la curación corporal.

En un apretado resumen comprobemos más detenidamente lo que acabamos de afirmar.

Se puede advertir que los testimonios que solamente mencionan el efecto corporal datan principalmente del siglo IX, pues sus fechas oscilan entre los años 800 y 852, todos ellos en Francia. Se trata de los «Capitula» episcopales que trae el «Pseudo-Bonifacio» y una publicación del famoso Abad de Fulda, Rábano Mauro, futuro arzobispo de Maguncia y una carta del arzobispo de Lyon, Amolón.

Los tres testimonios citan el conocido texto de Santiago pero omitiendo la última parte que se refiere al perdón de los pecados. Todo su vocabulario hace referencia a la salud, medicina corporal.

Las fórmulas indican este mismo efecto como el único, incluyendo, como en la época anterior, la eficacia sobre los espíritus demoníacos, causa del mal del enfermo.

Podríamos decir que nada de particular. Se mantiene todavía en la línea tradicional del período anterior.

Testimonios que mencionan los dos efectos sin precisar la naturaleza del efecto espiritual

Las fórmulas del ritual del tipo I comienzan añadiendo tímidamente otro efecto junto al de la salud corporal: el efecto espiritual. Pero todavía de manera vaga e imprecisa. No se trata del perdón de los pecados sino de un cierto consuelo espiritual que por descontado no saben precisar o no quieren aclarar.

Testimonios que señalan la remisión de los pecados

Se puede decir que dan el salto y añaden explícitamente el efecto consistente en la remisión de los pecados. Una fórmula de unción del siglo VIII termina textualmente:

«que le sea hecha esta santa unción del óleo de la enfermedad y que sea expulsada de él toda debilidad. Y que le sea concedida la remisión deseada de todo pecado».

Esta evolución llegará hasta redactar fórmulas especiales y propias en las que no se añade ya como último efecto la remisión de los pecados, sino que toda ella está escrita para pedir esta remisión y la correspondiente salud del alma reconciliada con Dios.

Hemos advertido un paso importante y la toma de conciencia bastante nueva sobre los efectos del sacramento que no era comprendido en la época anterior.

Los autores eclesásticos y textos canónicos nos ofrecen las razones por las que se llegó a la convicción de esta inclusión clara y explícita del efecto del perdón de los pecados.

Iluminados por los escritos de Beda el Venerable, tan estimado en esta época por la renovación cultural y religiosa carolingia, presidida por Alcuino, inglés como san Beda, los males que afligen el cuerpo son causados por los pecados de los que el enfermo es responsable. La conclusión no ofrece ya dificultades. Para curar estos males de manera radical hay que quitar la causa: los pecados.

Algún breve texto nos lo confirmará. El Concilio de Pavia, 850, se pronuncia en este sentido al proclamar que «sin duda es preciso requerir este gran misterio por el que, si es filialmente reclamado, los pecados son perdonados y, como consecuencia, la salud devuelta».

Según el gran arzobispo Amalario, 820, salva al enfermo la oración de la fe, cuyo signo es la unción del óleo.

Aparecen aquí los dos efectos de la Unción en estrecha relación: el perdón de los pecados es condición previa al efecto corporal de la curación.

Finalmente nos gustaría precisar de qué pecados se trata, pero no podemos conocer gran cosa ya que las aclaraciones ofrecidas son generales y sin matización alguna. Por eso hay que concluir que se trata de toda clase de pecados. Para ser más exactos el citado Amalario habla de «pecados cotidianos» siguiendo la idea de que el sacramento de la unción es una gracia cotidiana de curación.

Testimonios que conceden mayor importancia al efecto purificador

Todo comienza con una adaptación de la penitencia para el momento de la muerte. Es el mismo sacramento de la Penitencia pero para las condiciones especiales de quien se encuentra en peligro de muerte.

Para comprender perfectamente lo que estamos explicando hay que recordar que durante este tiempo todavía se encontraba el llamado estado de penitente consecuencia de la penitencia pública que le obligaba al pecador a un período más o menos largo de abstenciones y privaciones.

Pues lo que aquí se trata es que, aunque no hubiera cumplido el tiempo prescrito, si se encontraba en peligro de muerte, se le admitía a la reconciliación.

Después de esta breve aclaración se comprenderá que se añadieran dos ritos más: imposición de la penitencia y la reconciliación. Todo queda claro si recordamos que las fórmulas de la unción fueron unidas a las fórmulas de la penitencia y de la reconciliación. Si con el tiempo estas dos últimas fórmulas consiguen imponerse a la de la unción, tenemos las bases para entender por qué este tercer efecto adquiere la primacía sobre los otros poniéndose en más evidencia que ningún otro.

Este cambio de efectos lleva consigo la formulación de nuevos rituales de la unción, operación que se realiza en los siglos IX-XI. Así se comprende la introducción de la unción de los cinco sentidos, destinada a borrar los pecados cometidos por ellos. La fórmula ritual destaca el elemento purificador del pecado, olvidando casi completamente el de la curación corporal de la enfermedad.

No tenemos ninguna intención de cansar al lector con detalles, que van marcando por otra parte la evolución. Se nota la diferencia de los rituales del tipo I al II y de éste al III. Este último grupo a propósito de las unciones en los cinco sentidos, señalan únicamente el perdón de los pecados y hasta se omite toda mención del efecto sanativo corporal.

Así se comprenderá como desde los siglos X y XI se acentúa cada vez más la orientación de la unción hacia el último perdón que se concede al enfermo. No hay más que un paso para dejarlo como el sacramento que se administra a los moribundos. Cuanto más cercano a la muerte, menos posibilidad de recuperación y por lo

tanto más necesaria la administración del sacramento del perdón a la hora de la muerte. Así ha de entenderse la administración del sacramento de la unción de los enfermos.

En pleno siglo xii no se halla ya apenas mención del efecto corporal. Pero de esto nos ocuparemos en la tercera parte.

EL DESTINATARIO DE LA UNCIÓN

El mismo lector puede encontrar, después de la exposición anterior, quién es el destinatario y en qué condiciones respecto a la enfermedad ha de encontrarse.

Por ejemplo es claro que hasta el siglo viii sólo accidentalmente se concedía la unción a los moribundos. Estaba destinada y se recibía en caso de cualquier enfermedad. Nada de ser una preparación para morir.

También hemos observado que desde el siglo viii cuando se redactan las fórmulas de la Unción y se une ésta al viático y al sacramento de la penitencia, se va centrando la administración del sacramento de la unción a situaciones inminentes de muerte. Hasta que prácticamente se reserva a estos últimos momentos de la vida.

Si además añadimos que se va destacando el efecto de la purificación y por lo tanto se acerca a una cierta identificación con el sacramento de la penitencia, el sentido del perdón adquiere capital importancia y se busca sobre todo a la hora de la muerte. Será el último perdón dado por la Iglesia y que reservará a los moribundos.

Para más claridad veamos la evolución en dos momentos históricos.

Se trata de finales del siglo viii y comienzos del ix. El principal efecto es la curación corporal.

Al destacar el papel de la unción en lo que se refiere al perdón de los pecados y a la asociación de la unción con el viático y la penitencia a la hora de la muerte, descoloca el puesto de la unción para pasarlo a los últimos momentos de la vida o ante una muerte próxima y casi segura.

Si añadimos que en un mismo ritual se encuentran los ritos de la unción, del viático y de la llamada *Missa Sicca* —sin consagración—, hemos establecido más sólidamente esta nueva orientación.

Pero acaso lo que más eficazmente retrasó la administración del sacramento de la Unción es la unión de éste con la administración del sacramento de la Penitencia en la hora de la muerte. Al concedérsele éste solamente a los moribundos, también a éstos se da exclusivamente el sacramento de la unción.

Es de menor importancia que unas veces —más bien al principio del período que estamos describiendo— se separa la confesión y admisión a la reconciliación y en este intervalo de tiempo se administrará la unción; y otras se diera incluso después de la reconciliación.

A partir del siglo x es cuando esta última práctica se generaliza y entramos en una nueva situación en la que solamente se confiere la unción en los últimos momentos de la vida.

Así desde este siglo la unción es un rito con la finalidad de preparar para la muerte. Más que los nombres acaso interesa saber que los documentos que corroboran lo dicho se encuentran en Alemania, Inglaterra, Francia e Italia. Hasta se aplica a personas sanas, que, de manera milagrosa, han conocido la inminencia de su muerte.

Todo históricamente tiene un porqué. Quien esté familiarizado con la evolución del sacramento de la penitencia y recuerde que este sacramento no podía reiterarse cuando tenía las características de penitencia pública por lo que se procuraba retrasarlo hasta la proximidad de la muerte, comprenderá la razón que movía a los cristianos a retrasar lo más posible la recepción de la Unción.

De hecho ésta había sido equiparada a la penitencia en la hora de la muerte y por lo tanto entre las que se destacaba era su no reiteración y por consiguiente hacer lo posible porque fuera lo más tarde y lo más cerca del último momento.

Esta como interferencia entre los dos sacramentos pasa de una distinción clara entre los mismos a una mezcla un poco confusa, momento en que la penitencia pública es sustituida por la confesión privada. Más adelante desaparece definitivamente, produciendo modificación profunda en el rito de la unción de los enfermos.

Conocemos cómo obispos o concilios reaccionaron contra esta en cierto modo intromisión, pero no, como pudiera desearse, contra el hecho de que la unción hubiera asimilado la penitencia en la hora de la muerte, sino más bien preocupados porque la unción había sido retrasada hasta este momento de la vida. Tenemos que reconocer que su intervención no será eficaz y desde el siglo xii (se llamará al sacramento «*Extrema Unción*» o Unción de los que salen (*exequium*)).

Ciertamente podría concluirse con atinadas observaciones desde varios puntos de visión. Pero parece más acertado dejarlo para el final de esta exposición histórica, ya que las reflexiones teológicas de los Escolásticos y la doctrina tridentina tiene tanto o más importancia que lo descrito hasta aquí. Al final, pues, de esta historia de la Unción de los enfermos, concluiremos con positivas aportaciones para nuestro actual planteamiento pastoral.

LA ENFERMEDAD VISTA POR EL ENFERMO

Por la señorita AGUEDA SÓPUERTA
Presidenta Nacional de la Fraternidad Católica de enfermos

EL ENFERMO ANTES QUE ENFERMO ES PERSONA

Dice Ortega y Gasset: «Yo soy yo y mis circunstancias...». La enfermedad es algo accidental en la vida de un hombre, pero sí es verdad que si ésta es crónica, marca un «trauma» en nuestra personalidad, y no siempre éste es positivo.

Este es campo muy variado y complejo, que no se puede clasificar fácilmente, ni encasillar en estrechos moldes pastorales, psicológicos, estandarizados.

Debemos antes de pasar adelante, romper el «cliché» que tenemos hecho de los enfermos, como gente de «una especie distinta»: o «santos», que ya nos tenemos ganado el Cielo, porque ven en la enfermedad «un pasaporte». Y lo único que debemos hacer es esperar pasivamente, resignadamente; o «los elegidos de Dios», dejando en «mal lugar» a Dios porque a los otros, a los sanos, no les quiere; o «unos instrumentos de santificación», porque con frecuencia pasa que al visitar al enfermo no buscamos el bien del enfermo, sino a nosotros mismos y nuestra «santificación» o, más duramente dicho, convencernos de que somos buenos.

Tampoco nos debemos ver en la obligación de decir «algo», de soltar algunas frases «prefabricadas», que en la mayoría de los casos a los enfermos les caen mal, sobre todo porque son muy superficiales, muy simplistas, no tienen sentido: «¡ten paciencia!», «¡Hay otros peor que tú!», «¡Dios te quiere mucho!».

Hoy va entrando una sensibilización en algunos sectores sociales y se empieza a ver al enfermo como persona, no centrándolo exclusivamente la atención en la enfermedad —consolándole, distrayéndole, mimándolo—, sino abarcar en todo lo posible el campo de los intereses o afectividades de la persona que está enferma.

Manteniendo el principio de que el enfermo, antes que enfermo es persona, y pensando en la gran variedad humana, queremos ahora fijarnos en ciertas reacciones comunes, que el enfermo suele experimentar respecto de sí mismo, de los demás y de Dios.

ACTITUD DEL ENFERMO ANTE SÍ MISMO

Un enfrentarse con la realidad es totalmente necesario, vital, pero buscando ayudas precisas, pues cuando ésta es dura, se puede caer en posturas falsas:

EVASIÓN: El vino, las drogas, son los conductores más corrientes en una juventud que, ante estructuras sociales con las que no está conforme, en vez de luchar por transformar el mundo en otro mejor, se evade con esos sustitutivos artificiales. También metiéndose en una fantasía de superactividad.

En este marco de «los evasores», también en parte, se encuadran enfermos y disminuidos físicos. Ellos añaden a las causas ambientales de la evasión la propia e interna anormalidad física.

Pero ¿no habrá otro tipo también de evasión, llamémosle de evasión religiosa?

No quiero calificar de «evasión religiosa» a toda actitud religiosa del enfermo... ¡ni mucho menos!, pero sí hay casos concretos de enfermos que se evaden o se refugian en un «misticismo religioso», sin fondo auténtico, y, creídos muy superiores a los demás, dedican su vida a la «piedad», se rodean de estampas y devociones... pero no afrontan la propia realidad, no luchan por desarrollar sus posibilidades que como personas tienen.

AMARGURA: Ante el hecho de no poder alcanzar lo que otros tienen (en muchos casos no poder realizar el matrimonio, la vida de hogar), éstos llegan a la amargura interna, son resentidos, hablan siempre mal de los demás, y desde luego son incapaces de «reír con el que ríe», de alegrarse del éxito de los otros, por el contrario reaccionan con alegría ante el mal de los demás...

DESESPERACIÓN: Va en la línea de la frustración, pero con posturas nihilistas... No cree en nada... desconfía de todo... Se ve acorralado, se crea tensiones, en un extremo que le llevarían a la autodestrucción.

A estos enfermos no les puedes contradecir en nada y muy difícilmente llegarás a hacer amistad con ellos.

EQUILIBRIO Y MADUREZ: Esto exige una conciencia de las propias limitaciones, como un punto de partida, buscando y descubriendo sus posibilidades —reales, concretas— y tratar de desarrollarlas, viendo el medio de su rehabilitación que es el arte de hacer posible lo que parecía imposible: «Una chica de 30 años no tiene piernas y sus dos brazos están afectados por una atrofia muscular, vive en un pequeño pueblo de Cáceres. Esta joven ha visto muchos caminos de su vida indicados con un «stop», sin embargo ha sabido descubrir avenidas inmensas con «luz verde», por las que se ha lanzado. Hoy vive de su trabajo, pues cose y borda con la boca».

Es necesario ver lo que podemos hacer, no lamentarnos de lo que no podemos hacer. Dice Tagore: «Si lloras porque has dejado de ver el sol, las lágrimas te impedirán ver las estrellas...»

ACTITUD DEL ENFERMO ANTE LOS DEMÁS

Este campo de las relaciones sociales es enormemente complicado para cualquier hombre, pero más para un enfermo crónico o un disminuido físico.

TENSIONES Y ANGUSTIAS, producidas en la mayor parte de los casos por una falta fenomenal de su educación afectiva. Todo afecto es sexuado, es decir, procede de un hombre o de una mujer, pero esto no quiere decir que vaya siempre orientado hacia una tendencia sexual. La persona enferma, necesita preparación en este sentido, puesto que por el aislamiento que comporta acrecienta las necesidades afectivas. Si éstas no se orientan en el conjunto de la vida, pueden crear situaciones de desequilibrio o incluso inhibir todas las demás posibilidades de la persona.

En la mayoría de los casos, las personas que viven con el enfermo le ocultan este aspecto tan profundamente humano de la «afectividad-sexualidad», y no tener en cuenta esta realidad vital, es desintegrador y negativo.

EXHIBICIONISMO: Quieren mostrar sus desgracias para excitar la compasión de los demás y recabar emotivamente una ventaja material: Ahí tenemos muchos disminuidos físicos que exhibiendo «su desgracia», piden en las calles, junto a la salida del metro.

EGOTISMO: Exige un centramiento en sí mismo y en su problema, sin embargo le trae sin cuidado lo que ocurre en la familia, o en la clínica donde temporalmente está. Exige una atención por parte de la sociedad, pero no hace nada para prepararse a ser miembro activo dentro de ella. Prefiere quedarse «en la cuneta», mientras los demás avanzan, y criticar a la sociedad.

COMODIDAD: El enfermo que va a Lourdes y se «mece» en el montaje perfectamente organizado, con

sobreabundancia de atenciones sanitarias, de amabilidad, de servicios, frecuentemente exige y pide, como pediría un niño mal educado. Se hace amigo de enfermeras, camilleros y sacerdotes, sólo buscando «el enchufe».

ACTITUD DEL ENFERMO ANTE DIOS

Esta actitud está motivada por el influjo de las diversas ideas que haya recibido el enfermo respecto a Dios, tanto en su ámbito familiar, como en la clínica, hospital o residencia donde haya estado.

UN DIOS «MÁQUINA DE RECURSOS»: Una esperanza sin autenticidad, pensando que Dios se lo solucionará todo. Reza, pide, hace novenas, participa en peregrinaciones y se queda quieto, sin luchar, esperando «el milagrito».

UN DIOS «NARCOTIZANTE»: Es admitir la teoría marxista del «opio del pueblo» o de la «alienación religiosa». Huye de situaciones difíciles, sin pensar que a Dios hay que buscarle en la vida.

UN DIOS «TRADICIONAL»: que se nos va quedando pequeño, y nuestra fe se tambalea. Un Dios que nos quiere mucho y por eso «nos regala esta enfermedad». Y el enfermo debía contestar: «pues que no me quiera tanto». Esto es presentar a un Dios que goza con el mal de sus criaturas. Cuando en muchos casos la enfermedad la produjo un accidente, un microbio, el alcoholismo, etc., lo mejor es no anticiparnos a Dios. Él no nos ha revelado el misterio de la permisión del mal.

ACTITUD CRISTIANA: Viendo al Dios Padre que nos quiere, que nos da la salvación en Cristo, cuya única ley es el amor, un amor abierto a la esperanza que lucha, que camina. Un Dios que es misterio, pero al que desde nuestra fe oscura debemos dar un sí. Todos somos necesarios y útiles en la tarea de perfeccionar la obra creadora de Dios. Por lo tanto nuestra respuesta debe ser consciente, arriesgada, comprometida.

Pablo VI en el II Congreso Internacional de la Fraternidad Católica de Enfermos, celebrado en Roma el pasado abril, nos dice: «El Dios creador os llama también a vosotros a participar como responsables en su obra maravillosa, a desarrollarla y a perfeccionarla. Con los talentos que Él os ha confiado y que os ayuda a descubrir y a hacer fructificar, podéis contribuir a construir un porvenir más bello, un mundo más rico en vitalidad, una sociedad más fraternal».

Nuestro Movimiento de la Fraternidad Católica de Enfermos nos ayuda a sentir esta responsabilidad de colaborar con Dios en mejorar la humanidad, atendiendo esta «pequeña parcela», tan marginada, tan subdesarrollada, que son los enfermos y minusválidos, ayudándoles a ser más felices y así en esta entrega desinteresada, encontraremos nuestra plena realización personal.

INQUIETUDES PASTORALES HOSPITALARIAS

Por MANUEL MARCO, O. H.
Capellán del hogar clínica san Rafael,
Maracaibo, Venezuela

Conforme a un programa, previamente elaborado, se celebró en la clínica San Rafael de Maracaibo, un Cursillo de Pastoral Hospitalaria en el que participaron en calidad de cursillistas cincuenta personas que, por su condición de consagradas o profesionales, asisten a los enfermos, en la región venezolana de Zulia; entre éstas, cabe destacar la presencia del Arzobispo de la diócesis Dr. Domingo Roa Pérez, quien participó en varias ponencias, coloquios y diálogos de grupo como un cursillista más.

No deja de tener su estímulo el hecho de constatar las inquietudes existentes en quienes tienen en el Pueblo de Dios la alta y delicada misión de atender a los miembros dolientes de Cristo; todo ello para conseguir una más adecuada e integral asistencia a los hermanos enfermos.

No hay lugar a dudas de que siempre resultan muy positivos estos encuentros, en los que desde el primer momento se establece una comunicación de preocupaciones, experiencias y hasta éxitos conseguidos con la práctica de métodos y aplicación de sistemas en la búsqueda y solución de tantos y tan complejos problemas vividos por los dolientes y compartidos por quienes junto a ellos conviven con el supremo deseo de serles útiles en la siempre esperanzada ilusión de recuperar su salud y poder reintegrarse al seno familiar y a su puesto de trabajo.

La evolución siempre ascendente a que está sometida y lanzada la marcha acelerada del mundo, y de la que somos no meros espectadores sino activos y responsables protagonistas, se extiende a todos los estadios de la vida humana que, por lo mismo, es una exigencia existencial de una consciente entrega a trabajar en solidaria colaboración por la consecución también en el campo hospitalario de su constante y progresiva perfección.

A conservar y estrechar más esta solidaria colaboración fue encaminado el programa de estudio a que nos

referimos y en el que se tocaron temas tan interesantes como: «La dignidad del hombre» de la que dimanarían los inalienables: «Derechos del paciente» principios por los que se regularán: «Las relaciones humanas del paciente» que en todo momento desde que ingresa en el hospital merece la: «Atención integral del mismo», como centro de todas las actividades de la: «Realización personal en el trabajo hospitalario», orientado en todos los aspectos y valores por la luz de: «Nuestro compromiso cristiano frente al enfermo».

Todas estas realidades surgen de un: «Presupuesto de Pastoral hospitalaria» plasmado en: «Líneas, objetivos y medios de la misma» que reclaman, orientan y canalizan las «Actitudes en la Pastoral» a que nos venimos refiriendo.

Los temas fueron expuestos por: Luis Jordán, Ph.D., Sixto Moreno Lozano, O. H., Consuelo Fernández, S. A., Jesús Rubio, Psiquiatra y Manuel Marco, O. H., bajo la dirección del capuchino Antonio Alonso, del Consejo Nacional de Pastoral conjunta de Venezuela, en Caracas.

El cursillo duró tres días y finalizó el día 1 de mayo con la celebración de la Eucaristía, presidida por Manuel Marco, O. H. quien pronunció la siguiente homilía:

**¡QUÉ BIEN TODOS UNIDOS EN EL Luchar,
EN EL SUFRIR Y EN EL GOZAR!**

Es sumamente alentador abrir el Génesis y leer: «Tomó Yahvé, Dios al hombre y lo puso en el jardín del Edén, para que lo cultivase y guardase» (Gén 2, 5).

Para que el mundo marche bien, Dios cuenta con el hombre y confía en él.

Y esto sólo se consigue si los hombres aceptan el plan divino, en una conversión interior a Jesucristo.

En la historia de la salvación, Dios asigna a cada hombre una misión con dimensiones sociales, por estar

destinado a vivir en colectividad y a colaborar con sus hermanos los hombres a redimir y perfeccionar el mundo.

La misión de José, en la historia de la salvación, es ser el hombre de confianza de Dios, que pone en sus manos, bajo sus auspicios y cuidados, a Jesús, para quien hace las veces de padre legal, por ser el esposo legítimo de María y por especial designio del cielo.

José trabajará en favor de Jesús, que durante su menor edad comerá el pan cotidiano ganado por las manos encallecidas del «varón justo y prudente» y amasado con el sudor de la frente del mismo.

Nosotros tenemos también una misión específica que cumplir en la historia de la salvación: «practicar la misericordia con alegría... ejerciendo la caridad en nombre de la Iglesia (P. C. 8), en la que hemos sido insertados por nuestro bautismo, de cuya consagración es nuestra profesión religiosa una expresión más total (P. C. 5).

Somos llamados a ser «signo» de la presencia de Cristo y de la Iglesia en el mundo del dolor, para iluminarlo con la luz de nuestra fe, orientándolo hacia Dios, en plenitud de servicio a instancias del amor fraterno.

Las instituciones hospitalarias son casas abiertas a todo ser humano que, en un momento determinado de su existencia, precise nuestras atenciones y actividades; sin que para disfrutar de ellas sea ni obstáculo ni condición su raza, su psicología, su credo, su posición social, económica, o política. Basta que esté enfermo; pues todo enfermo es pobre.

Y esto no sólo en países subdesarrollados o en estado de misión, sino también en pueblos fervientes en la fe cristiana o suficientemente desarrollados.

A nuestros establecimientos, a nuestras manos llegan *hombres*, es decir, *personas*, sin teóricos dualismos, ni platónicas bisecciones.

En nombre de Cristo y de la Iglesia, a cuyo ministerio hemos consagrado nuestra existencia en virtud de nuestra donación gozosa, estamos al servicio de los hermanos enfermos.

Para aliviarlos, asistirlos e intentar devolverles la salud, empleando cuantos medios nos ofrezca la ciencia y la técnica, nos puso Yahve Dios en este mundo que es necesario rehacer y perfeccionar desde sus cimientos físicos y morales.

Nuestro compromiso y responsabilidad a la vez que sagrados son de unas dimensiones nada fácil de precisar, a pesar de nuestro esfuerzo por descubrirlos.

Confía en nosotros la Iglesia, que nos ofrece el ejercicio de la caridad en su nombre.

Confía en nosotros la sociedad encargada de gestionar los asuntos temporales; si no ¿por qué reclaman nuestra presencia y servicio junto a y en favor de sus ciudadanos enfermos?

Confían en nosotros tantas familias que ponen tranquilamente en nuestras manos sus seres queridos, en la esperanza de que tendremos para todos ellos las más

exquisitas demostraciones de amabilidad y bondad.

Confían en nosotros los mismos enfermos, que voluntariamente muchas veces se acercan a nosotros y nos tienden su mirada esperando la respuesta de una palabra, un gesto, una asistencia, nuestro afecto.

No podemos exponernos a defraudar o frustrar sus esperanzas, ni por apatía, ni por negligencia, ni mucho menos por desidia o abandono.

Es una gran parte de este mundo, dado por Dios en gerencia al hombre, que se debate en angustia vital a veces, el que está en nuestras manos. En realidad, es el dolor de la Iglesia y la Iglesia del dolor el tesoro que se nos ha confiado.

Sobre los hermanos del dolor hemos de poner nuestras manos llenas de unción, de inteligencia y corazón, de ciencia y de técnica para proporcionarles el consuelo, ayudarles a recuperar su salud y llegar a ser, quizá en muchos casos, puente de la gracia y la salvación.

Por eso, conscientes de que nuestros métodos y sistemas están llamados a pasar de actualidad por estar sujetos a una evolución incontinente y de que nuestras instituciones reclaman un «aggiornamento» en el plano científico y técnico y de que el hombre de nuestros días pide un lenguaje nuevo que le transmita el mensaje de salvación según los «signos» de los tiempos; recordando que Pablo VI, en su discurso en la ONU, dijo: «Tenemos que acostumbrarnos a pensar en el hombre de una forma nueva; también tenemos que renovar nuestra visión sobre la vida en común de los hombres; de una forma nueva igualmente tenemos que enfocar los caminos de la historia y los destinos del mundo, según la palabra de san Pablo: «revestir al hombre nuevo según Dios en la justicia y la santidad de vida». Hemos celebrado este Cursillo de Pastoral hospitalaria que ha sido sinceramente una *toma de conciencia* seria y exigente de un cambio en no pocas cosas ya no eficientes; cambios urgentes unos que no admiten demora y deberían empezar mañana, si no queremos que «las conclusiones se queden en conclusiones»; otros, sin embargo, deberán ser estudiados con mayor detenimiento, pero sin pérdida de tiempo, so pena de llegar tarde y tener que exponerlos a posteriores inútiles lamentaciones.

Sobre algunos puntos ya no tendremos excusas; y nuestra negligencia en superarlos será culpable, por habérseles proyectado suficiente luz para no seguir en la oscuridad.

Hemos realizado una revisión, con sincera voluntad de renovación en conjunto llamada a descender a planos particulares.

Todo porque hemos de intentar presentar, con lealtad y honradez, al mundo una Iglesia rejuvenecida en su elemento humano, en toda su belleza, viviendo en amor fraterno; para que al contemplar el mundo nuestra vida pueda de nuevo decir: «Mirad como se aman». Y llegar a creer.

En esto nosotros, sinceramente, tenemos no poco que hacer.

NOTICIARIO

HOSPITALES | PASTORAL

II CONGRESO NACIONAL DE TRANSPORTE SANITARIO

Durante los días 24, 25, 26, 27 y 28 del pasado mes de mayo ha tenido lugar en Zaragoza el II Congreso Nacional de Transporte Sanitario, organizado por la Asamblea Provincial de la Cruz Roja de dicha ciudad.

El Congreso constó de seis ponencias, de cuya discusión se derivaron importantes conclusiones, y de dos grandes ejercicios prácticos de salvamento, el primero de ellos realizado en la abrupta zona montañosa del Moncayo, con participación de helicópteros del Ejército del Aire (S. A. R.) y de las fuerzas americanas de la Base Aérea Española de Zaragoza. El segundo ejercicio consistió en una demostración de salvamento náutico y subacuático en el mar de Aragón, con intervención de unidades náuticas y subacuáticas de varias brigadas de la Cruz Roja y del Regimiento de Pontoneros de Zaragoza; asimismo intervino el Servicio de Helicópteros del S. A. R.

Estudiados cuidadosamente todos los problemas que se presentan hoy en el transporte sanitario, el Pleno adoptó unas conclusiones que se elevarán a las autoridades correspondientes.

El Pleno de este II Congreso Nacional de Transporte Sanitario se reunió el día 28 de mayo en sesión solemne en el salón de actos del palacio de la Feria de Muestras, para estudiar las conclusiones provisionales presentadas por las mesas de trabajo de las diferentes ponencias estudiadas a lo largo de unas interesantísimas sesiones, y oídas las acertadas intervenciones de los representantes de las Asambleas provinciales y de las entidades militares y civiles interesadas en el tema del transporte sanitario, se establecieron las siguientes

CONCLUSIONES DEFINITIVAS

PRIMERA PONENCIA

- Valorar ampliamente el contenido humano de las donaciones de sangre y urgir de la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española una amplia participación en las colaboraciones con todas las entidades y organismos que voluntaria y benévolamente se dedican a la transfusión sanguínea, y muy especialmente en cuanto se refiere al transporte de sangre y sus problemas.

- Siendo la Cruz Roja auxiliar de las instituciones estatales españolas en tiempo de paz, y de las Instituciones sanitarias de las Fuerzas Armadas en tiempo de guerra, solicitar de las distintas autoridades una completa formación a nivel humano de cuanto personal ha de intervenir en el transporte sanitario.

- Solicitar de las Autoridades correspondientes la exención del servicio social de la mujer para aquellas damas auxiliares, enfermeras voluntarias y conductoras de ambulancia que prestan sus servicios de modo continuado en la Cruz Roja Española.

SEGUNDA PONENCIA

- Necesidad de legislar sobre levantamiento de heridos y accidentados.
- Necesidad de legislación sobre ambulancias para asistencia en ruta, instituciones que deben prestar estos servicios, modelo de ambulancias, tripulación de las mismas, etc.
- Necesidad de legislación sobre red de comunicaciones nacionales de urgencia para y por carreteras y autopistas.
- Necesidad de legislación sobre Hospitales adecuados y autorizados para prestar asistencia a accidentados y cumplir rigurosamente lo ya legislado en materia económica.
- Creación de centros de informática de transporte sanitario.

TERCERA PONENCIA

- Se considera indispensable una o varias direcciones médicas que clasifiquen y canalicen la evacuación de las víctimas, tanto desde la propia área de la catástrofe como de las posibles vías de acceso a la misma.
- Que la dirección médica habrá de vencer todas las dificultades que encuentre (ambientales, falta momentánea de vehículos y personal adecuado, etc.), no permitiendo que las víctimas sean evacuadas por cualquier medio y de cualquier forma, sino haciéndolo en ambulancias adecuadas o en vehículos que por sus condiciones puedan suplirlas, para que la evacuación pueda ser asistida en todo momento del traslado.
- Que todas las víctimas con lesiones de consideración sean acompañadas por las personas más idóneas con perfecto conocimiento de los primeros auxilios.
- Que las camillas a emplear sean lo más livianas y manejables posible, con sistema de sujeción apropiado.
- Que según el número y el carácter y la gravedad de las lesiones de las víctimas, el traslado habrá de hacerse racionalmente, enviando a los evacuados con lesiones de consideración a centros médicos, con garantía de una completa e inmediata asistencia, canalizando a los heridos de menor importancia a centros secundarios.
- Alertar a todos los servicios médicos y a los bancos de sangre.
- Procurar, en colaboración con las Jefaturas de Tráfico, y previo el estudio correspondiente, que los vehículos de asistencia sanitaria y de los que ejerzan similar función encuentren las menores dificultades al discurrir por las poblaciones en su dirección hacia los centros sanitarios.
- Se precisa contar siempre, para poder llevar a buen fin la misión de asistencia y evacuación de las víctimas, con el concurso de la autoridad policial, que trate de facilitar todas y cada una de las delicadas y trascendentes misiones a cumplir.

• Se propugna por un incremento en el transporte sanitario por medio de helicópteros, ya que pueden evacuar accidentados o heridos a primeros puestos de socorro o biza (en estado grave) a los hospitales, siendo mucho más rápida la evacuación que con cualquier otro sistema.

• Es conveniente adoptar un modelo único de camilla para todas las Fuerzas Armadas y para todos los servicios civiles estatales y privados que se dedican a cualquier forma de transporte sanitario.

• Se sugiere que en la construcción de trenes de evacuación y hospitales, ambulancias, aviones sanitarios, etc., sean consultados los interesados en el tema por especialización y dedicación.

• Se aprecia la necesidad de crear una Red Nacional de Centros Móviles Asistenciales capaces de iniciar el tratamiento de un enfermo «in situ», es decir, allí donde ha surgido el accidentado.

CUARTA PONENCIA

• Es necesaria una intensa preparación, respecto a los valores del espíritu, de los miembros de las brigadas de la Cruz Roja y de todos aquellos que se dedican al transporte sanitario, quienes han de poseer forzosamente una esmerada preparación técnica en todo lo relativo a la traumatología y recuperación de enfermos.

• Esta preparación consideramos que debe llevarse a cabo por personal especializado, que periódicamente les den unos cursillos morales y humanitarios para su mejor preparación, para así estar dispuestos a ayudar en sus últimos momentos a la persona que esté en peligro de perder la vida.

QUINTA PONENCIA

• Las empresas dedicadas al transporte funerario deberán tener visibles y a disposición de los solicitantes las tarifas aprobadas para el traslado de cadáveres dentro y fuera de la población.

• Debe promoverse la agilización de los trámites y procedimientos necesarios para que este transporte pueda efectuarse dentro del tiempo mínimo reglamentario.

• Solicitar de las autoridades competentes el exacto cumplimiento de la legislación sobre policía sanitaria mortuoria.

ENSAYO DE COOPERATIVA HOSPITALARIA

El buen párroco de Kulmbach se había conformado con denunciar la injusticia a nivel de su comunidad de oyentes. Por eso, no quiso entrar en el fondo de la cuestión, que es la misma estructura hospitalaria alemana, que favorece el afán de lucro, hasta el extremo de la explotación de la enfermedad. Quizá otro día el padre Koch pueda contar a sus feligreses cómo es posible cambiar la estructura de injusticia. Podrá citar entonces la experiencia del hospital de Herdecke, en el Ruhr.

En este pueblo de la República Federal de Alemania ha empezado a funcionar desde hace un año una nueva organización de hospital, que elimina toda discriminación entre directivos, o jerarquías de todo tipo. El hospital ya no se concibe como un negocio, que algunos pueden explotar para su propio provecho, sino como una comunidad de trabajo y servicio. Se abandona el tipo capitalista por el cooperativo.

Los diez médicos que lo atienden tienen exactamente los mismos derechos y comparten la plena responsabilidad, así como las hermanas enfermeras, que ya no están sometidas a ningún jefe de sección. Todos los ingresos por las prestaciones a los particulares no van a parar a las arcas del director, sino que entran a formar parte de la caja general del hospital, de la

que perciben todos los servicios hospitalarios. Los médicos, por ejemplo, perciben todos entre 3.800 y 4.400 D. M.

Cuando se comenzó la experiencia, los iniciadores calcularon que, al cabo de un año, podrían obtener un ahorro de unos trescientos mil marcos (casi seis millones de pesetas) sólo con la supresión de los cargos y las discriminaciones. Pero la realidad ha superado con creces las más optimistas previsiones. Así, el doctor Basalt, portavoz del hospital, ha manifestado que el ahorro del primer año supera los novecientos mil marcos (dieciocho millones de pesetas).

REUNIÓN DE LA COMISIÓN ORGANIZADORA DE LA IV ASAMBLEA MÉDICA DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

Para tratar de la celebración de la IV Asamblea Médica de las Instituciones Hospitalarias de san Juan de Dios y del Sagrado Corazón, que se reunirá en Madrid, del 14 al 17 de marzo del próximo año, ha tenido lugar una reunión preparatoria en el Hospital Infantil San Rafael. Los días 24 y 25 de junio estuvieron reunidos los superiores mayores, directores facultativos y administrativos de todas las Casas de España, con la comisión organizadora, comisión de problemática hospitalaria y sección de pastoral.

Fueron presentados diferentes informes y se dictaron dos conferencias: don José Luis Gutiérrez, subdirector de la «Biblioteca de Autores Cristianos», habló sobre «La acción hospitalaria en la doctrina social de la Iglesia», y el doctor Adolfo Serigó, de la Dirección General de Sanidad, director de los Cursos de Dirección y Administración Hospitalaria, se refirió a «Evolución del concepto de hospital: viejas ideas, nuevos conceptos».

La asamblea general estuvo presidida por el profesor Bosch-Marín, con los padres provinciales de las tres provincias en que se divide la Orden de san Juan de Dios, aragonesa, bética y castellana, y las superiores de la rama femenina de la Orden Hospitalaria del Sagrado Corazón; secretario general de la comisión organizadora, doctor Moreno; presidente de la comisión científica, doctor Truchuela; presidente de la comisión de problemática hospitalaria, doctor Díez Cuervo, y presidente de la comisión de hospitales psiquiátricos, doctor Escardó.

Se ha confeccionado un programa científico preliminar, ya que dada la distancia de la fecha de inauguración de la asamblea queda mucho tiempo para perfilarlo. Por lo que se refiere a los temas científicos, se ha procurado abarcar todas las especialidades médicas de las que se presta asistencia en los centros de la Orden Hospitalaria; se tratarán preferentemente en forma de mesas redondas, aunque habrá también espacio para comunicaciones libres. Tendrá especial relieve la pediatría, clínica, preventiva, social y quirúrgica; van a examinarse los retrasos del crecimiento, el hospital infantil como centro sanitario, la antibioterapia y corticoterapia en la infancia, la cirugía de la hidatidosis hepatopulmonar, temas quirúrgicos en el niño, etc.

Asimismo, se tendrán en cuenta especialidades médicas y quirúrgicas afines a la pediatría, con un simposio sobre traumatismos faciales. Otra sección se dedica a ortopedia, traumatología y rehabilitación, con un simposio acerca de la experiencia general de los ortopedas de las Instituciones Hospitalarias en las secuelas de la poliomielitis. La sección de psiquiatría y psicología tratará de la coordinación psiquiátrica hospitalaria y de los deficientes mentales, finalmente.

En la asamblea general se tomaron varios acuerdos tendientes a una mejor organización de la IV Asamblea Médica. Se dijo que el hospital católico, de conformidad con su enunciado, debe poner el acento sobre el concepto de hospital, tendiendo a la perfección y prestando asistencia a todos como práctica de la caridad cristiana. Pero sin olvidar su adjetivo, por lo cual resulta imposible en un hospital católico un instrumental perfectísimo que permita la práctica de la eutanasia o el aborto voluntario.

J.R. HARALD SCHULTZ-HENCKE
LA PERSONA INHIBIDA

Ed. Razón y Fe.
Estamos sencillamente ante una obra, fruto sazonado de unos conocimientos hondos y originales y una larga práctica. La «persona inhibida» es además una afortunada y útil síntesis del pensamiento de Freud, Adler y Jung. El autor ha conseguido maravillosamente su gran propósito de unificar la psicoterapia. Las ventajas son incalculables.

Leer «la persona inhibida» es aprender mucho y gustosamente. Para así poder ayudar y curar más y mejor.

La obra contiene cinco grandes capítulos: Naturaleza de la inhibición; estructura de la persona inhibida. Medios para diagnosticar la inhibición. Manifestaciones. Consecuencias patológicas. Curación.

EQUIPO NACIONAL DE LA JEC
**DE LA COLERA
A LA ESPERANZA**

Ed. Sígueme. Salamanca.
Después de leer «de la cólera a la esperanza», coincidimos con la expresión de la presentación del libro: «el tono del libro es a veces agresivo, irónico y hasta ridiculizador. En ocasiones puede hacernos saltar, pero sólo pretenden impedir que sigamos ignorando las cuestiones reales o las posturas y la fe que lo animan».

Temas: I. ¡Cuidado con los slogans! II. ¿Qué es nuestra sociedad más allá de los tópicos? III. De la liberación a la fe. IV. Cristianos en el movimiento de los bachilleres.

Un buen libro para el diálogo y la acción.

J. L. R.

ERNESTO BALDUCCI
SERVOS INÚTILES

Versión castellana de Germán Martil, 221 páginas. Editorial Sígueme. Salamanca 1972.

El autor apoyándose en los documentos del Concilio y las orientaciones teológicas más apropiadas, va iluminando las bases de vida interior que tiene que tener toda persona que busca a Dios por un camino directo.

No puede darse vida interior que no arranque de una verificación del sentido de nuestra vocación cristiana y específicamente sacerdotal.

Nos va haciendo pensar que aunque nuestro pensamiento mantenga una tensión teológica, el resultado deberá ser una orientación de vida, un estilo de existencia.

A modo de charlas, va dibujando el autor por medio de cuadros la crisis que el sacerdocio católico atraviesa y la evolución que dicha crisis habrá de seguir probablemente. Ante este hecho propone también la línea de superación y maduración sustancial, para ser auténticos signos de la palabra al servicio de la comunidad cristiana, a fin de que ella realice el designio para el que fue pronunciada el «ab aeterno».

Si el sacerdote comprende esto, halla el sentido de la propia vida, que no es fin en sí misma sino sólo instrumento y signo. Aceptar con alegría este despojo es lo que nos hace libres.

Fr. JOSÉ GARCÍA SIERRA, O. H.

HANS ZULLIGER
**LA PUBERTAD
DE LOS MUCHACHOS**

Herder. Barcelona.
El autor de esta obra estudia la edad juvenil desde el punto de vista de la psicología profunda y usando los conocimientos transmitidos por Freud, Adler y Jung.

Zulliger recorre un amplio camino pasando por todas las etapas de la vida de un adolescente: la formación de «bandas» estudiantiles, el paso hacia la independencia, el desligamiento de la familia, de las antiguas autoridades y objetivos de amor, son temas analizados por el autor. Se ilustran con vivos ejemplos las aberraciones en el desarrollo de la pubertad.

Si todas las obras de Zulliger, el pedagogo suizo bien conocido entre los lectores de habla castellana, tienen el gran mérito de estar inmersas en el mundo de los niños, ésta puede colocarse con justicia en vanguardia.

M. VAN CASTER
DIOS HABLA HOY
(Catequesis y diálogo). Ed. Sígueme. Salamanca.

El estudio presente trata algunos aspectos fundamentales de la catequética, los principios básicos de ésta y el método de cada uno de ellos, ofreciendo siempre ejemplos aclaratorios. Cuatro grandes capítulos: I. Desde la Palabra de Dios. II. El contenido de la revelación. III. Desde la vida humana. IV. Dios habla hoy.

La catequesis es el contacto entre la palabra de Dios y la vida humana. Esto significa que la catequesis implica mucho más que la explicación de un texto; se trata de hacer entender a una persona que Dios le está hablando. Cuando Dios

habla usa de tres lenguajes: los hechos, las formulaciones y los símbolos.

RODRÍGUEZ-MEDINA, J. J.
PEDAGOGÍA DE LA FE
(Situación y contenido de la catequética hoy). Ed. Sígueme. Salamanca.
Don Elías Yañes, obispo auxiliar de Oviedo dice en la presentación:

«En su género, la obra de J. J. Rodríguez-Medina me parece ejemplar. Llama la atención en primer término, la claridad de la exposición, la coherencia y el orden de los distintos capítulos y de las diversas partes en cada uno de ellos».

El estilo es sobrio, informa rápidamente al lector, le ayuda a descubrir las aplicaciones concretas... Su orientación es equilibrada. El libro supone muchas horas de experiencia y reflexión... Tiene el sabor de un fruto ya granado y el vigor de un árbol todavía en crecimiento...»

Quiénes años atrás hemos frecuentado no pocas de sus clases o leído artículos sobre el tema, al leer este nuevo libro «Pedagogía de la fe», veo al autor retratado, continuando su labor de maestro: con método, con claridad, con amplitud; veo también en él como la síntesis de su pensamiento, toda una vida aptada.

JOSÉ L. REDRADO

JIMENO VALDÉS, A.
**CUATRO LECCIONES
SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL**
Ed. Paulinas.

El autor, profesor de Psiquiatría social, centra su actividad de especialista en temas como el anterior, la rehabilitación de alcohólicos y toxicómanos y sexología.

El libro que comentamos es el texto de cuatro lecciones, dictadas en la Escuela de Asistentes Sociales de Pamplona. Más que un desarrollo analítico, el autor sintetiza, suscita temas, presenta sugerencias.

Si quisiéramos conjuntar todas sus cualidades las resumiríamos en una sola: paz-tranquilidad. Estamos acostumbrados en estos temas a informaciones sedientas, nerviosas, curiosas, un tanto morbosas. Se ha dicho —y no sin razón— que la sociedad actual padece un tipo de fijación adolescente. El autor quita esta fijación, sobre todo porque insiste mucho en una educación sexual integrada en la educación total, general, de la persona, no como algo separado de ella; educación al mismo tiempo continua, polimorfa, en ambiente de naturalidad, sencillez y diálogo abierto.

JOSÉ L. REDRADO