ORGANIZACION Y PASTORAL DE HOSPITALES

LABOR HOSPITALARIA

S

10

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona
Año 27. Segunda época. Julio-Agosto-Septiembre 1974
Número 153 Volumen VI

Director

ÁNGEL M.ª RAMÍREZ, O. H.

Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas, s/n
BARCELONA 17

Redactores Jefes

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

Administración, Publicidad y Oficina de información hospitalaria

Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas, s/n
Tel. 203 40 00
BARCELONA 17

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

LA PASTORAL DE SACRAMENTOS DE LOS ENFERMOS 112
Por CLAUDIO HERTEMANN, M. I.

MENSAJE CRISTIANO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO CONTEMPORÁNEO 117
Por ESTEBAN DA REUSA

LA ENFERMEDAD PRUEBA DE LA FE 121
Por el padre CARLOS M.ª ZABALA, Trinitario

LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS DENTRO DE UN PLAN DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS 125
Por el doctor ÁNGEL BORREGO DIONIS

LAS ENFERMERAS EN LA PROVINCIA DE QUEBEC 129

LEY FRANCESA DE HOSPITALES 141
Por el doctor RAMÓN FERRERÓ, O. H.

BIBLIOGRAFÍA 149

Por un hospital más humano

La pastoral hospitalaria tema de nuestro tiempo

LA PASTORAL DE SACRAMENTOS DE LOS ENFERMOS

Por CLAUDIO HORTEMANN, M. I.

I

LA FISONOMÍA DE LOS SACRAMENTOS ESTÁ DEFORMADA

Los enfermos, de quienes se habla en este artículo, son aquellos cuya terapéutica es asegurada por el hospital. De hecho, son muy raros los enfermos que no abandonan su domicilio. Hoy el hospital se ha convertido en el lugar normal del albergue y de la terapia del hombre agredido por la enfermedad. Es ahí principalmente, en el hospital, donde el Pastor, capellán o no, debe encontrarlos y donde la celebración de los sacramentos plantea numerosas cuestiones que pueden ser sintetizadas en una sola: ¿Qué significa la mayoría de las veces para los enfermos la petición de un sacramento?

Hay que decir que el malestar que afecta a la pastoral de los sacramentos con los enfermos no es específico del mundo hospitalario. Es una expresión del malestar que afecta a la pastoral de los sacramentos de los cristianos de hoy; ya que el enfermo lleva al hospital la concepción y la praxis sacramentales del sano que era él antes de ingresar.

Una evidencia se impone al sacerdote en el hospital: la fisonomía de los sacramentos está deformada. Esto constituirá la primera parte de estas reflexiones. Permitirá captar mejor las exigencias que me parecen esenciales para una renovación sacramental. Veremos, luego, la pastoral de los tres sacramentos que más frecuentemente son celebrados en el ambiente hospitalario: la Penitencia, la Eucaristía, la Unción de los enfermos.

DECADENCIA DE LA PRÁCTICA SACRAMENTAL

Los tres sacramentos principalmente conferidos a los enfermos sufren desafecto general. La eucaristía sigue siendo más celebrada que la penitencia y la unción de los enfermos (el don del bautismo, de la confirmación o de otro sacramento es excepcional). Muchos enfermos tienen la costumbre de comulgar sólo en las grandes fiestas, o una vez al año (Pascua). La penitencia no es percibida como una necesidad regular porque existe una buena conciencia poco sensibilizada ante la gravedad del carácter social del pecado. La Unción de los enfermos cada vez es menos pedida. Numerosos cristianos, con frecuencia militantes, dejan los sacramentos por encontrarlos inútiles o insignificantes. Les basta la seriedad de los compromisos mediante los cuales intentan vivir el Evangelio. Los sacramentos les parecen desgajados de la realidad cotidiana. Son, para ellos, vestigios de una mentalidad religiosa superada.

USO AMBIGUO DE LOS SACRAMENTOS

Cuando tiene lugar, la petición de un sacramento suscita por lo general perplejidad en el pastor.

Para ciertos enfermos el recurso al sacramento manifiesta una costumbre que la hospitalización no elimina. Pero es difícil conocer sus motivaciones ya que este tipo de enfermos hace con frecuencia de la fe un dominio privado cerrado a los demás, sacerdote o familia.

Para otros, la petición parece más bien impuesta por la angustia que provoca la situación en la que son arrojados. Esta angustia es vencida por todos los enfermos, pero según intensidades diferentes, variables también según el tipo de patología que les afecta. Numerosos *operandos*, por ejemplo, desean la eucaristía y la penitencia por la angustia que la eventualidad de la muerte durante la intervención quirúrgica les produce. Para algunos, el sacramento parece destinado a exorcizar la angustia. Aparece como un rito que asegura, capaz de poner a Dios a su favor.

Otros enfermos tienen la misma concepción de *seguro* del sacramento, pero por razones diferentes. A sus ojos, la enfermedad representa un castigo somático infligido por Dios a causa de faltas que no siempre pueden precisar. El recurso al Sacramento expresa un intento susceptible de apaciguar a Dios, y de apropiarse de todas las *chances* posibles de curación. Por lo que al uso de la Unción de los Enfermos se refiere, sufre múltiples dificultades particulares vinculadas a la fisonomía del sacramento tal como ha sido endurecida por los siglos. En la mente de todos la Unción está ligada a la muerte. Y esta imagen está muy lejos de ser aniquilada a pesar de más de veinte siglos de esfuerzos teológicos y pastorales. Causa miedo. Por eso se retrasa la Unción hasta los últimos momentos cuando ya no hay esperanza alguna de curación. Muy excepcionalmente la pide el mismo enfermo. Con frecuencia se ocupa de ello la familia. En general, espera a que el enfermo haya entrado en coma «para no asustarlo». No siempre tiene en cuenta la fe del enfermo ni su práctica sacramental anterior. Ignora incluso, salvo excepciones, si el enfermo habría aprobado ese paso. Se espera del sacramento un perdón general que garantice la salvación eterna, o que permita tener funerales cristianos. Sucede incluso que se llama al sacerdote cuando el enfermo ha fallecido.

UNA CONCEPCIÓN SACRAMENTAL DEFORMADA

En definitiva se puede decir que existe un profundo desconocimiento del sentido de los sacramentos, no sólo en aquellos que los abandonan sino también en aquellos que los piden.

Para los primeros, el abandono de los sacramentos proviene principalmente del debilitamiento de la fe determinado por la secularización. Pero eso no siempre es verdad. Muchos de estos cristianos, muy al contrario, conceden a la fe una primacía sobre los sacramentos. Son «creyentes pero no practicantes». Se trata, con frecuencia, de una fe muy subjetiva, construida sin referencia a la de la Iglesia. No tiene la mayoría de las veces sino un contenido muy flojo, cuando no se reduce a la simple creencia en la existencia de Dios (no es cuestión de juzgar de su profundidad y de su autenticidad, a veces muy reales). La figura histórica de Cristo cuenta poco. Pero otros abandonan los sacramentos por razones diferentes. Para estos cristianos, con frecuencia comprometidos a nivel social y político, los sacramentos aparecen faltos de consistencia, desgajados de la realidad, sin eficacia social. Están convencidos de que la existencia diaria es el lugar de la realización del Evangelio. Los sacramentos les parecen ritos anacrónicos, cortados de lo cotidiano donde se realiza el destino de los hombres.

En cuanto a los enfermos que recurren a los sacramentos, su concepción sacramental no es por lo general más exacta. Se comprueba la mayoría de las veces una dicotomía entre el sacramento y la vida. El sacramento no parece informar la existencia. Todos los capellanes conocen este tipo de enfermos insoportables para el personal de enfermería, para sus compañeros y su familia, y que tienen empeño en comulgar con regularidad.

Ante estos enfermos los sacramentos aparecen como actos aislados, pasajeros, que procuran un contacto con Dios, pero sin conexión verdadera con el conjunto de la vida. Son deseados en una perspectiva individualista: Realizan una relación exclusiva con Dios. La dimensión comunitaria es ignorada, o débilmente percibida. La fe del enfermo, en general, se limita a reconocer en ellos un gesto de Dios. Pero ese gesto no lleva consigo otras exigencias sociales. Dicho de otra manera, el sacramento se reduce a significar la acción de Dios para el hombre, pero amputada de todo mensaje que interese (afecte) a la vida social del enfermo.

En el caso de la Unción de los enfermos pedida para fallecidos o en estado de coma, la fe personal del sujeto no es tomada en consideración, como si importara poco para que el sacramento sea administrado. Se mira a la Unción como acto de Dios haciendo abstracción de que esencialmente es también llamada y respuesta de Dios a la fe del enfermo. Más que la Eucaristía o la Penitencia la unción reviste el carácter de una acción de Dios, de efecto automático, casi mágica, ya que el consentimiento del enfermo no es necesario. En el límite, la Unción parece una pura formalidad ritual, análoga al pasaporte exigido para franquear una frontera.

La situación que acabo de evocar no debe inclinarnos al pesimismo. Nos incita a buscar los caminos de una renovación de la vida sacramental de los enfermos. La reforma de los ritos litúrgicos es uno de esos caminos. Pero no podrá transformar profundamente la práctica sacramental si, por otra parte, no se reconocen y satisfacen un cierto número de exigencias fundamentales que afectan a la concepción misma de los sacramentos y del servicio pastoral en el hospital.

LAS EXIGENCIAS FUNDAMENTALES DE UNA RENOVACIÓN SACRAMENTAL

La regeneración de la vida sacramental de los enfermos necesita, de manera radical, que:

— La concepción de los sacramentos sea renovada, si

se desea que no se conviertan cada vez más en actos esporádicos e insignificantes.

— La alternativa evangelización-sacramentos sea superada.

— Se desarrolle una catequesis de los sanos, ya que el capellán no puede por sí solo transformar las mentalidades.

— El papel del capellán no se polarice sobre la celebración de los sacramentos.

UNA CONCEPCIÓN RENOVADA DE LOS SACRAMENTOS

Estamos llamados a revaluar aspectos del sentido de los sacramentos no siempre justamente atendidos. Los sacramentos se dirigen a la fe. La presuponen, la vivifican, no tienen significado si no hay una fe que los acoge. La fe constituye la condición de posibilidad de su celebración. No insistiré en este aspecto, que ha sido muy subrayado en estos últimos años, y que sigue siendo capital.

Actos de Cristo, los sacramentos no agotan y no monopolizan su actividad redentora en favor del mundo. Por el Espíritu, Cristo está presente en cada hombre, fundando su existencia y suscitando su libertad. Esta acción se ejerce en cada instante de lo cotidiano. Toda la vida del hombre es de este modo el lugar de la actividad de Cristo. Y es en la realidad de esta vida donde el hombre asiente o no a la presencia de Cristo, al sentido de la existencia que le propone. Igualmente, es evidente que los actos sacramentales no son los únicos por los que el hombre puede asentir a Cristo. En el interior de la vida cotidiana, donde lo social y lo privado se entremezclan, por la fe, la esperanza y la caridad, el hombre no cesa de acoger a Cristo o de rechazarlo.

En esta perspectiva, los sacramentos no ponen al hombre ante una actividad diferente de Cristo. Expresan, al mismo tiempo por la palabra y el gesto, esa actividad en favor de la humanidad. La significan de una manera sensible que el hombre puede reconocer. La hacen visible al hombre. Los sacramentos son la revelación de la presencia dinámica de Cristo en la historia de los hombres. La manifiestan en su actualidad, refiriéndose siempre al actuar de Cristo tal como se desarrolló hasta la Cruz. Dicen que ese actuar histórico (en favor de los enfermos por ejemplo) no ha quedado en un pasado ya cumplido, sino que se despliega, desde Pascua, liberado de los límites de espacio y tiempo, y que solicita a todo el hombre.

El rito sacramental no sumerge, pues, al hombre en un mundo irreal. Por una parte, remite al comportamiento del Señor frente a sus contemporáneos... Por otra parte, tiene sus raíces en la necesidad que el hombre tiene de celebrar, de una manera ritual y festiva, el sentido de lo que vive y, quizás más aún, de lo que proyecta vivir en el futuro. El sacramento, en cuanto rito, rompe sin duda con lo cotidiano de la vida. Pero es una ruptura destinada a manifestar más explícitamente el sentido de lo que es vivido en lo cotidiano: la presencia activa de Cristo en el enfermo, y la acogida de esa presencia por parte del hombre (1). Es también una ruptura que remite al cotidiano futuro, para que éste sea más vivido de acuerdo con las significaciones cristianas. El rito sacramental coloca, de este modo, al hombre frente a la actividad de Cristo, e invita al hombre a que dé su sí más intensamente. Como en el corazón de la vida corriente, el encuentro de Cristo y del hombre se realiza dentro de la celebración sacramental. Y, como todo encuentro, modifica al hombre, suscita un compromiso nuevo en la fe. El sacramento no confisca el encuentro diario de Cristo, sino que lo celebra, lo actualiza. Invita al hombre a realizar ese encuentro en el futuro.

El sacramento no es, pues, un acto pasajero. Recapitula lo ya vivido más o menos bien por el hombre. Se inscribe dentro de ese tiempo vivido. Compromete al hombre de cara al tiempo por venir.

Todos los sacramentos conllevan una dimensión comunitaria. No advienen a un hombre solo, para colmar su soledad. Por una parte, tocan al creyente por medio de una comunidad, la Iglesia. A través de la Iglesia, sacramento de salvación, se manifiestan para el mundo la Palabra y la acción liberadora de Dios en Jesucristo. Por otra parte, la actividad de Cristo, significada por los sacramentos, tiene siempre como objetivo la re-creación de un hombre nuevo, es decir, capaz de consentir al amor absoluto de Dios y de los demás. El acto de Cristo, pues, libera siempre las capacidades de comunión del hombre, de suerte que éste sea capaz de constituir con los demás una nueva comunidad, gracias al Agape que viene de Dios. Los sacramentos remiten al hombre a la sociedad de la que es parte integrante, para que sea en ella centro de relaciones renovadas, de una comunión nueva, cuya posibilidad debe anunciar la Iglesia por su vida. La dimensión social de los sacramentos no es secundaria ni accesoria. Constituye su originalidad, tan esencial como la relación con Cristo que realizan. De este modo los sacramentos contestan la calidad de las relaciones que hacen existir entre sí los cristianos, y la de las que mantienen con el mundo. Hacen de estas relaciones el lugar privilegiado del testimonio evangélico.

LA SUPERACIÓN DE LA ALTERNATIVA EVANGELIZACIÓN-SACRAMENTOS

La perspectiva sacramental que acabo de esbozar nos permite rechazar la alternativa evangelización-sacramentos, como nos invitan a ello los recientes trabajos del Episcopado sobre *Evangelización-sacramentos* y sobre

Iglesia-sacramentos. Evangelización y sacramentalización no han de yuxtaponerse, como si se tratara de dos tareas paralelas o antitéticas, y como si las exigencias pastorales nos obligaran a escoger una a una en detrimento de la otra. Es necesario que volvamos a la unidad misma de la misión de la Iglesia.

Ahora bien, la misión de la Iglesia es la evengelización. Y los sacramentos forman parte de la evangelización. Los sacramentos también la expresan y la realizan. No son el punto final del anuncio de la salvación. En ellos se conitnúa la evangelización ya que el hombre no ha terminado de acoger a Cristo en su vida y en los sacramentos. De necho, la vida del cristiano remite a la fuente de su dinamismo, que es la acción liberadora de Cristo —esa acción que el sacramento celebra, manifiesta y actualiza—. En cuanto al sacramento, éste descubre la acción de Cristo que no es un gesto efímero, sino que asume toda la existencia del cristiano. El sacramento, como hemos visto, no puede reducirse a un acto momentáneo, temporal. Toma la vida entera del hombre, en el conjunto de sus dimensiones social y privada.

LA CATEQUESIS SACRAMENTAL DE LOS SANOS

La renovación de la vida sacramental no puede ser, evidentemente, cosa de un solo capellán de hospital.

Por una parte, no tiene el tiempo. La duración media de estancia en el hospital es más bien corta, excepto los centros especializados (centros anticancerosos por ejemplo), o en los servicios de medicina. Los enfermos raramente prolongan su estancia más de dos semanas. Esto deja poco tiempo al capellán para que pueda tener con el enfermo más que un contacto superficial. Tanto más cuanto que cada día hay nuevos ingresos.

Por otra parte, el enfermo llega al hospital con toda una formación religiosa, toda una manera de creer, que es muy difícil hacer evolucionar durante la breve hospitalización. Sin embargo es esa formación la que va a determinar la actitud del cristiano ante la enfermedad, ante Dios, ante los sacramentos.

Son, por tanto, en primer lugar las comunidades cristianas las que deben realizar el esfuerzo de catequesis de fe y de los sacramentos. Hay tantas concepciones deformadas a disipar antes que el enfermo se hunda brutalmente en su enfermedad...

Sería también ventajoso que el capellán de hospital no sea una persona sola. Sería deseable que estuviera realmente conectado con los sacerdotes de un equipo parroquial (el del sector donde está situado el hospital) a fin de participar en sus reuniones y aportar un análisis de la vida sacramental de los enfermos a su cargo. Entonces podrían dibujarse las opciones de una catequesis común que tenga en cuenta lo vivido en el mundo hospitalario.

UNA CONCEPCIÓN NO SACRAMENTALISTA DEL CAPELLÁN

El papel del capellán consiste en ayudar al enfermo a vivir en la fe su situación patológica. No puede, pues, limitarse a hacer aceptar unos sacramentos y a celebrarlos.

Esa función exige que se permita al enfermo descubrir la presencia de Cristo en todos los instantes de su vida, que se la ayude a consentirla más y a celebrarla. Es dentro de este reconocimiento de la presencia de Cristo donde el sacramento cobra todo su significado. Ya no corre el riesgo de ser tomado por una breve y pasajera visita de Dios. Se convierte en el acto por el que esa presencia es celebrada más conscientemente, acogida más voluntariamente, y por el que el enfermo se compromete a vivirla en el futuro.

Lo esencial no es, pues, que el sacramento sea celebrado, sino que su celebración exprese una fe que no se contenta con reconocer la venida de Cristo en el sacramento, sino en el corazón de lo cotidiano. En este sentido, el sacramento no se sitúa en el término de un camino de fe como si fuera su conclusión o su cima. Se inserta en una marcha de fe que nunca está acabada, la recalca, la vivifica, la lanza de nuevo. Compromete al enfermo a vivir su futuro en una fe más profunda. Y no pone punto final a la actividad del capellán. Este se compromete (y toda la comunidad con él), por el don del sacramento, a acompañar al enfermo en su vida de fe a lo largo de su situación patológica.

El Pastor se encuentra, pues, al servicio de este caminar de la fe, caminar de fe que no pueden agotar la petición y celebración del sacramento. Puede incluso darse que el sacramento nunca sea pedido, dadas las deformaciones de que es víctima, sin que ello indique falta de fe profunda en el enfermo. Esto no exime al capellán de proponer un sacramento, pero de modo que el sacramento aparezca como homogéneo a lo que ya vive el enfermo. No es seguro que el enfermo vaya a aceptar. Lo esencial es la autenticidad de lo vivido en la fe.

Este servicio a la fe de los enfermos exige del sacerdote la posibilidad de entablar verdaderos diálogos, mediante los cuales pueda conocer más personalmente a los enfermos y la manera como viven su fe. Esto no es siempre fácil. Requiere tiempo, y el capellán no siempre dispone de mucho. También es necesario pararse con el enfermo a solas, y las salas comunes de muchos hospitales no favorecen esta conversación individual. Es igualmente preciso que el capellán no limite su visita a repartir un consuelo más o menos superficial, sino que suscite en el enfermo una expresión más profunda de lo que vive. Una formación a la Relación de Ayuda es todo menos superflua para el sacerdote (2). Dar ánimo al enfermo es sin duda excelente, pero eso no basta.

Si se desea que el enfermo viva más evangélicamente su situación no debemos olvidar que el evangelio se dirige al nivel más personal y más profundo de lo que

todo hombre vive: El amor, la esperanza, el escándalo del sufrimiento, la angustia de la muerte, la razón de vivir. Es en ese plano donde la Palabra de Dios alcanza al hombre; y en el corazón de esos interrogantes (que cuestionan el sentido de la existencia) la Palabra hace surgir una luz, un significado. El diálogo pastoral con el enfermo debería alcanzar ese nivel, o en todo caso tenerlo como punto de mira, pues no siempre se llega (brevedad de la visita, frecuencia de los encuentros, etcétera). Sin duda sería preferible escoger a aquellos enfermos con quienes detenerse más en vistas a llegar a una comunicación más sustanciosa. Teniendo en cuenta, por ejemplo, la duración de la estancia, el alcance de la prueba y el grado de aislamiento del enfermo.

Entonces estamos muy lejos de la alternativa: Dar o no los sacramentos. El Pastor, por otra parte, es por sí mismo un signo sacramental. Por su persona misma remite a Cristo de una manera especial: Señala a Cristo Cabeza de la comunidad eclesial, y fuente de la gracia. La visita del sacerdote representa un acto sacramental, y los enfermos tienen más o menos conciencia de ello cuando declaran que prefieren la presencia del capellán a la de los otros cristianos.

Pero no es necesario decir que todo cristiano es junto al enfermo un sacramento de Cristo, en el sentido que remite a Aquél que da significado a toda su existencia. Toca al capellán recordar y sensibilizar al enfermo de cara a las realidades que son portadoras de la presencia dinámica de Cristo: El conjunto de las actividades terapéuticas a favor del hombre para devolverle la salud. La celebración de un sacramento no sería totalmente verdadero sin eso.

¿Pertenece al sacedote proponer un sacramento? Una respuesta categórica es difícil. Dada la débil práctica sacramental me parece preferible dejar al enfermo la iniciativa de la petición para que no sea molestado por una propuesta que, como he comprobado con frecuencia, puede parecerle una presión. El enfermo sabe que el capellán está a su disposición, y el capellán debe hacérselo comprender claramente. Si le interesa recibir un sacramento lo dirá (3). Cuando, por ejemplo, el enfermo se da a conocer como acostumbrado a comulgar, el problema es diferente. Pero eso no exime de un diálogo susceptible de aclarar y preparar el acto sacramental.

Este conjunto de reflexiones sobre las exigencias generales de una renovación sacramental nos pone en condiciones de pasar a ver la pastoral de los tres sacramentos principalmente conferidos en el hospital: Penitencia, Eucaristía, Unción de los enfermos. Me detendré más en la Unción de los enfermos, porque se trata del sacramento específico de la situación patológica, y de aquél cuya revaloración levanta más dificultades que ningún otro.

Seleccionado y presentado
por el equipo de PADRES CAMILOS. Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. A este propósito R. DIDIER escribe: «Podemos insistir en una segunda propiedad del rito, para responder a la acusación de que los sacramentos «no están en la vida»... Si se entiende que el sacramento debe estar hecho de la misma trama que la vida cotidiana, la acusación es inadmisible. ¿En la ceremonia inaugural de los Juegos Olímpicos se hace correr o saltar a los deportistas? *El rito no es la vida sino su celebración.* Desde esta visual, el rito se sitúa fuera de la vida de todos los días, porque, como fundamento y garantía de la vida cotidiana, no puede identificarse con ella. Sin embargo, es en esa vida donde se manifiesta ese fundamento». *(Pour une théologie de la sacramentalité,* en *L'Eucharistie,* Profac, Lyon, 1971, pág. 305).

2. Cfr. C. ROGERS, *La relation d'aide et la psychotérapie,* Editions sociales françaises, Paris, 1970. *Le développement de la personne,* Dunod, Paris, 1966.

R. MUCCHIELLI, *L'entretien de face à face dans la relation d'aide,* Editions E.S.F., Paris, 1970.

G. CRUCHON, *Le prêtre conseiller et psichologue,* Salvator 1971.

3. El Capellán deberá tener en cuenta a todos esos numerosos ancianos acostumbrados a que toda iniciativa con respecto a la recepción de los sacramentos venga del sacerdote. Pero, incluso tratándose de ellos, la propuesta de un sacramento no debería aparecer jamás como una presión, aunque amistosa.

MENSAJE CRISTIANO EN EL AMBITO HOSPITALARIO CONTEMPORANEO

Por ESTEBAN DA REUSA

EL CAPELLÁN EN EL HOSPITAL DE HOY

Una *presencia* que se convierte en *sacramento,* porque revela que el amor es *alguien,* o sea Dios; un *escuchar* humilde; un *diálogo* cual *expresión de amor* que descubre a Dios, a la vez que lo manifiesta, por cuanto revela el origen, el sentido y la finalidad del amor, supone que una presencia semejante, por muy discreta y respetuosa que sea, anuncia una revelación y tiende a enriquecerla mediante signos visibles también revelados.

Es inevitable que el Capellán hospitalario se encuentre implicado en este *anuncio* y en estos *signos.*

Las formas de este anuncio y de estos signos deberán liberarse, en el hospital del futuro, cada vez más secularizado y pluralístico, de condicionamientos mentales, tanto más presuntuosos cuanto más limitados, para abrirse a una manifestación auténtica y liberadora del mensaje evangélico.

El *escuchar* humilde del enfermo *se convierte,* en la dinámica de este *mensaje,* en un elemento indispensable de enriquecimiento y de credulidad, que confirman las palabras de Pablo VI, según las cuales el enfermo es *maestro de teología y de espiritualidad; consiente* en proponer el anuncio evangélico en dimensiones válidas para *aquella persona* y para *aquel momento;* ofrece al *signo* sacramental la posibilidad de convertirse en *auténtico* además de *válido.*

- de *primado de la evangelización,* que resulta hoy más «urgente» al acentuarse la secularización, el agnosticismo y el ateísmo;

- de la necesidad de *traducir el contenido evangélico a un lenguaje comprensible para el hombre de hoy;*

- de evitar el peligro de considerar los Sacramentos como elementos mágicos, y *finalizarlos* mayormente en la fe, de convertirlos en *memoria* de los hechos salvadores, de acentuar en ellos el elemento común de purificación y de santificación y de orientarlos hacia la solidaridad de la comunidad eclesial.

Un motivo ulterior de confirmación a las indicaciones de orden pastoral derivantes de la evolución del hospital moderno que he señalado, me parece que brota de un comentario aparecido en el *Osservatore Romano.* A continuación transcribo un fragmento del mismo:

«...El redescubrimiento de los valores humanos que conciernen al hombre en su esencialidad, requiere un uso adecuado de medios, una visión antropológica que respete la libertad de las personas y las estimule a encontrar, en el mensaje cristiano, un punto de apoyo y de referencia válido y constante. ¿El pretender conquistar rápidamente personas y pueblos para Dios —es el punto interrogante que puso el cardenal Ursi —no es un aspecto del mesianismo de orden mundano? ¿No se mira, quizá, a las grandes manifestaciones de la Iglesia, a sus éxitos externos y a sus conquistas como si se tratara de construir el reino de Dios? ¿La tentación de conquistar y cristianizar, de cualquier modo, a personas y a pueblos, no lleva a la acción pastoral a lanzarse de un modo exagerado hacia la exterioridad, hacia el formalismo, hacia el ritualismo?...».

EL CAPELLÁN Y LA EVANGELIZACIÓN

La enfermedad es un signo mesiánico, pero resulta igualmente difícil hablar de ella, tanto en un plano antropológico, como sobrenatural. Es necesario profundizar este penoso problema para buscar un lenguaje más apropiado para nuestro anuncio de salvación. Actualmente existen ayudas que considero inapreciables, pero que nunca pueden substituir la reflexión personal. En particular, aquella reflexión que nace del contacto con el enfermo y de la comparación entre ideas y realidad.

A continuación anoto algunas impresiones sobre estas comparaciones:

- Nuestra oración en los momentos patológicos de la vida es pobre, poco elocuente y abstracta. Denota una distancia psicológica y un fenómeno curioso de no receptividad. Porque es una oración que no logra aportar una contribución constructiva y modificante de la dinámica de la vida que se expresa en la esperanza. A menudo habréis notado que tampoco el médico tiene nada que decir, ni que modificar en una situación delicada; sin embargo, remonta igualmente y engendra esperanza. Deberíamos saber que poseemos una enorme producción

ascético-consoladora del sufrimiento, presentada como el *don* más hermoso, como un *estado de vida* particularmente afortunado.

Repito: una oración que se debe profundizar más seriamente, para encontrar nuevas respuestas más reales, más vivas y más aceptables para una mentalidad profundamente transformada.

¿Se tratará quizá de presentar una religión fácil? Es un discurso o una acusación que se escucha, pero que aparece no tener significado alguno. La religión no crea, pero se injerta en las leyes de la vida. No se puede levantar la cruz de las espaldas de nadie, cristiano o no. Ahora, siempre en el ámbito religioso, la diferencia consiste en mirar como positivo, como *bien*, como *valor* en sí, lo que es negativo, o bien en captar el significado de este acontecimiento negativo: significado humano y divino, llamada concreta a la conversión y un cambio interior como un rebote hacia los valores positivos de la esperanza y de la vida.

En la búsqueda de este lenguaje del sufrimiento en orden a la vida, el capellán se convierte en un elemento esencial de un verdadero ciclo terapéutico: sobre todo frente a la ineptitud del médico, cuya formación equivocada lo lleva a afrontar la enfermedad como a una entidad abstracta y al enfermo como una estructura física formada de órganos.

Entendámonos bien: no es que nosotros seamos los únicos que poseamos esta formación. A menudo nos contentamos con algo común y fácil, sin preocuparnos de un enriquecimiento interior en base a los nuevos descubrimientos antropológicos, bíblicos y teológicos.

• Un grave obstáculo para nuestras posibilidades evangelizadoras resulta el acoplamiento —arbitrario, quizá, pero a veces advertido dramáticamente—entre el capellán y la muerte. Vale la pena indagar los motivos de este acoplamiento para tratar de anularlos. Además de ser un obstáculo para el bien espiritual y además del desconsuelo que provoca, puede resultar un peligro objetivo para la asistencia del capellán. En unos momentos en que el parecer y la cooperación del enfermo, o de quien le rodea, serán cada día más solicitados acerca del uso de técnicas sanitarias y de organización hospitalaria, se considera una decisión negativa eventual sobre un aspecto menos agradable de nuestra asistencia. Frente al enfermo que muere ¡qué fácil resulta la superficialidad aun en el plano religioso! ¡Qué providencial que resulta un poco de humildad a fin de encontrar un diálogo correcto psicológicamente, que se amolde a los continuos imprevistos en unos momentos de profunda e íntima transformación.

• Se puede añadir a todo esto, muchas otras dificultades externas como: el escepticismo o la indolencia del contexto sanitario; una insignificante preparación tradicional o ambiental positiva, en la variedad humana del gran hospital; la reducción de tiempo hábil en el nudo o en el caos de los más diversos problemas; la dificultad para un diálogo personal; la brevedad y transitoriedad de la permanencia en el hospital.

• No nos olvidemos, siempre con respecto a las dificultades, de las que derivan de la situación religiosa del enfermo. Situación que no es fácil de modificar. En la mayoría, la idea religiosa ha quedado bloqueada en su fase infantil. Por lo tanto, de ello deriva un estado de vergüenza con respecto a las expresiones y a las prácticas religiosas y un rechazo, motivado por diversos factores, de los medios de salvación. ¡Y pensar que se ofrecen con extrema libertad, requieren un mínimo esfuerzo y prometen bienes incalculables!

¿Entonces resulta inútil la evangelización en un hospital? No. Es un acontecimiento misterioso que se sirve de todo pero que no precisa de nadie. No obstante las dificultades, también nosotros nos convertimos en instrumentos de este servicio.

He aquí algunas sugerencias, claramente opinables:

• Una cierta presencia con un valor particular, de lo cual ya se ha hablado, facilita casi automáticamente la superación de muchas dificultades.

Se debe recordar, además, que «Cristo está presente también en el ministro que anuncia la palabra de Dios». Una *palabra* que se debe exponer de un modo sencillo y genuino, de tal forma que aparezca el detalle central del mensaje evangélico.

De esta forma no es fácil dirigir delicadamente la actitud casi inconsciente de una oración instintivamente utilitarista hacia una reflexión sobre el acontecimiento-enfermedad, a la luz de la esperanza cristiana. De tal forma la crisis de fe, como resultante de decepciones en el plano material, podrá purificarse en el descubrimiento de nuevas respuestas al deseo de paz, alegría y utilidad, en una condición que humanamente parece desesperante.

Por lo tanto de una oración que no gravite en la aceptación pasiva, en la resignación estática y a veces complacida, sino que se proponga la búsqueda y el descubrimiento de una tarea nueva a desarrollar con la ayuda de Dios. Un Dios que no se recrea sádicamente en nuestro sufrimiento, sino que nos ofrece recursos insospechados para sacar y para arrancar de ellos, de un hecho negativo, motivos de vida, de utilidad y de amor.

• Se recuerda, finalmente, que el capellán lanza una pequeña semilla en una parte de humanidad que le escapa continuamente. Pero es una semilla colocada en un momento inolvidable de la vida humana y, por lo tanto, asume un relieve especial. Esto lo decimos porque la visita cotidiana al enfermo no es un peso ligero. El dolor no alegra, sino que consume y criba, también, la dialéctica más vivaz. Por consiguiente, es un peso que a veces uno está tentado de sacarse de encima, quizá justificado por los escasos resultados.

El propio *sacramentalismo* puede representar un peligro para la evangelización, cuando se considera como la única medida válida de eficiencia pastoral. Por otra

parte, diría que es mucho más fácil, tranquilizante, apurar una *presencia* en un repertorio bastante expeditivo de confesiones y de comuniones. Cada capellán debe sentir en el alma los sacramentos, pero no debemos olvidar que la palabra de Dios, cuando es expresada como un testimonio de caridad y de servicio, deja una huella y un recuerdo aun en aquellas personas que nos parecen más refractarias. Una huella que puede representar el *camino* en un itinerario de salvación.

EL CAPELLÁN Y LOS SACRAMENTOS

Ya hemos hablado de la inserción de los sacramentos en la evangelización, según las indicaciones ofrecidas por la IX Asamblea de la CEI.

Quizá deban añadirse, para evitar equívocos, las palabras de Monseñor Bartoletti, según el cual, el Sínodo se ha puesto «en decidida condenación de una indebida contraposición entre la evangelización y la sacramentalización: el sacerdote es a la vez el hombre de la palabra y el hombre del sacramento. El primado de la evangelización, en el contexto de la civilización moderna, secularizada y secularizante, es un primado de prioridad pedagógica y de testimonio de vida».

Por lo tanto, me parece, aun a la luz de estas palabras, que se puede hallar consuelo en las ideas surgidas en los diversos congresos de capellanes hospitalarios sobre la inserción de los sacramentos, siempre que sea posible, en el mensaje evangélico, que es mensaje de fe, de vida y de esperanza. Por lo tanto, la riqueza sacramental no es autónoma, sino condicionada a una adhesión de fe en Cristo Redentor.

Sobre el argumento de la pastoral sacramental en el hospital, me limito a algunos puntos.

• Cuando se habla de sacramentos en el hospital, deben considerarse dos aspectos: el personal, de conversión y santificación; y el comunitario, en el que del significado de sacramento debería llevar a la comunidad eclesial a una participación realmente concreta con el enfermo y a una elección o colocación de los mismos como parte integrante del anuncio evangélico.

• El hospital de hoy pone la pastoral sacramental en un cuadro que no agota los motivos de la presencia del capellán. Lo que ayer resumía y calificaba toda preocupación pastoral, se injerta hoy en una diversa perspectiva, más vasta, quizá más evangélica y que implica la vida y no solamente la muerte.

No se debe, por lo tanto, confundir el rechazo del sacramento como un rechazo de Dios, como una interrupción de salvación y por consiguiente como liberación para buscar itinerarios diferentes a la inmensidad del amor divino. Al contrario, la aceptación de los sacramentos no debe sugerir una liberación análoga, casi como si hubiese concluido el camino de evangelización.

• Con frecuencia el enfermo rechaza el sacramento sólo en apariencia. Rechaza, quizá, una cierta fórmula de proposición que para él asume un perfil de infantilismo, de una opresión y un planteamiento seudo-religioso, o de una bendición impersonal cualquiera, o bien de una nueva evocación de tensiones, de choques, de perplejidad surgidas en ocasión de actos religiosos.

• El miedo es un motivo de rechazo. Es necesario ligar los sacramentos a la esperanza y a la vida. Por ello se debe sacar el mayor provecho de todas las aperturas al respecto, siempre dentro del ámbito de las posibilidades dogmáticas. Se recuerda la oportunidad, donde y cuando sea posible, de celebraciones comunitarias. Sobre todo la Eucaristía es presentada como sacramento de vida y, como tal, el «sacramento que prepara para la muerte y la consagra».

CONSIDERACIONES SOBRE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS

Las novedades de orden bíblico y teológico acerca de este sacramento, son hoy notables y vale la pena de profundizarlas para proponer al respecto, una catequesis general renovada radicalmente sin permanecer en exclusiva espera de recetas prácticas que dispensen la reflexión personal.

— La administración comunitaria, especialmente en el contexto de una liturgia eucarística, representa una meta óptima y perseguible en los límites impuestos por la variedad de las situaciones objetivas.

— Se recuerdan algunas perplejidades sugeridas por motivos concretos y por motivos teóricos. Concretamente la Unción de los Enfermos pone frente a situaciones de choque, de apuro, de total incapacidad. El enfermo que rehúsa, que rechaza, que se impresiona; familiares que se oponen; la presencia de los médicos que hace apenas posible llevar a cabo un breve gesto mecánico, con general malestar y, a veces, con oposición; el enfermo que está en coma o ya clínicamente muerto. En el plan de estudio y de reflexión se insiste en el significado personal, consciente y finalizante de los sacramentos; sobre la Unción de los Enfermos como sacramento de una condición patológica, no de la partida (fallecimiento). Es de desear que este sacramento *temido* llegue a ser amado, devolviéndole su genuino significado teológico-pastoral, exhortando a los buenos cristianos —sobre todo si son personajes eminentes— a recibirlo al inicio de una enfermedad seria y no al final. No para adormecer el sentido cristiano de la muerte, cuyo significado positivo es injertado continuamente en la pedagogía de la vida cuando la enfermedad y la muerte se ven todavía lejanas.

Es realizar —en conclusión— un esfuerzo para borrar el miedo secular que rodea este sacramento, por lo cual no es ciertamente suficiente un cambio de denominación.

— Como consecuencia creo que se deben evitar escenas desagradables o rupturas de relaciones frente a situaciones en que se rechaza el sacramento, directa o indirectamente. No comprometamos otras vías de salvación, cuando la recepción de la Unción de los Enfermos, según el mismo CJC, se considera como una obligación leve.

— Se debe tratar, siempre que sea posible, de introducir la Unción de los Enfermos como conclusión de un diálogo veraz y delicado entre sacerdote y enfermo, para anticipar, en un clima de serenidad, un sacramento que de otro modo es difícil y suscita contrastes, salvo en los casos en que se reduce a una acción ambigua y de sabor mágico.

Actuando de esta forma, en una clínica universitaria de medicina interna, que se caracterizaba por tener muchos elementos juveniles, sobre 116 Unciones de Enfermos en el primer trimestre de este año, sólo 5 han sido las personas que han recibido el sacramento sin conocimiento.

— Se advierten, hoy en día, pareceres diversos acerca de la Unción de los Enfermos a enfermos inconscientes o clínicamente muertos. Se dice que el hombre moderno no puede tolerar actos que le parecen de pura fórmula. Se dice que la Unción a los Enfermos continuará pareciendo el sacramento de la muerte; muchos cristianos se sentirán tranquilos en conciencia solamente por haber llamado al cura. No me corresponde a mi dar normas, claro está.

Recuerdo que el CJC habla de la Unción de Enfermos en estado de inconsciencia, cuando se suponga por lo menos una aceptación implícita. La discusión podría referirse al sentido de esta suposición en la civilización secularizada de hoy en día.

El Sínodo romano (1960) recuerda sólo que es un abuso el reservar la Unción de los Enfermos solamente para los agonizantes (n. 458).

El Directorio Pastoral y Litúrgico dice que el pastor de almas debe evitar llegar en *articulo mortis.*

Afirman clásicos moralistas que *se puede,* además de que *se debe* conferir la Unción de Enfermos como máxima hasta dos horas después de la muerte. En cambio afirman muy diversamente autores más recientes.

Cierro el argumento con algunas expresiones, sobre las que se puede reflexionar, discutir y disentir, sacadas de un reciente volumen de un capellán de Centro Hospitalario y Universitario de Dijon:

«En la presentación del sacramento es urgente descartar las falsas concepciones que lo desfiguran. Se demostrará que concierne a la situación patológica y no la preparación a la muerte.

Para que la recepción del sacramento sea fructífera, nunca se repetirá bastante que la solicitud de la unción debe provenir de una actitud de fe, como se exige para cualquier otro sacramento.

Si la decisión del enfermo no está inspirada por la fe, sino por otros motivos (miedo, conformismo social, presión moral de los que le rodean, necesidad de una seguridad psicológica delante de Dios o de una seguridad de curación), es preferible dejar para más tarde la administración del sacramento.

En definitiva, lo importante no es que el sacramento sea administrado, sea cual fuere la disposición del enfermo, sino que éste haya hecho un auténtico camino por la fe, permitiéndole vivir cristianamente su enfermedad.

Se evitará, en consecuencia, el estar seguros o próximos a la defunción para hablar del sacramento. Si la muerte está cerca es conveniente proponer el sacramento de la reconciliación y el viático; por lo tanto, es preferible negar la unción: para poder inculcar, tanto al enfermo como a los que le rodean, el correcto concepto del sacramento. Con mayor razón deberá negarse la administración del sacramento a las personas que acaban de morir, desde el momento en que el médico renuncia a cualquier clase de reanimación.

Es a base de tales negativas que se producirá un cambio de mentalidad: la familia y el personal que atiende al enfermo, acabarán por captar que no es suficiente llamar al cura tan pronto el enfermo haya muerto para tranquilizar sus conciencias y la unción ya no se considerará más como un *último* sacramento, o como un rito mágico que asegura el destino eterno del difunto.

En cuanto al enfermo en estado comatoso, no nos parece ya apto para el sacramento, ni siquiera bajo condición, sea cual fuere la insistencia de los que le rodean: en primer lugar se ignora, la mayoría de las veces, si el enfermo deseaba el sacramento; y aun si lo deseaba, se ignora cuál había sido el camino de su fe; y sobre todo es una aberración administrar un sacramento que confiere un sentido a la enfermedad y permite al sujeto vivir este sentido, a alguien que no dispone ya de ningún medio para reconocer y vivir esta significación.

No se puede fundar el don del sacramento en la existencia, del todo hipotética, de una cierta conciencia en el enfermo, que no nos sería perceptible. Es verdad que la mayoría de las veces el pastor se encontrará con una tal insistencia por parte de los que rodean al enfermo, deseosos de que administren al enfermo, que se sentirá sentimentalmente obligado a conferir la unción. Pero esta instancia por parte de los que rodean al enfermo debe ser la ocasión para disipar las concepciones erróneas de la unción y del ministerio sacerdotal; de hacer comprender que la relación entre el comatoso y Dios pertenece al misterio de la actividad divina, no estando esta ligada a la mediación sacramental; y de revalorizar la importancia y la eficacia de la oración de intercesión.

Para poner fin a los tormentos de las conciencias sacerdotales, escrupulosas en exceso en este caso, sería vivamente deseable que las instrucciones del nuevo ritual rechazaran por completo la administración de la unción a los comatosos...».

LA ENFERMEDAD PRUEBA DE LA FE

Por el padre CARLOS M.ª ZABALA ALTUBE
Trinitario

III - Implicaciones de la prueba de la fe

LA ENFERMEDAD UN ACONTECER QUE LA FE CONTEMPLA COMO ALGO QUE ESTÁ AHÍ

Especulativamente hablando, la persona enferma no representa una entidad esencialmente distinta de la de cualquier otro sujeto. La enfermedad no es más que uno de tanto aconteceres, que la fe contempla como algo que *está ahí*. De esto se podría deducir, que no habría lugar a hacer un apartado especial para tratar de la enfermedad como vectora de determinadas complicaciones de fe.

Sin embargo, en la práctica y en concreto, bien se echa de ver por los efectos, que ese acto o esa serie de actos por los que el hombre se comprende en relación a Dios, y que denominamos experiencia de la fe, tiene en el enfermo un eco peculiar.

No es que todos los enfermos se comprendan con la misma profundidad e intensidad; ni que reaccionen en la misma dirección o que adopten idénticas posturas. Todo esto estará sujeto a mil mecanismos, los cuales funcionarán al ponerse en marcha los correspondientes y respectivos estímulos. A una vida débil de fe, escasa en generosidad y fidelidad, corresponderá una experiencia poco menos que imperceptible. A quien no tiene costumbre de reflexionar su vida interior o carece del don de analizarla, fácilmente se le diluirá el precioso contenido de una oportunidad espiritual.

En este vastísimo campo, la actuación de la fe ha de ser, consiguientemente, extremadamente diversa, ya que en la misma concurren elementos tan heterogéneos como la gracia, el temperamento, la formación, la cultura y hasta los mismos acontecimientos más cotidianos de la enfermedad. Como fruto de esa actuación surgirán las infinitas tonalidades intelectuales y afectivas con sus no menos matizaciones y nimios detalles. De aquí que, no se puede marcar una línea de reacción única, ya que cada enfermo tiene su peculiar medida de gracia, su especial vivencia religiosa y su muy personal y concreta experiencia.

Sin embargo, y a pesar de esa acentuada y esencial individualidad, podemos señalar dos coordenadas típicas, que suelen ser comunes, en mayor o menor grado, en todos y en cada uno de los enfermos. Tales coordenadas están situadas en un doble plano: en el afectivo y en el intelectual.

El plano afectivo del enfermo, está enmarcado entre dos polos: la pena y la alegría. Estos dos estados de ánimo antagónicos, si en algún momento se oponen, no por ello necesariamente se excluyen. La fe al posarse en el lado amable de la alegría, al incidir en esa apacible dimensión, produce esa silenciosa experiencia de la solidez en Dios. Esta inquebrantable estabilidad origina en el enfermo esa imperturbable seguridad de restituir a su universo enfermo una consistencia y coherencia esenciales, las cuales, aunque no aparezcan como absolutas, sí se ofrecen como suficientes. Esta solidez opera a modo de invasión. Parte de lo más fino y alto del alma, de aquel punto donde Dios y el espíritu conciertan su cita, alcanza las capas de la afectividad y desciende hasta el terreno de la sensibilidad.

A este plano afectivo corresponde, en su respectivo intelectual, el polo positivo, el cual viene representado por la certeza. El enfermo se ve establecido en la certidumbre. No teme ya tomar la sombra por la luz. En el teatro de su conciencia nota el enfermo que la fe, aportando la certeza, derrama en el corazón y en el espíritu un confortante apaciguamiento sobre las cuestiones problemáticas, que contornean al sufrimiento y su sentido; al dolor y su explicación y a la muerte y su aparente absurdidad. La acogida de la Palabra ha disipado toda incertidumbre y ha restituido o consolidado la calma, la serenidad y la estabilidad.

En otros momentos la fe suele incidir en la pena. La enfermedad conduce al enfermo por los senderos de la inseguridad espiritual. En la conciencia del enfermo, en estas circunstancias, puede darse el fenómeno de la coexistencia de sentir la alegría en la fe y, al mismo tiempo, la pena de creer.

La dureza, la intensidad y prolijidad de la prueba,

pueden originar en el enfermo el mismo estado que causa en el hombre, en general, cuando comienza a fallarle la seguridad natural, la certeza de acertar en el orden humano o en el ámbito religioso. El enfermo descubre que su fe está corriendo el riesgo de perderse. Tal vez haya llegado para él el momento de reasumir personalmente lo que por herencia o tradición había aceptado. El combate se entabla en el plano de la libertad, a la que la fe siempre está expuesta. Creer, siempre es una decisión totalmente libre y, aunque en todos los momentos de la vida no nos coloca en encrucijadas de caminos, sin embargo, suele a veces la enfermedad ponernos en situaciones de verdadera opción dramática. El saber que la fe es libre, en estos momentos, no es lo que más admiración nos causa; lo que realmente nos sorprende es el poder comprobarlo.

En estas condiciones el rostro de la fe se tiñe de un color de vidriosa y lábil fragilidad. Todo, absolutamente todo, puede amenazarla. A esta altura, la prueba de la enfermedad ha desplegado ya todos sus efectivos. Dios nunca faltará, pero el enfermo sí puede faltar a Dios.

Si en esta coyuntura el espíritu acepta aquello de que *sin Mí, nada podéis hacer,* la experiencia negativa de la fe se salda con un balance positivo, ya que el enfermo descubrirá un poco menos mal la santidad y transcendencia infinitas de Dios; descubrirá progresivamente la extensión de la fragilidad humana, a la vez que alejará de sí la tentación de la jactancia, tan repudiada por la Escritura.

De la misma manera que a la alegría corresponde la certeza, así también a la pena le acompaña, en el plano intelectual, la oscuridad. Es cierto que la fe nos establece en la verdad; pero esta verdad nos resulta naturalmente inaccesible y en esa inaccesibilidad permanecerá siempre. Ello causará en el espíritu una insatisfacción permanente, la cual aumentará, unas veces, con el correr de los años; y, otras, con la presencia de situaciones límite, como puede ser una dolorosa y prolija enfermedad u otra limitación de carácter irreversible. A veces, el mismo temperamento causará verdaderas interferencias, acrecentando o disminuyendo el peso de la oscuridad.

Quien sea gobernado por un temperamento tranquilo y pacífico, más fácilmente gozará de la claridad que la fe le procura sin impresionarse tanto por las sombras que quedan; en cambio, los inquietos y vacilantes notarán el constante azote del sacrificio, que insistentemente, les urge, sin que sirva mucho para paliarlo el recurso a la idea del mérito. En otros, el fenómeno que se produzca, sea el de la aparente evaporación; de la inconsistencia al sentimiento de la irrealidad media solamente un corto paso.

Entroncada con los niveles afectivo e intelectual y con los dos binomios *alegría-pena* y *certeza-oscuridad,* se nos ofrece otra actitud, que cifra en sí todas las resistencias y reticencias que el espíritu humano espontáneamente opone a la fe: la duda.

La prueba de la enfermedad puede originar ciertas indeterminaciones del ánimo entre dos juicios que pueden incidir bien en el plano afectivo o en el intelectual; igualmente puede calar en muy diferentes profundidades, llegando incluso, a originar una situación de mediano o total escepticismo religioso.

A veces la situación provocada por la enfermedad llevará al enfermo a poner en cuestión *la verdad de las afirmaciones de la fe* o la historicidad de los hechos que ella comporta. El entorno de fe creado por esta postura se asemejaría al mundo de incredulidad en que vivió flotando el Apóstol Tomás, después que sus compañeros le anunciaron que habían visto resucitado a Cristo. El blanco de estos ataques está situado en una cota intelectual. No suele ser, normalmente, ésta la situación espiritual que la postración enferma origina.

Mucho más frecuente es esa actitud que se siente tocada en su afectividad y reacciona creando una duda que, directa e inmediatamente, incide sobre *la confianza* que una persona merece. Se duda de Dios, de su bondad, de su misericordia, de su providencia. El evangelio nos describe esta postura en la conducta de los Apóstoles, en la tempestad que Cristo calmó. El grito unísono de la tripulación apostólica solicitando el socorro del Maestro, nos revela que su confianza había ya naufragado.

En el primer caso, la enfermedad ha causado impacto en la doctrina; en el segundo, en Dios. Toda desconfianza, en el fondo, perfila siempre una duda doctrinal; pero, una cosa es la falta de confianza; y, otra, dudar de la verdad.

LA ENFERMEDAD MOTIVO DE UNA «DUDA-PRUEBA»

No es que sea lo más frecuente, pero cabe la posibilidad de dar con enfermos a quienes la enfermedad, por inescrutables juicios de Dios, crea tales dudas en la fe, que creen zozobrar en la incredulidad; se sienten a sí mismos como negando las verdades de fe. Si la prueba es corta, no tiene nada de espantoso; pero, puede ser que la prueba se instale definitivamente. Entonces la duda aparece como dueña absoluta de la plaza del espíritu. De aquí a la obsesión de la sensación de haber perdido realmente la fe, media un muy corto y fácil paso. Sin embargo, y de hecho, no se trata más que de esto.

El enfermo, en quien su situación ha causado este estado, permanece empecinadamente creyente, lo es lo mismo que siempre, pero no lo siente. Aparentemente, todo se ha desplomado a su alrededor y dentro de sí.

El llegar a este doloroso y trágico estado, en parte, se debe al temperamento, a la formación, a la edad, a la trayectoria de vida religiosa anterior; pero, también es cierto, que puede tratarse de una conducta metodológica divina muy especial y particular.

La fe en estos enfermos queda quintaesenciada a la pura y desnuda fidelidad a la gracia. Mientras las facultades intelectuales permanecen en el más espantoso de los silencios, o incluso, se desencadenan para contra-

decir con todo su bagaje las afirmaciones del dogma, la agudeza del espíritu permanece adherida a Dios; no falta al lugar tenebroso, pero confiado, de la cita divina.

Esta prueba es terriblemente perturbadora, e incluso, puede llegar a ser hasta desesperante, si no se sabe cómo juzgarla. Con todo, no deja de ser uno de esos biodetergentes espirituales de eficacia innegable por la que el alma del enfermo, se reduce a su blancura espiritual y a la justicia primitiva.

La terapia para tal síndrome espiritual está recetada por el Apóstol Pablo, cuando escribía: *«Dios no permitirá que seáis tentados más allá de vuestras fuerzas»*. La única medicación para tal estado de ansia es la aplicación masiva de la paciencia.

No está prohibido rogar para ser exonerado de tal mortal peso; pero es muy conveniente que ese ruego vaya acompañado de sosiego, incluso que sea poco prolongado, para evitar añadir a la prueba el peso del anclaje o de la obsesión.

LA ENFERMEDAD MOTIVO DE UNA VACILACION

Este estado no es efecto de aluvión o de irrupciones violentas, sino que nace, crece y se desarrolla de una manera insinuante. Es como un murmullo que crece o decrece.

En el Nuevo Testamento, aparecen los Apóstoles moviéndose frecuentemente en este indefinido terreno. Especulativamente, creen firmemente en Cristo; pero su adhesión es flotante, por lo que el Señor los reprocha con insistencia. Los momentos de la pasión, tremendamente perturbadores, representan un eclipse, pero no tarda en hacerse la luz pascual, aunque a duras penas y quebrando muchas posturas tercas.

El nacimiento de esta fluctuante postura parecería que debe ser absolutamente imposible, porque la fe está fundada, en definitiva, en el Testimonio más convincente que haya, cual es el Testimonio infalible de Dios; por tanto, el correspondiente asentimiento debe ser también inquebrantablemente firme. Es verdad; pero tampoco es menos verdad que la posibilidad de las vacilaciones tiene sus raíces profundas en la mismísima naturaleza de la adhesión de la fe.

El enfermo que ha llegado a este punto a través de su crítica rebelde e inconformista, de su inadaptación a las nuevas cricunstancias creadas por la enfermedad, de su impaciencia y de su sensación de víctima inocente, tendrá vacilaciones, pero resueltamente no será un incrédulo. La experiencia de esta vacilación le será tremendamente penosa porque se acompaña de la expresión de que el mundo familiar en que ha vivido pierde toda su pretendida consistencia.

A estas razones primordiales hay que añadir, no pocas veces, los argumentos de orden sociológico. La fe hay que vivirla en el mundo, en la familia, en la profesión. Ahora bien; es del dominio público que el hombre señalado por la enfermedad, sobre todo si es prolongada e inhibidora y con efectos irreversibles, siente girar totalmente el meridiano de su existencia. Si el nuevo mundo le es desfavorable, no tardará en sentirse incómodo y en tener la impresión de que es un ser extraño en el mundo de los demás. La tentación de abandonarlo todo suele rondar la mente del enfermo; y, de hecho, no es nada infrecuente que en esas vidas se inicie un paréntesis de alejamiento de toda práctica religiosa.

¿Este paréntesis no habrá que interpretarlo como una denuncia simple de una crisis de crecimiento en la fe? La soledad, el silencio, las largas horas de reposo, el insomnio... han hecho examinar al enfermo adulto la realidad de su fe y, tal vez, ha constatado que no deja de ser una fe infantil.

De hecho, la precaria situación de su salud, le ha hecho comprobar que no poseía, a lo más, más que conocimientos elementales, poco o nada asimilados, de contenido espiritual anémico; que no hacía más que gestos de apariencia religiosa.

Este descubrimiento tiende naturalmente a poner en cuestión el valor de la fe misma. Este podría ser un momento providencial para que el enfermo *reasumiese* personalmente la fe, que hasta ese momento no era más que ceremonias, ritos, prácticas, enunciaciones doctrinales, pasivamente recibido y aceptado.

LA ENFERMEDAD MOTIVO DE UNA DESCONFIANZA

Esta crisis parte de la consideración de la bondad de Dios y de la constatación de la presencia abundante del mal en el mundo. Este pensamiento, que ya especulativamente inquieta muchas mentes, adquiere caracteres de violencia, cuando se encarna en un enfermo.

El primer impacto que produce la enfermedad, normalmente, es de auténtica disconformidad y rebeldía. La depresión del mal agosta los fervores del espíritu y en este tumultuoso clima el enfermo busca el cielo para protestar contra su Hacedor.

En el orden práctico, el mal humor invade el carácter, impermeabilizándolo herméticamente a todo influjo de vida religiosa. Como un instinto primario, brota la airada protesta, que toma cuerpo en forma de blasfemia material.

Pasado este primer y desconcertante momento, aflora paulatinamente la aceptación meramente pasiva y resignada, ribeteada de algo de escepticismo. La tempestad comienza a amainar. El enfermo ya no grita contra Dios. Se calla simplemente. En su interior se palpa como un tremendo y desconcertante vacío. Se diría que está indiferente, apático, amorfo e irrsoluto. Se da cuenta de que otros también están enfermos.

Las verdades de fe especulativas y transcendentes no están generalmente al alcance de estas solfataras. No se trata en tales situaciones de dudas doctrinales. La atención se fija en esos dogmas de mediatez, en esas verdades casi tangibles. Nos han hablado tanto de Dios, de su providencia, de su bondad, de su cielo, que teníamos la

idea de que en el momento necesario nos iban a resultar eficaces y definitivas. Al no serlo, todo el andamiaje que habíamos construido para apuntalar lo que, pensábamos, era fe, se ha venido estrepitosamente abajo.

Entre las piedras calcinadas de este castillo de la fe, que creíamos ser, vuelven a escucharse las palabras de Cristo: *«¿por qué teméis enfermos de poca fe?»*.

NIVEL AFECTIVO

Aunque parece algo paradójico, lo cierto es que entre la historia del Pueblo de Israel y la trayectoria del enfermo se pueden establecer ciertas analogías, que demuestran la identidad metodológica de la pedagogía de Dios. Al fin, si el cristiano, como ya hemos dicho, es un trasunto de Cristo, en quien se resumen, concretan y realizan todos los símbolos, figuras y esperanzas del Antiguo Testamento, parece lógico que en él deben aparecer plasmadas y reflejadas esas líneas generales.

Si esto, generalmente hablando, ha de ocurrir con el cristiano, con más razón ha de suceder con el cristiano enfermo. Ya no se trata en este caso de aplicar la frase de que es *otro Cristo,* sino de que es *Cristo otra vez.*

La historia del enfermo arranca de la misma fuente de la que brotan las raíces del Pueblo de Israel: *la elección.* Así como esa elección constituyó al Pueblo en trance, en drama, en promesa de llegar a ser la *porción escogida,* de la misma manera la enfermedad coloca al enfermo en una auténtica y verdadera situación límite, si tal vez no querida positivamente por Dios, sí permitida con vistas a mayores y mejores frutos.

Rebeldía

El enfermo, ante esta elección divina y frente a una promesa que no solamente la desconoce, sino que le parece hasta absurda, se ve sometido como el Pueblo, a una dura *prueba de fe.*

La reacción primera de rebeldía actualiza la postura desobediente de Israel en el desierto. Protesta; se aferra a un mundo que le margina, critica a una sociedad que vive cerca de él desconociéndole casi del todo y sueña con los manjares que antes le proporcionaba la vida. Prácticamente, esta rebeldía, por otra parte muy humana y explicable, constituye al enfermo en situación de auténtico desierto.

Aceptación

Sin embargo, Dios lleva adelante su inescrutable proyecto. La soledad, el aparente abandono, el alejamiento de los amigos; el silencio de las largas horas, la inactividad de la recuperación, el aislamiento... harán que las aguas turbulentas de la rebeldía vayan decantándose paulatinamente. Dios, en este estadio, consiguió con Israel pactar la Alianza. El enfermo, a esta altura, se halla en un nivel más elegante: ha aprendido a aceptar. De la crítica ha pasado al silencio respetuoso. En la oscuridad de su rebeldía amanecen los primeros destellos de *amor.* Definitivamente, el enfermo se resigna a caminar por el sendero incógnito en el que la elección divina le ha situado. Se ha consumado *la alianza.*

Rehabilitación

El comportamiento divino sigue la línea marcada en la historia antigua de la salvación. De las calamidades del exilio y de la cautividad, Yahvé sacó un *pequeño resto.* Este puñado de esperanza es efecto de pura gracia, ya que la promesa era humanamente irrealizable. El enfermo, de igual manera, una vez aceptada la prueba se ha constituido en *pequeño resto,* en más fiel seguidor del siervo de Yahvé. En el aspecto humano, el enfermo se ha hallado a sí mismo, se ha centrado, se ha rehabilitado. En lo espiritual, comienza para él *la prueba de la esperanza.* Como a Israel, la tentación de *este siglo* ronda su vida espiritual, tan duramente conquistada, poniéndola en trance de *secularizarla.* La prolijidad de la enfermedad, la monotonía aséptica de los días, la presencia de un mediano escepticismo, todo unido a la comodidad y al edonismo, pueden hacer que el enfermo pierda un poco la perspectiva espiritual, en la que la elección le ha puesto.

Realización

Pero el plan de Dios sigue cubriendo amorosamente las etapas trazadas en su divina pedagogía. Así como no todos los que salieron de Egipto llegaron a la tierra de promisión, ni los profetas que predijeron al Ungido lograron ver *al Deseado de los collados eternos,* igualmente no todos los que al comienzo del viacrucis de su enfermedad cargaron con la cruz, llegan a la cumbre de su plena y total realización.

Realizarse no equivale a ejercer una actividad remunerativa, capaz de crear una seguridad temporal; tampoco significa la reintegración a aquel mundo en que antes habitó; es, sencillamente, hallarse uno a sí mismo, interpretarse en relación con las nuevas condiciones y emprender una vida paralela, aunque distinta, de la vida de salud. No se trata de comparar, con cierta autosuficiencia y haciendo gala de experiencia, la vida sana con la enferma, sino de potenciar cada día más esa misma vida, pero diferente, aportando con ello un nuevo aspecto al concepto integral de vida.

Todo este proceso, que en cierta forma refleja pálidamente y a escala reducida, la historia de salvación del Pueblo de la Promesa, gira también en torno a dos coordenadas, que no son ni necesariamente exclusivas del enfermo, ni tampoco esencialmente constituyentes de la vida cristiana. Sin embargo, tal es el relieve que adquieren en la vida enferma que, fácilmente se puede conjeturar, que constituyen una de las bases que fundamen-

LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS DENTRO DE UN PLAN DE COORDINACION DE LOS HOSPITALES DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

Por el doctor ÁNGEL BORREGO DIONIS
Farmacéutico, Jefe del hospital de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Escribía el profesor Salva en 1970 (1): «La evolución técnica y sociológica de la medicina ha conducido de forma progresiva a un aumento de la importancia y extensión de la medicina hospitalaria. Del hospital benéfico y docente se pasa al hospital técnico, cuya finalidad es permitir a la sociedad el disfrute de una medicina eficaz y de alto nivel. En esta nueva perspectiva corresponde a la sociedad, en un sentido más amplio, hacer llegar a todos los beneficios de la atención médica, y a las clases sanitarias poner a disposición de los pacientes todos los medios técnicos disponibles en su mayor grado de perfección».

«Las nuevas condiciones del hospital moderno, 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 del hospital. La farmacia del hospital es todavía en muchos centros asistenciales un organismo anejo, que no está integrado en la unidad funcional necesaria, para conseguir la eficacia debida de unos sistemas asistenciales modernos. Es por ello absolutamente necesario establecer a la luz de la experiencia propia y ajena, las bases doctrinales de los servicios de farmacia hospitalaria en forma que representen el pensamiento español al respecto y permitan instrumentar las reglamentaciones y directrices que conduzcan al aprovechamiento íntegro de las múltiples posibilidades en contribución de la farmacia al buen funcionamiento del hospital y, en consecuencia a beneficiar al paciente y a la sociedad».

---

tan su peculiar modo de vivir el evangelio, que comúnmente denominamos *espiritualidad.*

Resaltar no equivale a excluir, sino más bien a suponer un todo concatenado y coherente del que, por razones de positiva y pragmática inmediatez, acentuamos aquello que más y mejor ayuda a fundamentar, explicar y justificar la existencia enferma.

Estas coordenadas son aspectos de la fe y las podríamos situar, una, en el polo de *la alegría* y sería la *providencia;* y otra, en *la pena* y sería la *corredención.* A cada una de estas verdades ha de corresponder en la existencia enferma una postura o actitud peculiar. De la unión íntima de esas verdades y estas actitudes y de su total correspondencia, se originará el aspecto luminoso de la enfermedad como auténtica prueba positiva y constructiva de una fe madura.

PREÁMBULO

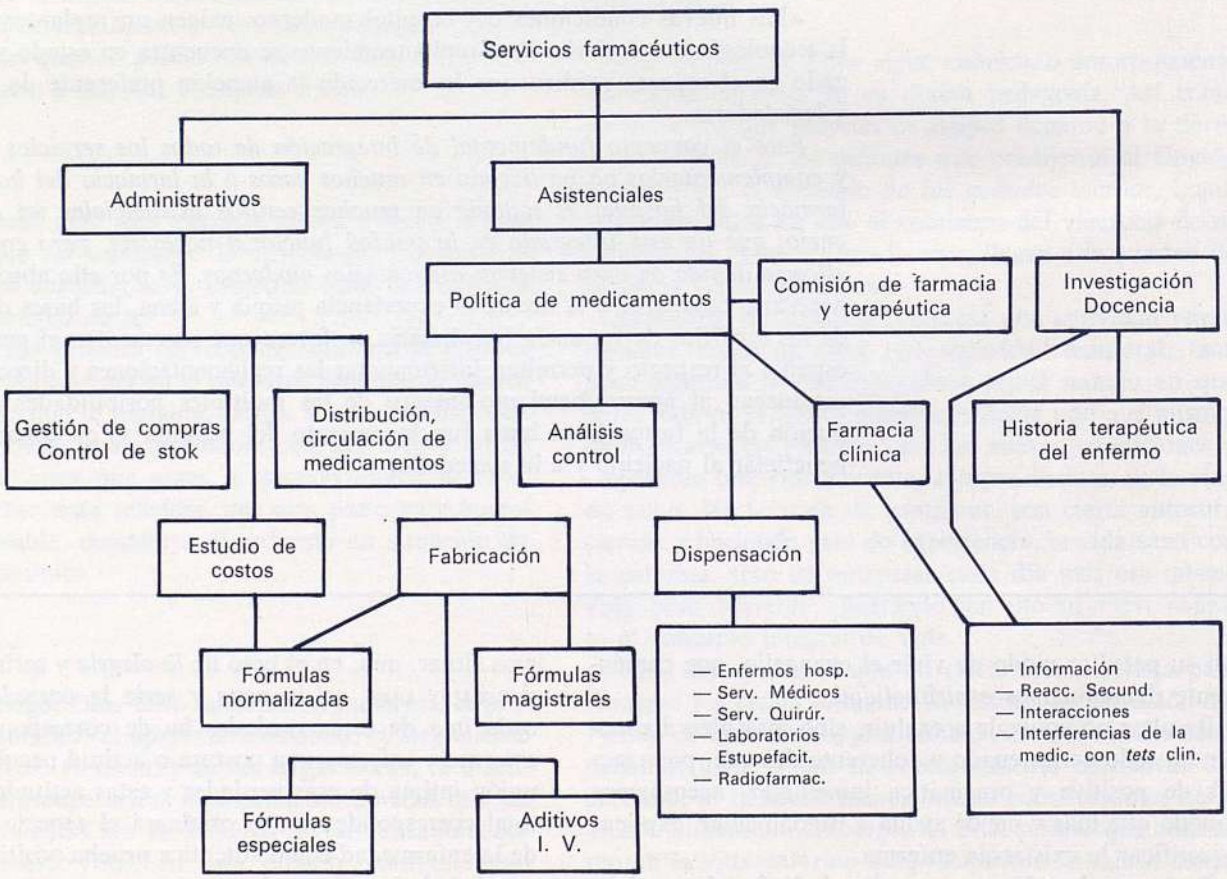
El objetivo fundamental del trabajo es el estudio de la organización del servicio de farmacia de un hospital moderno enfocado bajo el prisma de un plan general de coordinación de los hospitales de los hermanos de san Juan de Dios.

Para ello entendemos que lo más apropiado sería el estudio de las principales misiones atribuidas al servicio de farmacia de un moderno hospital, medios con que debe contar para poder cumplirlas y organización del servicio, así como el proyecto del plan a seguir para llevar a cabo la coordinación de todos los servicios de los diferentes hospitales.

Entendemos que el estudio meticuloso de las diferentes misiones que debe realizar un servicio de farmacia, alargaría en demasía este trabajo, que pretendemos sea lo más breve posible, por otra parte es un tema que se ha estudiado repetidas veces (2), (3), (4), por lo tanto nos limitaremos a hacer un resumen de las misiones que debe realizar el servicio de farmacia de un hospital; en el esquema explicativo van incluidos todos los aspectos que debe abarcar la farmacia hospitalaria.

Tenemos que señalar que partimos de la base de que *el farmacéutico es el especialista del medicamento* y consecuentemente que un farmacéutico debe encontrarse *siempre* junto al medicamento para garantizar su identidad y actividad. Y decimos siempre y no sólo en el momento de fabricación, adquisición o dispensación, sino hasta la misma administración. Entendemos de acuerdo con las más actuales concepciones de la medicina hospitalaria, que la misión del farmacéutico no acaba como antaño en la ventanilla de dispensación de la farmacia, sino junto a la cama del enfermo, para asegurar y vigilar la correcta llegada y administración al paciente de aquello que para él ha prescrito el médico.

Pasamos a continuación a hacer el esquema de las funciones del servicio farmacéutico y sus interrelaciones.



PLANIFICACIÓN DE LA COORDINACIÓN

Tenemos que las funciones antes descritas, se pueden clasificar en orden a su posible centralización; con lo que tenemos:

FUNCIONES CENTRALIZABLES: Adquisición. Fabricación. Centro de Información.

FUNCIONES NO CENTRALIZABLES: Dispensación y distribución. Fórmulas magistrales. Farmacia clínica. Política de medicamentos.

FUNCIONES INTERMEDIAS: Docencia. Investigación.

Pasamos a continuación a describir brevemente las etapas que se deben seguir para conseguir la puesta en marcha de este proyecto.

FUNCIONES CENTRALIZABLES

Entendemos que hay funciones que *pueden y deben* estar centralizadas en unos *Servicios Farmacéuticos Centrales.*

Dentro de estas funciones tenemos la adquisición de productos medicamentosos y material de curas; para conseguir esta centralización de la adquisición, es necesario que en cada hospital de la red, se constituya una comisión de farmacia y terapéutica, que a la vista de las necesidades del centro, dirija y realice la política de medicamentos y confeccione la guía farmacológica de los medicamentos que se utilizarán en el hospital.

A la vista de las diferentes guías farmacológicas de cada hospital, se intentará en lo posible, unificarlos al máximo, de manera que se consiga una homogeneización de las diferentes terapéuticas, así como la agilización de las compras. Una vez unificadas, el farmacéutico encargado de la adquisición del hospital central efectuará las compras necesarias para todos los hospitales y se cuidará de la distribución de los productos a cada centro.

Entendemos que aproximadamente un 80 % de las adquisiciones podrán estar centralizadas con el consiguiente ahorro de personal y económico.

Para llevar a cabo este proyecto, es necesario que en la farmacia central exista un farmacéutico encargado de adquisiciones, así como las instalaciones y el personal necesario.

Dentro también de las funciones centralizables, nos encontramos con la fabricación. Atendiendo como en el caso de la adquisición, a las necesidades de los diferentes hospitales, la farmacia central procederá a la elaboración de todas las formas farmacéuticas necesarias, necesidad que será o bien de tipo económico o bien elaboración de productos especiales que no existan en el mercado nacional.

En esta sección de elaboración es necesario un farmacéutico encargado, personal especializado y un laboratorio central, que además de cubrir las necesidades propias de la fabricación, haga todos los análisis que le sean pedidos por los diferentes hospitales.

Por último dentro de las centralizables, tenemos el centro de información de medicamentos; estará llevado por un farmacéutico encargado, con el personal auxiliar necesario, y atenderá todas las consultas que le sean hechas por los diferentes centros en todas las materias que atañen al medicamento, desde su adquisición o fabricación, hasta su aplicación al enfermo.

Los encargados de estas secciones, deberán estar en íntimo contacto y actuar en colaboración.

FUNCIONES NO CENTRALIZABLES

Dentro de las funciones no centralizables, tenemos primeramente la dispensación y distribución de los medicamentos, ésta se debe organizar particularmente para cada hospital, atendiendo a las necesidades, tipo de hosiptal, número de camas, etc.

Esta organización deberá llevarla a cabo el farmacéutico-jefe de cada centro en aquéllos que exista y en su defecto el farmacéutico coordinador, al que más adelante haremos referencia. Lo mismo sucede con la preparación de fórmulas magistrales.

En cuanto a la farmacia clínica, también incluida en este apartado, debe ser también especial para cada centro, ya que es una labor personal que debe ejercer el farmacéutico en contacto directo con los médicos y pacientes.

Por último tenemos la política de medicamentos, de la que ya hemos hecho referencia anteriormente. Esta faceta es totalmente necesaria en un hospital que quiera estar a la altura de la medicina actual, aunque también se tendrá que hacer particularmente para cada hospital, es preciso que las diferentes políticas de medicamentos estén coordinadas.

FUNCIONES INTERMEDIAS

En este grupo están incluidas la investigación y la docencia. Se han incluido en este grupo porque agrupa facetas que se tendrán que efectuar particularmente en cada hospital, pero también existirán muchas que se deberán hacer conjuntamente para todos los centros.

Esto es todo lo referente a la distribución de las funciones. Entendemos que los pasos a seguir para la total consecución de esta coordinación son los siguientes:

— Creación de la comisión de farmacia y terapéutica de cada hospital.
— Estudiar por parte de la comisión las necesidades terapéuticas del centro.
— Encauzar la política de medicamentos.
— Confeccionar la guía farmacológica de cada hospital.

La comisión de farmacia y terapéutica será la encargada de llevar a cabo estos estudios, de esta comisión deberá ser secretario nato el farmacéutico-jefe de cada hospital, o en su defecto el farmacéutico coordinador.

Una vez estudiadas las necesidades se deberá comenzar a poner en marcha los programas de adquisición, fabricación, etc., en el hospital central.

Hemos hecho referencia al farmacéutico-coordinador, éste deberá ser el director de los servicios farmacéuticos de los hospitales de los hermanos de san Juan de Dios, para lo cual recabará la ayuda que crea necesaria.

Deberá ser el encargado de aglutinar las diferentes políticas de medicamentos de cada hospital; así como de organizar y coordinar a los farmacéuticos-jefes de cada centro y a los tres farmacéuticos encargados de las funciones centralizadas. Deberá actuar también como farmacéutico en los hospitales en los cuales no exista farmacéutico-jefe.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. A. Salvá: *Principios Doctrinales a que debe responder un Servicio Farmacéutico Hospitalario.* I Mesa Redonda sobre F. H. I.N.P., Madrid 1970.
2. I. Mesa Redonda sobre Farmacia Hospitalaria, I.N.P., Madrid 1970.
3. J. Banal y A. Borrego: *Bases doctrinales de los Servicios de la Farmacia Hospitalaria,* 1973.
4. Suñé, J. Bonal, C. Montilla y J. Ronda: *Los Servicios Farmacéuticos dentro de un plan de Regionalización de Hospitales.* II Congreso Nacional de Hospitales. Barcelona, enero Labor Hospitalaria, julio-agosto-septiembre 1972.

Por todos los continentes

El ejercicio de la profesión de enfermería

LAS ENFERMERAS EN LA PROVINCIA DE QUEBEC

Dado el creciente número de lectores de LABOR HOSPITALARIA *que desarrollan sus actividades de enfermería, en los hospitales de habla hispana, desde donde siguen con creciente interés el desarrollo de los estudios de Enfermería, hemos seleccionado este trabajo, publicado en* L'Hôpital a Paris, *número 18, llegado últimamente a la dirección de la revista, para que conozcan la evolución que estos estudios han seguido en países diferentes al que nosotros vivimos.*

Como observará el lector, el término enfermera que se usa en el escrito, se refiere tanto al sexo masculino como al femenino que ejerce la profesión de enfermería y que en España tiene su equivalente en la denominación de auxiliar técnico sanitario.

NOTAS PREVIAS

En pocos años, las enfermeras de Quebec han cambiado de perfil; un 50 % de ellas tienen menos de 30 años, muchas son casadas y madres de familia.

Desde 1971, reciben su formación de base en colegios de enseñanza general y profesional (C.E.G.E.P.) o en Universidades. Siguen estudios de nivel universitario para acceder a puestos de responsabilidad de alto nivel.

Están representadas por una Asociación profesional activa y poderosa. También están sindicadas.

El 80 % de las enfermeras en activo trabajan en los hospitales de la provincia, los cuales poseen en su totalidad un servicio de cuidados de enfermeras estructurado, competente y eficaz.

Después de unas consideraciones generales sobre las enfermeras [1] de Quebec, hemos decidido presentar, por su originalidad y su eficacia; *la formación de la enfermera* de Quebec — *los servicios de los cuidados enfermeros* en el medio hospitalario — *la asociación de las enfermeras y los enfermeros* de la provincia de Quebec (A.I.I.P.Q.).

CONSIDERACIONES GENERALES

En la provincia de Quebec, las necesidades de enfermeras, estabilizadas alrededor de los años 1960-1964, han vuelto a ser importantes después de la creación del seguro de hospitalización. Crecerán con el advenimiento del seguro de enfermedad, la evolución de los servicios de cuidados a domicilio, así como de los servicios de sanidad en los medios industriales y escolares.

1. El término *enfermeras* designa igualmente a los miembros de la profesión de sexo masculino.

El 31 de diciembre de 1971, 32.288 enfermeras ejercían su profesión en Quebec; 6.964 ya no la practican [2].

El 80 % de las enfermeras en activo de Quebec trabajan en los hospitales. Estando estos últimos relativamente reagrupados en las regiones pobladas de Montreal y Quebec, el 55,6 % de las enfermeras pertenecen a la región de Montreal y el 20 % a la de Quebec. Dos tercios de este personal se consagran a los cuidados a la cabecera del enfermo, y el otro tercio ocupa puestos de encuadramiento al nivel de los servicios de cuidados o al nivel de hospital.

En 1971, la mitad de las enfermeras tenían menos de treinta años. La reducción de la edad media de estos últimos años es debida principalmente al acceso a los estudios básicos antes que en el pasado y a la planificación familiar que retrasa el nacimiento del primer hijo en las jóvenes parejas. La edad media de las enfermeras de Quebec tiende a ser inferior a la de las canadienses que trabajan.

Grupos por edades	Mujeres en el mercado de trabajo en el Canadá 1970*	Enfermeros(eras) de Quebec 1971
14 a 19	13,7	—
20 a 24	19,6	22,7
25 a 34	19,8	42,8
35 a 44	18,8	17,3
45 a 54	17,2	9,9
55 y más	10,9	7,3

* Oficina de la mano de obra femenina, Ministerio de Trabajo del Canadá. «Las mujeres en el efectivo obrero —1970— Hechos y datos».

La movilidad del joven personal de asistencia es importante. Las enfermeras cambian de servicio, de establecimiento, de ciudad, así como de provincia. Sin embargo, continúan ejerciendo su profesión, porque conservan las ventajas adquiridas y obtienen facilidades en relación con sus necesidades personales, familiares, sociales (flexibilidad de los horarios y de los tiempos de trabajo, obtención de permisos de media, corta o larga duración). Este fenómeno ha inducido a cada institución a reconsiderar su política de reclutamiento y de encuadramiento de este personal [3].

La longevidad de la carrera ha pasado en algunos años de 5 a 10 años. En ello han influido dos factores: la emancipación de la mujer de Quebec la cual, desde 1960 sigue trabajando después de su casamiento; la mejora de las condiciones de trabajo y por consecuencia, la mayor satisfacción en el ejercicio de la profesión.

Los salarios son uniformes en toda la provincia. Los mismos están basados en las horas reales de trabajo y determinados en función de la experiencia anterior en calidad de enfermera. El aumento es un mínimo del 5 % del salario anual, por cada año de experiencia. Al salario de base se añaden un porcentaje por el puesto ocupado y aumentos proporcionales al grado de formación adquirida.

Las alumnas enfermeras siguen un curso de base de tres años. Sobre las

2. Cifras que figuran en un informe de la directora general de la A.I.I.P.Q. *Estadísticas relativas a las enfermeras de Quebec en 1971* aparecido en *Notes et nouvelles* de marzo-abril 1973, revista editada por la A.I.I.P.Q.

3. Algunos establecimientos reclutan, a la salida de las promociones recientemente diplomadas, un tercio de personal de asistencia suplementario a fin de poder respetar las reglas de seguridad de funcionamiento, de asegurar para todo el año cuidados de calidad, de mantener el reparto de las tareas definido en los planes provincial e institucional. Las jóvenes diplomadas se colocan bajo la autoridad de enfermeras experimentadas, disfrutando de formaciones superiores correspondientes al puesto y a la función ocupadas. Este personal de encuadramiento, competente y fijo, se ocupa actualmente de la acogida, la integración, el perfeccionamiento continuo y el control del personal de asistencia del cual es responsable.

2.307 estudiantes admitidas en las escuelas de la provincia en 1968, 87 % fueron diplomadas en 1971. La proporción de las que no terminaron es por lo tanto de 13 % por los tres años de estudios de esta promoción de enfermeras.

El nivel de instrucción de las enfermeras aumenta. En 1971, 8 % entre ellas poseían un grado universitario.

1971 marcó una etapa importante en la formación de Quebec. Ese año, todas las estudiantes se inscribieron en el curso de base en los colegios de enseñanza general y profesional (C.E.G.E.P.) o en las universidades preparando el bachillerato de nursing.

LA FORMACIÓN DE LAS ENFERMERAS

La formación de base y la formación superior de las enfermeras se han beneficiado con la reforma de la enseñanza emprendida en 1961. En dicha época, fue creada una comisión de encuesta sobre la educación, llamada «Comisión Parent». Como consecuencia de los trabajos de dicha comisión, que fueron adoptados por la legislación provincial en 1964, centenares de escuelas se han abierto para dar a la totalidad de la población las mismas posibilidades de enseñanza.

A partir de los cinco años cumplidos, el niño puede entrar en una *escuela maternal* que tiene la misión de desarrollar en él el sentido de la observación, la imaginación creadora y las capacidades manuales. El niño permanece en ella un año, durante dos horas y media diarias.

La *escuela elemental* es para niños de 6 a 12 años. Los niños de una misma edad tienen actividades comunes en ciertos momentos, mientras que en otros se reparten según sus aptitudes: estas disposiciones les permiten desarrollarse al ritmo que les es propio. El niño adquiere allí medios de expresión y de comunicación. La *escuela secundaria* acoge al adolescente de 12 a 16 años. Existe un programa obligatorio para ciertas materias, como la historia, las matemáticas y las lenguas. Otras materias a opción permiten a cada uno elegir lo que responde mejor a sus gustos y aptitudes. El objeto de la escuela secundaria es ofrecer una formación general de cinco años a los alumnos que proseguirán sus estudios; a los que desean prepararse para un empleo, la escuela ofrece tres años de formación general y dos años de formación profesional.

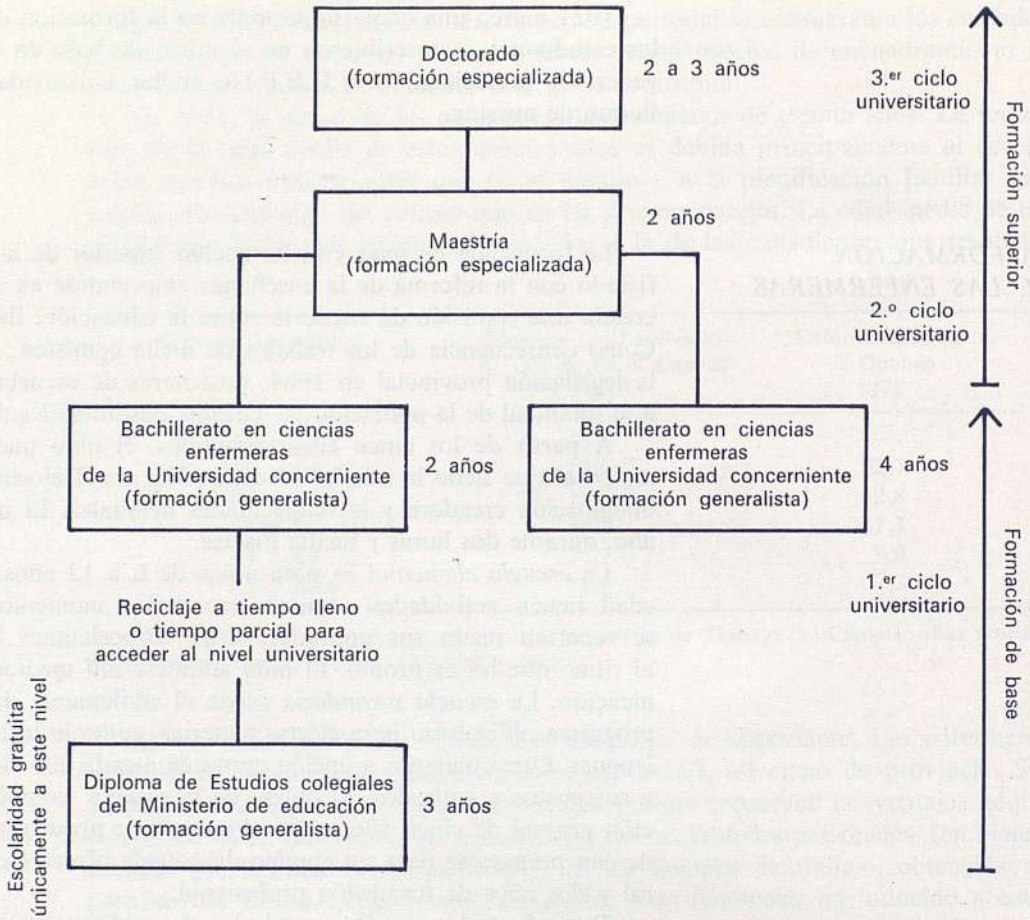
Después de la escuela secundaria, el estudiante puede entrar en un colegio de enseñanza general y profesional a fin de prolongar su formación general, de adquirir una preparación o una formación profesional. Los colegios abrieron sus puertas en 1968, reemplazando a las numerosas escuelas autónomas como las escuelas técnicas, las escuelas normales, las escuelas de enseñanza profesional, y entre ellas las de cuidados enfermeros adjuntas a los hopitales. El C.E.G.E.P. está destinado a los jóvenes que se dirigen hacia la Universidad o que se orientan hacia el mercado del trabajo. La enseñanza general dura dos años, y la enseñanza profesional tres. Está sancionada por un diploma de estudios colegiales. El *nivel universitario* comporta: un primer ciclo de estudios de una duración media de tres años conduciendo a un bachillerato o a una licencia, un segundo ciclo de estudios de una duración media de dos años, conduciendo a una maestría o a un diploma de estudios superiores (D.E.S.), un tercer ciclo de estudios de una duración media de tres años conduciendo a un doctorado.

El paso de la formación de base de las enfermeras al contexto general de la educación ha sido realizado en cinco años. Actualmente, existen dos niveles de preparación de base: el diploma obtenido en el C.E.G.E.P. y el bachillerato preparado en Universidad (cuadro 1). Ninguna condición de edad es exigida para comenzar los estudios. Por contra, es preciso que la estudiante haya cumplido doce años de escolaridad (nivel secundario).

Los criterios de la enseñanza general propuestos en el informe Parent son proseguidos a nivel de la opción *técnicas enfermeras* y comprenden esencialmente: 1. La formación de los profesores. 2. La relación entre el Ministerio de Educación y los grupos profesionales interesados.

Cuadro 1

FORMACIÓN DE BASE Y FORMACIÓN SUPERIOR
DE LAS ENFERMERAS



LA FORMACIÓN DE LOS PROFESORES

La formación académica de los maestros es un punto esencial de la reforma educativa. Los maestros del secundario deben ser titulares de una licencia; al nivel post-secundario o colegial, se dice explícitamente en el informe Parent:

> «que se debe exigir lo antes posible, que todos los profesores posean el diploma de estudios superiores (maestría) y que una cierta proporción de ellos sean titulares de un doctorado».

La A.I.I.P.Q. prosigue esta idea para las enfermeras, declarando:

> «la formación y el perfeccionamiento de los maestros constituyen el punto principal de la reforma escolar. Ni las estructuras escolares, ni los métodos y los programas mejor adaptados a los alumnos, no consiguen renovar nuestro sistema de educación».

En las escuelas de enfermeras en 1966-67, 1/4 % de las enfermeras que enseñan poseen una maestría, 21,7 % un bachillerato. Cinco años más tarde, 4,3 % de los profesores tienen una maestría, 43,5 % un bachillerato.

Esta progresión es considerada demasiado lenta e insuficiente en comparación con la situación de las escuelas de enfermeras americanas donde un 70 % de los miembros del cuerpo de enseñanza poseen un doctorado o la maestría. Además,

> «ninguna enfermera que tenga una preparación inferior al bachillerato no aparece en las estadísticas del cuerpo de enseñanza».

Actualmente, la provincia de Quebec lamenta que el 52,6 % de los profesores en cuidados enfermeros tengan una preparación inferior al bachillerato. Se realizan esfuerzos para multiplicar los centros de formación superior creando esencialmente sucursales dependientes de las universidades de los grandes centros. La concesión de becas y de permisos de estudios es igualmente efectiva.

La consulta es uno de los elementos importantes del nuevo sistema escolar. Un comité de coordinación de las técnicas enfermeras ha sido creado al nivel de las técnicas enfermeras. Este comité está compuesto por representantes del Ministerio de Educación y del Ministerio de Asuntos Sociales, de los responsables de la A.I.I.P.Q. y de la opción *Técnicas enfermeras.* Este reúne, tres o cuatro veces al año, a 40 personas, un tercio de las cuales cambia cada año. El ritmo poco frecuente de las reuniones, el número y la inestabilidad de sus miembros limitan la acción de este comité a un papel de información.

La eficacia de este grupo es deseado por las enfermeras a fin de que: se determinen criterios de evaluación, se nombren a personas idóneas para unificar y coordinar los distintos programas de formación, se emprenda un estudio de un programa de acreditación de los colegios.

LOS PROGRAMAS

1. AL NIVEL COLEGIAL, el programa de las técnicas enfermeras comprende una enseñanza teórica y una enseñanza clínica.

Hay materias obligatorias comunes a todos los estudiantes del establecimiento: curso de lengua [4] y de literatura, curso de filosofía, curso de educación física [5].

Las futuras enfermeras tienen además cursos de biología humana, bioquímica, microbiología, sociología, psicología, nutrición, cuidados enfermeros, ciencias sociales e informaciones sobre la profesión de enfermera.

La enseñanza clínica representa el 70 % de la enseñanza global. Permite apreciar la utilización de los conocimientos adquiridos y el comportamiento de la alumna en el medio de trabajo: facilidad de adaptación, espíritu de observación, sentido de la responsabilidad, utilización adecuada de los planes de cuidados, habilidad manual, juicio, equilibrio emocional, calidad de las relaciones con los demás. Esta evaluación es tan importante como el conjunto de los controles de conocimientos.

Esta formación prepara para ejercer en los medios hospitalarios y en los servicios de sanidad: en los servicios hospitalarios, la enfermera es responsable de los cuidados a la cabecera de los enfermos, participando en la elaboración de los planes de cuidados de los enfermos, asegurando su ejecución y su evaluación. Ella encuadra a los auxiliares. Es la enfermera cuidadora. En los servicios de sanidad, participa en la prevención, la curación y la reeducación, teniendo un papel principalmente educativo.

La formación actual favorece la continuidad de la formación general, limita el trabajo clínico. Impartida en su contexto interdisciplinario, facilita la apertura de espíritu y asegura una posibilidad de proseguir estudios de nivel universitario. Las jóvenes enfermeras, llamadas cegepiennes están quizás menos preparadas en el plano de las técnicas propiamente dichas [6]. Por el contrario, han aprendido a aprender y están sensibilizadas a la idea de formación permanente. También son capaces de adaptarse fácil y rápidamente a los cambios. Al cabo de algunos

4. En Quebec se habla el francés, pero como el inglés es la lengua de los negocios, muchos son bilingües. Los cursos propuestos por los C.E.G.E.P. son de diferentes niveles. El objeto es el de permitir a los jóvenes que sean bien pronto bilingües.

5. La educación física es obligatoria en los dos primeros años del C.E.G.E.P. El estudiante puede escoger entre varias actividades; juegos al aire libre o en sala, deporte de grupo o individual. El objetivo es incitar a los jóvenes para que sigan físicamente activos, a medirse con ellos mismos y con los demás, desarrollar el espíritu de equipo y de iniciativa, adquirir una disciplina personal. Los resultados obtenidos son inscritos en el expediente del alumno.

6. A la salida de las promociones, las lagunas técnicas son compensadas por una enseñanza esencialmente clínica, a cargo del personal de los servicios hospitalarios. De quince días a tres semanas se consideran suficientes para este aprendizaje práctico.

meses, son consideradas mejores que aquellas formadas en las escuelas dependientes de los hospitales.

2. El programa de bachillerato comprende una enseñanza en microbiología, bioquímica, fisiología, sociología, psicología, así como cursos sobre la administración de los cuidados, la enseñanza, las estadísticas y la investigación.

A su salida de esta formación, el estudiante es apto para prestar y dirigir cuidados, planificar los cuidados para un grupo de enfermos, dirigir un equipo o desempeñar un puesto en la enseñanza.

La formación al nivel de bachillerato adquirida en dos etapas (formación base más formación bachillerato) parece actualmente más eficaz que la formación bachillerato adquirida en cuatro años consecutivos. La experiencia profesional entre los diferentes niveles de formación parece igualmente aconsejable y será quizás exigida dentro de algunos años. Hasta ahora, nada impide a la enfermera canadiense acceder al nivel de doctorado sin haber ejercido nunca la profesión.

3. Al nivel de la maestría, varias opciones son ofrecidas a la enfermera: administración del nursing en el hospital, educación en nursing, salud mental y psiquiatría, pediatría y obstetricia, nursing médico-quirúrgico [7].

4. Las enfermeras del tercer ciclo, al nivel de doctorado, están preparadas para la investigación y la enseñanza. Este nivel de formación no está aun asegurado en las universidades canadienses. Las enfermeras que desean llegar a él se inscriben pues en las universidades americanas.

EL SERVICIO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

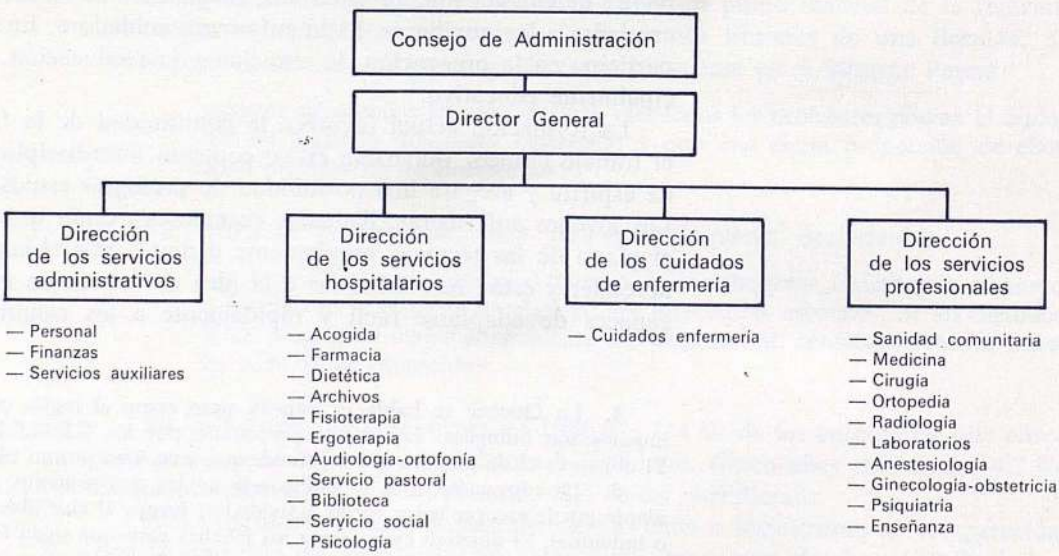
La ley del 24 de diciembre de 1971 sitúa este servicio al nivel de las direcciones de los servicios profesionales, de los servicios administrativos y de los servicios hospitalarios (cuadro 2).

La estructura del servicio de los cuidados enfermeros es cualitativamente parecida de un centro hospitalario a otro (cuadro 3).

La directora del nursing es responsable de la organización y de la administración del servicio enfermero del establecimiento. Ella define la filosofía, los objeti-

Cuadro 2

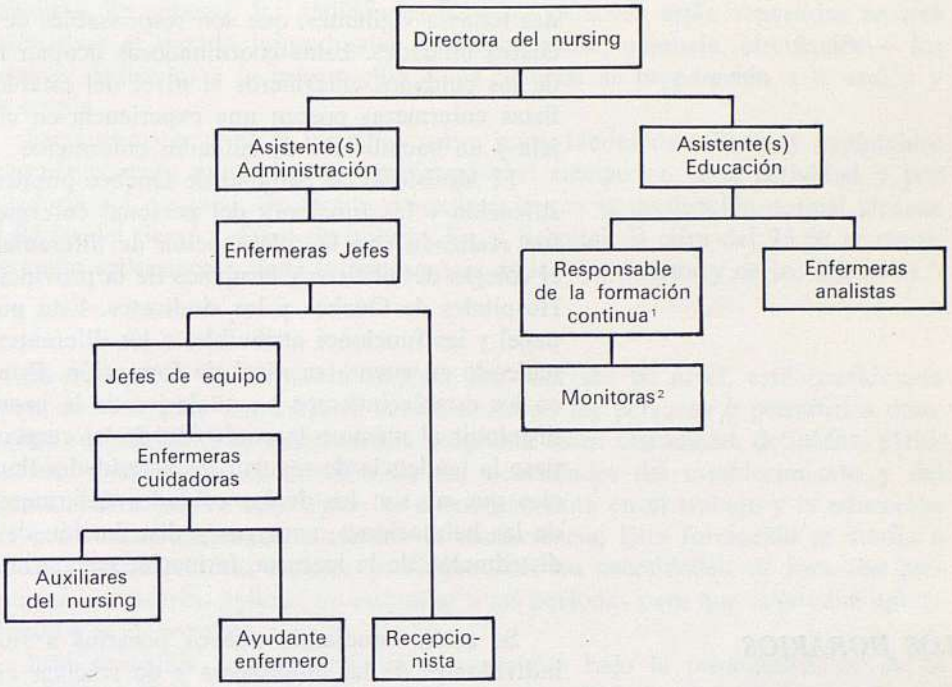
ADMINISTRACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO



7. El papel de la enfermera clínica formada a este nivel consiste en evaluar y promover la calidad de los cuidados a los enfermos trabajando directamente con las enfermeras cuidadoras.

Cuadro 3

EL SERVICIO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL MEDIO HOSPITALARIO



vos y las actividades del servicio de los cuidados enfermeros. Ella asegura el enlace entre la dirección de los cuidados enfermeros y las otras direcciones. Ella es, la mayoría del tiempo, miembro del Comité de presupuestos. Ella prepara y somete a la administración hospitalaria un informe anual sobre el funcionamiento, las actividades y las necesidades del servicio de los cuidados enfermeros.

Ella posee una maestría, al mínimo un bachillerato. Cuenta entre cinco a diez años de experiencia en servicio de cuidados y enseñanza enfermera.

Las asistentes o adjuntas de la directora de nursing asisten a esta en sus funciones y la reemplazan en su ausencia. Estas pueden asumir responsabilidades particulares; gestión administrativa, formación en curso de empleo. Las asistentes o adjuntas poseen por lo menos cinco años de experiencia, una parte de ellos en administración o en educación. En general, poseen un nivel de maestría.

Las enfermeras jefes, denominadas a veces hospitalarias o jefes de servicios, son responsables de una unidad de cuidados: administración, enseñanza, encuadramiento del personal. Estas enfermeras deben poseer una experiencia en cuidados enfermeros en el campo clínico del cual ellas son responsables, tener cualidades de jefe, ser titulares de un bachillerato en nursing.

La enfermera jefe de equipo es responsable de un equipo. Planifica con el equipo los cuidados enfermeros, dirige y vigila la ejecución de los planes de cuidados. Se trata generalmente de una enfermera competente, poseedora de aptitudes de jefe.

La enfermera es responsable de los cuidados enfermeros generales de un grupo de enfermos, pudiendo delegar algunas tareas bien definidas en una auxiliar. La enfermera posee un curso de base.

La auxiliar es una persona diplomada en una escuela reconocida por la A.I.I.P.Q. Se ocupa de los cuidados a los enfermos, bajo la vigilancia de una enfermera. No asume nunca la responsabilidad de una unidad de cuidados.

El ayudante enfermero beneficia de una formación en curso de empleo en el establecimiento que lo recluta, lo que le permite desempeñar tareas sencillas: hacer las camas, aseos, recados. Este ayudante enfermero trabaja bajo la dirección de una enfermera.

La recepcionista posee una formación de secretaria, a veces de secretaria médica. Contesta al teléfono, desempeña todos los trabajos de oficina, pasa los encargos de acuerdo con las órdenes recibidas.

En algunos grandes establecimientos, existen puestos de coordinadoras llamadas todavía vigilantes, que son responsables de los cuidados enfermeros de dos a cuatro unidades. Estas coordinadoras ocupan también el puesto de responsables de los cuidados enfermeros al nivel del establecimiento, de guardia o de noche. Estas enfermeras poseen una experiencia en cuidados enfermeros, cualidades de jefe y un bachillerato de cuidados enfermeros.

El Ministerio de Sanidad de Quebec publicó en 1967 un cuadro sobre la clasificación y las funciones del personal enfermero de los hospitales. Este trabajo fue realizado con la colaboración de diferentes organismos, como la A.I.I.P.Q., el colegio de médicos y cirujanos de la provincia de Quebec, la Asociación de los Hospitales de Quebec y los sindicatos. Esta publicación del Ministerio define el papel y las funciones atribuibles a los diferentes miembros del pesonal enfermero, teniendo en cuenta su nivel de formación. Estas recomendaciones son respetadas en los establecimientos hospitalarios de la provincia, los cuales se esfuerzan por disminuir al máximo la confusión de las respectivas tareas. Hay que observar de paso la tendencia de repartir las actividades llamadas *no enfermeras* a otros servicios que no son los de los cuidados enfermeros; limpieza de las camas, arreglo de las habitaciones, encargos y distribución de las comidas, aprovisionamiento y distribución de la lencería, farmacia, secretariado.

LOS HORARIOS

Se están estudiando nuevos horarios a fin de responder a las necesidades individuales de las enfermeras y de resolver ciertos problemas de la institución como las horas punta. Se está considerando el sistema del horario flexible, respetando el principio del momento en que todo el personal debe estar al completo. En el hospital este momento puede situarse entre las 7 y las 19 horas, según las disciplinas y la actividad del servicio. Así se puede quizás encontrar un puesto para la que gusta de trabajar temprano, la que prefiere empezar su jornada a las 10 o a las 11, o la que decide trabajar ocho horas o a tiempo parcial. La resistencia de las mismas interesadas está prevista.

Actualmente, por la tarde y por la noche, así como los fines de semana, el personal enfermero de servicio es relativamente poco numeroso. Está compuesto exclusivamente por enfermeras diplomadas para asegurar cuidados de calidad y continuados durante las 24 horas.

La rotación es posible sobre dos o tres horarios de trabajo, pero la tendencia actual es estimular la permanencia para los horarios de tarde y noche. Las enfermeras de tarde y de noche perciben un suplemento de salario mínimo de 30 francos por tarde o por noche.

LAS RESPONSABILIDADES DE LAS ENFERMERAS

La enfermera de Quebec, como las de todo el mundo, efectúa a menudo tareas para las cuales no está legalmente protegida. Ciertos hospitales, en espera de las medidas actualmente en estudio, han adoptado una actuación que autoriza nominativamente a una enfermera para practicar un determinado acto. Desde el pasado mes de junio, la Asamblea Nacional ha definido y reconocido el papel actual de la enfermera. Las enfermeras de Quebec deben actualmente establecer, con la colaboración de los médicos, la lista de los actos que se pueden confiar a las enfermeras, de conformidad con la nueva ley.

LAS INVESTIGACIONES EN CUIDADOS ENFERMEROS

Estas investigaciones son confiadas a enfermeras formadas al nivel de una maestría o de un doctorado. Estas, denominadas a veces enfermeras analistas, realizan, por ejemplo, estudios de actividad al objeto de determinar problemas enfermeros y poder transmitir recomendaciones a los responsables de las unidades de cuidados. El objetivo es conseguir aumentar la calidad de los cuidados y mejorar la satisfacción del personal cuidador en el trabajo.

Estas enfermeras observan durante un número determinado de jornadas completas y consecutivas (de tres a siete según el objetivo propuesto) a todo el personal cuidador del servicio. Estas observaciones se hacen por fracciones de dos horas y requieren por lo tanto un equipo de observadoras compuesto de cinco a siete personas. En general, las actividades de estas personas están repartidas en tres categorías: el tiempo improductivo —desocupación, ausencia, circulación— los tiempos dedicados a la información y los tiempos de preparación a la acción y de acción.

Estas observaciones se inscriben sobre hojas fáciles de rellenar y explotables automáticamente para obtener rápidamente el tiempo de cada actividad y por categoría del personal. Se admite generalmente que la producción normal alcanza el 85 % del tiempo global de trabajo. En el hospital, la cifra del 75 % se considera aún satisfactoria, dada la importancia de los imprevistos y de las urgencias [8].

LA FORMACIÓN EN CURSO DE EMPLEO

La formación en curso de empleo, sea cual sea su nivel, está considerada como esencial para mantener la competencia de las personas y permitirles desarrollar su función. Los objetivos del programa están claramente definidos, planificados, modificados en función de las necesidades del establecimiento y del personal. Dos puntos convergen: el encuadramiento en el trabajo y la educación del personal al objeto de aumentar su competencia. Esta formación se confía a enfermeras instructoras capaces de diagnosticar las necesidades, de formular programas, de hacerlos aplicar, de estimular a las personas para que continúen aprendiendo y se desarrollen.

Esta se aplica generalmente en los servicios bajo la responsabilidad de la enfermera jefe, persona estable que debe conservar su autoridad frente a su equipo. Esta enfermera jefe recibe la información y el entrenamiento necesarios del sector educación del servicio de los cuidados enfermeros del hospital. Ella aprende y es controlada hasta la obtención de un resultado personal satisfactorio y transmisible. A su vez, ella forma de la misma manera a las personas del servicio, generalmente poco estables. Esta enseñanza muy práctica, siempre de corta duración, se da a nivel del servicio para perturbar lo menos posible la actividad de los servicios.

El plan de cuidados es un elemento de trabajo eficaz para mejorar la calidad de los cuidados.

Este es utilizado en todos los servicios. Es un plan de trabajo en el que se mencionan los informes que permiten prestar los cuidados específicos a cada enfermo. Es un plan de acción finamente elaborado que asegura la uniformidad de los cuidados durante las 24 horas. Permite evaluar lo que se ha hecho. Economiza tiempo y energía. Empezando desde la llegada del enfermo, es modificado o rehecho cada día por la enfermera y el jefe de equipo. Las informaciones llevadas al plan de cuidados son facilitadas por el enfermo, lo que le rodea, el personal sanitario, el dossier médico. Las fórmulas de plan de cuidados [9] son propias de cada esta-

8. Si el tiempo de las observaciones es importante, se juzga al personal en número suficiente o demasiado elevado. Si el personal efectúa entre 90 % y 100 % de cuidados, este es insuficiente. Otro ejemplo referente al personal de encuadramiento: una enfermera jefe que pasa mucho de su tiempo en actividades de cuidados no puede asumir su papel de encuadramiento; informada del resultado de estas observaciones la interesada deberá reconsiderar sola o con la ayuda del servicio de los cuidados enfermeros cómo desarrollar su función y su papel. En caso necesario, se beneficiará de una formación que le permita una mejor calidad de reflexión y de acción.

9. «El nombre del enfermo, su diagnóstico y demás informaciones, las directivas del médico (tratamientos, medicamentos, pruebas de diagnóstico, etc.), las indicaciones referentes a las necesidades físicas del enfermo (comidas en la cama, ejercicios, régimen alimenticio, líquidos a ingerir, etc.) y las indicaciones relativas a los cuidados enfermeros especiales (síntomas a vigilar, problemas psíquicos y afectivos, consideraciones socio-económicas, necesidades espirituales, preferencias y repugnancias».

blecimiento pero los elementos esenciales coinciden: es accesible a todos los miembros del equipo cuidador.

Partiendo del plan de cuidados de cada uno de sus enfermos, la enfermera puede establecer, para ella, una ficha de trabajo en la cual ella comprueba lo que debe hacer. Esta ficha se hace el día antes y se completa al día siguiente en caso de modificación. Queda en el bolsillo de la enfermrea y se destruye al final de la jornada. La fuente de información es controlada por el jefe de equipo así como el trabajo realizado.

LAS ENFERMERAS Y EL SINDICALISMO

Las enfermeras cuidadoras y las enfermeras jefes de equipo deben pagar una cotización sindical. Esta cotización es deducida de su salario. Ellas tienen la posibilidad de convertirse o no en un miembro activo. Ellas siguen los movimientos de huelga masivamente, y obtienen fácilmente las ayudas materiales para poder seguir estudios superiores. Las enfermeras cuadros no están sindicadas. Actualmente, estas piensan en unirse en una federación o un sindicato.

LA ASOCIACIÓN DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS

La Asociación de enfermeras y enfermeros de la provincia de Quebec es la Corporación encargada de la administración y de la aplicación de la ley que rige el ejercicio de la profesión enfermera y la educación en cuidados enfermeros en la provincia de Quebec.

Después de la adopción de la primera ley que creó la Asociación, en 1920, seis modificaciones tuvieron lugar respectivamente en 1922, 1925, 1943, 1946, 1969 y 1973.

En 1946 una nueva ley obliga al registro de las enfermeras y permite exclusivamente a los miembros de la A.I.IP.Q. ejercer la profesión. En 1969, la ley es modificada para permitir a los enfermeros la entrada en la profesión. En 1971, el Ministerio de Asuntos Sociales elabora dos proyectos de ley relativos a las enfermeras: el proyecto de ley 250, código de las profesiones, que detalla las actividades de todas las profesiones y crea organismos de control y el proyecto de ley 273, ley de los enfermeros y enfermeras de la provincia de Quebec que determina las estructuras y los poderes de la A.I.I.P.Q.

La Asociación, previa consulta con sus adheridos, dio a conocer su postura relativa a estos proyectos formulando ciertas peticiones de enmiendas.

Las enfermeras fueron atendidas, particularmente respecto al derecho de atención sobre la formación profesional y el control de la calidad de la actuación enfermera.

Los recursos financieros de la Asociación proceden únicamente de las cotizaciones impuestas a sus miembros. Estas comprenden: los derechos de examen de calificación organizado por la Asociación con objeto de valorar la capacidad de aplicar los conocimientos adquiridos y ya controlados durante la formación de base. Esta valoración tiende a proteger al público y a los miembros de la profesión. La cotización que se pide cubre los gastos de examen y el derecho de registro, que se paga por una sola vez y vale para toda la vida. Cuando la enfermera está registrada, su nombre figura en el registro de la Asociación y se le da un número. Este número figura en la licencia que la enfermera recibe cada año a petición propia y que le confiere el derecho de práctica para ejercer en la provincia de Quebec. Toda enfermera cuyo nombre consta en el registro de la A.I.I.P.Q. y que desee ejercer, debe pagar *cada año* una cotización fijada actualmente en 50 dólares, equivalente a algo más de 200 francos y esto sea cual sea el campo de ejercicio de la profesión.

Al satisfacer este derecho de ejercicio, los miembros de la A.I.I.P.Q. se convierten en miembros de la Asociación de enfermeras canadienses, de la cual reciben la revista *L'infirmiére canadienne.*

Estas cotizaciones pueden parecer caras, pero constituyen el único medio que permite a la Asociación desempeñar su papel de representación de las enfermeras de protección del público, de protección del título y del ejercicio de la profesión. También permiten a la Asociación: organizar seminarios y coloquios para responder a las necesidades de perfeccionamiento expuestas por las enfermeras, programar sesiones de informaciones profesionales a la intención del público, de las instituciones y de las enfermeras; encargarse de la inspección profesional para valorar, en los establecimientos, la práctica de los cuidados enfermeros y su eficacia [10]; formular recomendaciones sobre los sueldos y las condiciones de trabajo en forma de publicaciones difundidas a todos los miembros. Sueldos y condiciones de trabajo convenientes son reconocidos como esenciales para que la profesión pueda asegurar cuidados de valor. En este campo, la Asociación reconoce los poderes de los Sindicatos. Su posición está claramente expresada en el número de *Notes et Nouvelles* de enero 1972. El interés primordial de un sindicato consiste en los sueldos y en las condiciones de trabajo. En estos campos, ellos obran con más eficacia que la que podría tener la corporación profesional. Por el contrario, la corporación profesional representa a las enfermeras y enfermeros en las cuestiones relativas al porvenir de sus miembros. No tendría pues que haber conflictos entre los dos grupos.

La Asociación también se ocupa de convocar el consejo de disciplina en caso de queja formulada por los directores de los establecimientos, los médicos, los sindicatos, las enfermeras o el público. Se hace una encuesta, se escucha a las personas interesadas. La queja puede ser rechazada o seguida de una advertencia. Algunas suspensiones provisionales y definitivas de práctica fueron decretadas.

La enfermera de Quebec paga obligatoriamente una cotización a la Asociación profesional de la provincia, así como una cotización sindical. Por consecuencia, recibe sistemáticamente una información profesional individual y colectiva. Se la incita a formular sus opiniones particulares. Es solicitada en su medio de trabajo y por los organismos de los cuales es miembro para trabajar en la promoción de los cuidados enfermeros, en la valorización de su profesión, en la mejora de sus condiciones de trabajo.

Esta enfermera parece satisfecha del puesto y del papel que ella desempeña en la evolución de su profesión, de la consideración de que es objeto por parte del público y en el mundo de la sanidad. Sin embargo, presta siempre atención a todos los fenómenos susceptibles de aportar una modificación en sus estatutos, en la organización de la profesión, en sus derechos adquiridos. Le interesa especialmente conservar un derecho de cuidar de la formación y las calificaciones del personal cuidador cualquiera que sea su nivel de responsabilidad o el sector de actividad en que ejerce.

La enfermera de Quebec, por el hecho de que no se siente aislada, de que goza para ella y sus colegas de una consideración cierta y que se esfuerza en conseguir la competencia necesaria en una participación en las tomas de decisión, contribuye ampliamente a la evolución de la carrera de enfermera y de las escalas de salarios, a la mejora de las condiciones de trabajo, de las que deriva esencialmente una mejor distribución de todas las tareas que contribuyen al bienestar físico, mental y social de la población.

A nuestro modo de ver, las enfermeras de Quebec y las enfermeras francesas persiguen los mismos objetivos: asegurar a la población unos cuidados de calidad, encontrar en el trabajo una real satisfacción. Únicamente varían de un país al otro los medios financieros y humanos.

10. Para desempeñar este papel que se le atribuye por la nueva ley, la Asociación llama a enfermeras en ejercicio competentes las cuales, en pequeños grupos de dos o tres personas, pasan dos o tres jornadas de 24 horas consecutivas para asegurarse de que el público recibe cuidados de calidad.

Los problemas enfermeros son igualmente de la misma naturaleza en Quebec y en Francia; necesidades crecientes de enfermeras, reivindicaciones permanentes de mejores condiciones de trabajo, elevación del personal menos importante al plan profesional, inestabilidad de las jóvenes diplomadas... La diferencia, aquí, consiste en la naturaleza de las estructuras, las etapas alcanzadas y la actitud de las personas frente a los problemas que se presentan.

La mayoría de los medios utilizados en Quebec no pueden aplicarse en Francia. Por ejemplo, nos parece que pedir a las enfermeras diplomadas que inviertan de cuatro a seis años de su carrera en estudios superiores es inconcebible. Tampoco aprobamos que sea obligatoria una afiliación a una asociación profesional o sindical.

Por contra, nos adherimos plenamente al principio de que las enfermeras son capaces de hacer evolucionar su profesión y de adquirir la competencia necesaria para participar en las decisiones que les conciernen.

Deseamos también ver nacer el servicio de cuidados enfermeros, igual que en los hospitales de la provincia de Quebec, a fin de que la calidad de estos sea continua durante las 24 horas del día, y de que el personal cuidador se sienta responsable de esta misión.

Tradujo:

A. FRANICEVICH,
Voluntaria del hospital San Juan de Dios. Barcelona

LIBRO AZUL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Los temas hospitalarios
que en el libro se recogen son
una valiosa aportación a la
organización del hospital moderno.

Pedidos a: Labor Hospitalaria - Carretera Esplugas, s/n - Barcelona 17

Centros hospitalarios y asistencia hospitalaria

REFORMAS HOSPITALARIAS

Por el doctor RAMÓN FERRERÓ, O. H.

COMENTARIO A LA LEY FRANCESA DE HOSPITALES

Siguiendo el propósito de exponer la legislación hospitalaria de los países más cercanos a nosotros, nos toca hoy hacerlo con la ley de Hospitales de Francia que data del 31 de diciembre de 1970.

Es una ley muy completa, seguida de otros documentos que la complementan y que puede ser de gran utilidad para los españoles porque contempla una serie de posibilidades de gestión y colaboración que pueden, en su día, tomarse como norma de actuación, entre nosotros.

En Francia la iniciativa privada tiene gran predicamento desde tiempo inmemorial y la cohesión de sus instituciones la hace ser respetada y tenida en cuenta en el momento de planificar y tomar decisiones.

Precisamente hoy, comienzan muchos países que habían socializado totalmente la Medicina y la asistencia, a volver sobre sus pasos e intentan contar con la colaboración de la iniciativa privada, dado que en sus instituciones, generalmente de menor tamaño y menos burocratizadas se da con mayor facilidad la humanización de la asistencia y el abaratamiento de los costes.

Veamos en la presente Ley relativamente moderna, este deseo de respeto e incluso fomentar la iniciativa privada en este terreno.

ART. 1. El derecho del enfermo a la *libre elección de su médico* y de su establecimiento de cura es uno de los principios fundamentales de nuestra legislación sanitaria, bajo reserva de las disposiciones previstas por los diferentes regímenes de protección social, en vigor en la fecha de la presente ley.

La protección sanitaria del país está asegurada por los miembros de las profesiones de salud, de una parte y por los establecimientos de curas, públicos o privados, que participen o no, en el funcionamiento del servicio público hospitalario instituido por la presente ley, de otra parte.

Capítulo I

DEL SERVICIO PÚBLICO HOSPITALARIO

Sección I

DISPOSICIONES GENERALES

ART. 2. El servicio público hospitalario asegura los exámenes de diagnóstico, el tratamiento —especialmente las curas de urgencia— de los enfermos, de los heridos, y de las mujeres encinta que le son confiados o que se dirigen a él y a su alojamiento eventual. Además, el servicio público hospitalario:

— Coopera en la enseñanza universitaria y postuniversitaria médica y farmacéutica y a la formación paramédica.

— Coopera a los actos de medicina preventiva cuya coordinación puede serle confiada.

— Participa en la investigación médica y farmacéutica y en la educación sanitaria.

Los médicos no hospitalarios pueden recurrir a su ayuda técnica.

ART. 3. El servicio público hospitalario está asegurado:

1.º Por los establecimientos de hospitalización públicos.

2.º Por los de los establecimientos de hospitalización privados que responden a las condiciones definidas en los artículos 40, 41 y 42 de la presente ley.

Los establecimientos que aseguran el servicio público hospitalario están abiertos a todo ciudadano que requiere sus servicios. Deben estar en condiciones de acoger a los enfermos, de día y de noche, o bien, en caso de imposibilidad, de asegurar su admisión en otro establecimiento perteneciente al servicio público hospitalario.

No pueden establecer ninguna discriminación entre los enfermos en lo que concierne a los ciudadanos.

No pueden organizar regímenes de alojamiento distintos según la voluntad expresada por los enfermos sino en los límites y según las modalidades previstas por los textos legislativos y reglamentarios en vigor.

Los establecimientos de hospitalización privados, distintos de los que mencionamos arriba pueden ser asociados al funcionamiento del servicio público hospitalario en virtud de los acuerdos concluidos según las modalidades previstas en el artículo 43 de la presente ley.

Un decreto tomado en consejo de los ministros fija las condiciones de participación del servicio de salud de las armadas en el servicio público hospitalario.

ART. 4. Los establecimientos mencionados en el artículo 3 (1.º y 2.º) son llamados:

1.º *Centros hospitalarios.* Si tienen por misión principal: las admisiones de urgencia, los exámenes de diagnóstico, las hospitalizaciones de corta duración o afecciones graves durante su fase aguda, los partos y los tratamientos ambulatorios.

Los centros hospitalarios comportan:

a) Unidades de hospitalización, para actuaciones médicas, quirúrgicas y obstétricas corrientes.

b) Eventualmente, unidades de hospitalización para cuidados altamente especializados.

c) Eventualmente, unidades de hospitalización para convalecencia, cura o readaptación.

Cada grupo hospitalario puede comportar una o varias de estas unidades según su clasificación.

2.º *Centros de convalecencia,* cura o readaptación si tienen por misión principal el alojamiento de las personas que requieren cuidados continuos o tratamientos comportando períodos de hospitalización prolongados.

Algunos de estos establecimientos o unidades de hospitalización, públicos o privados, tienen un ámbito regional o nacional. Cuando un centro hospitalario tiene un ámbito regional y responde a condiciones definidas por decreto, lleva el nombre del centro Hospitalario regional.

Los servicios de los centros hospitalarios pueden prolongarse a domicilio, bajo condición del consentimiento del enfermo o de su familia, para continuar el tratamiento con la ayuda del médico tratante.

La clasificación de los establecimientos queda determinada por orden del ministro de la Salud pública y de la Seguridad Social según normas definidas por vía reglamentaria.

ART. 5. Está instituido, en las condiciones previstas en el artículo 44 de la presente ley, un mapa sanitario de Francia determinando regiones y sectores de acción sanitaria.

Los establecimientos que aseguran el servicio público hospitalario en un mismo sector de acción sanitaria que forman un agrupamiento interhospitalario de sector. En cada región el Centro Hospitalario Regional y los demás establecimientos que aseguran el servicio público hospitalario forman una agrupación interhospitalaria regional.

Los establecimientos que forman una agrupación interhospitalaria de sector, la creación de un sindicato interhospitalario de sector. Los establecimientos que forman una agrupación interhospitalaria regional pueden pedir la creación de un sindicato interhospitalario regional.

Sección II

AGRUPACIONES INTERHOSPITALARIAS Y SINDICATOS INTERHOSPITALARIOS

ART. 6. Las agrupaciones interhospitalarias previstas en el artículo 5 de la presente ley no están dotadas de personalidad moral.

Están dotadas de un consejo encargado de asegurar la cooperación entre los establecimientos que la forman. Los consejos de las agrupaciones interhospitalarias de sector o de región son obligatoriamente consultados en el transcurso de la elaboración y de la revisión del mapa sanitario previsto en el artículo 44 así como sobre, los programas de trabajos y sobre la instalación de equipos materiales pesados, mencionados en el artículo 46 de la presente ley. Los consejos de estas agrupaciones proponen la creación de servicios comunes, sea en el cuadro de las disposiciones del artículo 8, sea por vía de convención bilateral entre establecimientos.

ART. 7. Los consejos de las agrupaciones interhospitalarias de sector están compuestos por representantes de cada uno de los establecimientos teniendo en cuenta la importancia de estos últimos. Escogen su presidente entre sus miembros.

Los consejos de las agrupaciones interhospitalarias de regiones están compuestos por representantes de cada uno de los agrupamientos interhospitalarios de sector, habida cuenta de la importanica de cada uno. Eligen su presidente entre sus miembros.

Ninguno de los establecimientos miembros de una agrupación interhospitalaria de sector o de región puede detentar la prioridad absoluta de las plazas del consejo de este agrupamiento.

El director y el presidente de la comisión médica consultiva de cada uno de los establecimientos miembros de una agrupación interhospitalaria asisten a las reuniones del consejo de este agrupamiento con voz consultiva.

ART. 8. Los sindicatos interhospitalarios previstos en el artículo 5 de la presente ley son establecimientos públicos que aseguran el servicio público hospitalario, sobre demanda de estos establecimientos. Un sindicato interhospitalario puede ser creado en un sector de acción sanitaria entre dos o varios establecimientos asegurando el servicio público hospitalario sobre demanda de establecimientos. Un sindicato interhospitalario puede estar en una región de acción sanitaria entre él o los centros hospitalarios regionales y sean uno o varios sindicatos interhospitalarios de sector, sean uno o varios establecimientos que aseguran el servicio público hospitalario, sobre demanda de los organismos interesados.

Todo establecimiento que asegura el servicio público hospitalario es admitido, sobre su demanda, a formar parte del sindicato interhospitalario del sector al que pertenece.

Todo sindicato interhospitalario de sector y todo establecimiento asegurando el servicio público hospitalario es admitido, sobre su demanda, a formar parte del sindicato interhospitalario de la región a la cuál pertenece.

ART. 9. Los sindicatos interhospitalarios están administrados por un consejo de administración, en el cuadro de deliberaciones de dicho consejo, por un secretario general nombrado por el ministro encargado de la Salud Pública, después del presidente del consejo de administración.

El consejo está compuesto por representantes de cada

uno de los establecimientos que forman parte de él, tenida en cuenta la importancia de estos establecimientos no pudiendo ninguno de éstos detentar la prioridad absoluta de las plazas del consejo.

Elige su presidente entre sus miembros. El presidente de la comisión médica consultiva de cada uno de los establecimientos y un representante de los farmacéuticos del conjunto de establecimientos forman parte del sindicato interhospitalario y son miembros de derecho del consejo de administración. El director de cada uno de los establecimientos asiste al consejo de administración con voz consultiva.

ART. 10. Los sindicatos interhospitalarios de sector y los sindicatos interhospitalarios regionales pueden ejercer, para todos los establecimientos que forman parte de él o para algunos de entre ellos, sobre su demanda, toda actividad interesando el funcionamiento y el desarrollo del servicio público hospitalario, especialmente:

1.º La creación y la gestión de servicios comunes.

2.º La formación y el perfeccionamiento de todo o parte del personal.

3.º El estudio y realización de trabajos de equipamiento.

4.º La centralización de todo o parte de las fuentes de amortización en vista de su afectación sea el financiamiento de trabajos de equipamiento emprendidos, sea el servicio de empréstitos contratados por cuenta de dichos establecimientos.

5.º La gestión de la tesorería así como los empréstitos contratados y subvenciones de equipos obtenidos por estos establecimientos.

6.º La creación y la gestión de nuevas instalaciones necesarias para responder a las necesidades sanitarias del sector o de la región, en el cuadro del mapa sanitario.

Las atribuciones del sindicato quedan definidas por deliberaciones concordantes de los consejos de administración de los establecimientos que forman parte de él.

ART. 11. Bajo reserva de las disposiciones de los artículos 8 y 9, los artículos 20, 21, 22 y 25 de la presente ley son aplicados a los sindicatos interhospitalarios.

Un decreto fijará las condiciones de la aplicación del artículo 24 de la presente ley a estos establecimientos.

ART. 12. Los establecimientos que forman parte de un sindicato interhospitalario pueden aportar a este sindicato de todas o parte de sus instalaciones bajo reserva de ser autorizados por acuerdo prefectoral. Este acuerdo pronuncia en tanto que de necesidad lo transfiere del patrimonio del establecimiento al sindicato interhospitalario. Después transfiere instalaciones, los servicios que se encuentran implantados en él son dirigidos directamente por el sindicato.

ART. 13. Cuando todos los establecimientos formando parte de un agrupamiento interhospitalario de sector adhieren al sindicato interhospitalario creado en este sector, el consejo del agrupamiento es automáticamente disuelto y sus atribuciones son transferidas con pleno derecho al consejo de administración del sindicato.

Para el consejo de un agrupamiento interhospitalario regional cuando todos los establecimientos que forman parte de él, adhieren sea directamente, sea por el intermediario de un sindicato interhospitalario de sector, al sindicato interhospitalario regional.

ART. 14. Los establecimientos sanitarios que no comporten medios de hospitalización pueden cuando son dirigidos por una colectividad pública o una institución privada, formar parte de un agrupamiento interhospitalario o de un sindicato interhospitalario.

En el caso en que no están dotados de personalidad moral, la demanda es presentada por la colectividad pública o por la institución de carácter privado de la cual dependen.

La autorización es acordada por acuerdo prefectoral, sobre aviso conforme del consejo del agrupamiento o del consejo de administración del sindicato interesado.

ART. 15. Un establecimiento puede retirarse de un sindicato interhospitalario con el consentimiento del consejo de administración de este sindicato. Este fija de acuerdo con el consejo de administración del establecimiento interesado las condiciones en las cuales se opera el retracto. Los consejos de administración de todos los establecimientos que componen el sindicato son consultados. La decisión es tomada por acuerdo prefectoral.

Sección III

DE LA PARTICIPACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO HOSPITALARIO A LA ENSEÑANZA MÉDICA, FARMACÉUTICA Y ODONTOLÓGICA

ART. 16. En el cuadro de disposiciones del artículo 6 de la ordenanza n.º 58-1373 del 30 de diciembre de 1958, las unidades de enseñanza y de búsqueda médico-farmacéuticas y odontológicas o en el caso en que no tienen personalidad moral, las universidades que actúan en su nombre, y los centros hospitalarios regionales pueden concluir conjuntamente convenciones con los sindicatos interhospitalarios o con establecimientos de agrupación interhospitalarios sino forman parte del sindicato interhospitalario.

ART. 17. Cuando la asociación de uno o varios servicios de un establecimiento hospitalario público o de otro organismo público a las misiones de un centro hospitalario y universitario definido en el artículo 2 de la ordenanza n.º 58-1373 del 30 de diciembre de 1958 sea indispensable y que este establecimiento u organismo rehúse concluir una convención en aplicación del artículo 6 de dicha ordenanza, puede ser puesto en duda de hacerlo por decisión conjunta del ministro encargado de la Salud Pública y del Ministro de la Educación Nacional.

Esta decisión otorga un plazo para la conclusión de la convención; pasado este plazo, las medidas necesarias pueden ser impuestas al establecimiento o al organismo por decreto en Consejo de Estado.

ART. 18. Por cada centro hospitalario y universitario, se ha creado un comité de coordinación hospital-universitario donde residen notablemente representantes del centro hospitalario regional, representantes de unidades de enseñanza y de búsquedas médicas, odontológicas y farmacéuticas y, llegado el caso, sindicatos interhospitalarios de sector y establecimientos asegurando el servicio público hospitalario que han concluido las convenciones previstas en el artículo 6 de la ordenanza n.º 58-1373 del 30 de diciembre de 1958.

Un decreto fija las condiciones de organización y de funcionamiento del comité de coordinación y los casos donde su aviso es requerido.

Este comité es obligatoriamente consultado sobre la elección de las prioridades en materia de equipo hospitalario y universitario.

Las convenciones visadas en el articulo 16 entre los establecimientos hospitalarios y las unidades de enseñanza y de búsqueda médico-farmacéutica y odontológica no podrán ser concluidas más que después de un aviso favorable de este comité.

ART. 19. En el resorte de una misma academia dos o varios centros hospitalarios regionales tienen la posibilidad de pasar convención con la o las unidades de enseñanza y de búsqueda médica de esta academia, para la constitución de un centro hospitalario y universitario único, en el cuadro de las disposiciones de los artículos primero y segundo de la ordenanza n.º 58-1373 del 30 de diciembre de 1958 y del decreto n.º 70-709 del 5 de agosto de 1970.

Capítulo II

DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN PÚBLICOS

ART. 20. Los establecimientos o grupos de establecimientos de hospitalización públicos constituyen establecimientos públicos comunales, intercomunales, departamentales, interdepartamentales o nacionales. En el cuadro de las disposiciones previstas en el artículo 44, son creados por decretos o, por acuerdos prefectorales en las condiciones o según modalidades fijadas por vía reglamentaria.

Son administrados por un consejo de administración y, en el cuadro de deliberaciones mencionadas en el artículo 22 por un director nombrado por el ministro de Salud Pública después del parecer del presidente del consejo de administración.

Los establecimientos o grupos de establecimientos de hospitalización públicos son sometidos a la tutela del Estado. Unas normas de equipo y de funcionamiento son determinadas por decreto.

ART. 21. El consejo de administración de los establecimientos o grupos de establecimientos de hospitalización públicos comprende representantes de colectividades locales interesadas, cajas de seguros de enfermedad, del personal médico y farmacéutico hospitalario, del personal titular no perteneciendo al cuerpo médico y personas calificadas del cual obligatoriamente, un médico no es hospitalario.

Las modalidades de designaciones o de elecciones de los miembros de cada una de las categorías son fijadas por vía reglamentaria igual que el modo de representación en el seno del consejo de administración de las otras colectividades que las que releva el establecimiento. No obstante, el presidente de la comisión médica consultativa y, por los centros hospitalarios regionales formando parte de los centros hospitalarios y universitarios, el director de la unidad de enseñanza y de búsqueda médica, o el presidente del comtié de coordinación de enseñanza médica, son miembros de derecho del consejo de administración del establecimiento.

La presidencia del consejo de administración y de los establecimientos departamentales y de los establecimientos comunales está asegurada respectivamente sea por el presidente del consejo general, sea por el alcalde o la persona haciendo en su plenitud las funciones de alcalde.

De todas maneras, el presidente del Consejo del consejo general, el alcalde o la persona que hace en toda su amplitud las funciones de alcalde no pueden ser miembros del consejo de administración de una administración.

1) Si ellos mismos, sus ascendientes o sus descendientes en línea directa tienen un interés directo o indirecto en la gestión de un establecimiento de cuidados privados.

2) Si son proveedores de bienes o de servicios o agentes asalariados del establecimiento.

En el caso en que se hace aplicación de estas dos normas, el consejo general o el consejo municipal elige un suplente.

En el caso de impedimentos, el presidente del consejo general o el alcalde puede delegar a otro miembro de la asamblea de la cuál es miembro, sus funciones de presidente de derecho del consejo de administración del establecimiento.

El presidente de la comisión médica consultiva, el director de la unidad de enseñanza y de búsqueda médica o el presidente del comité de coordinación de la enseñanza médica, tienen incompatibilidades previstas en el artículo presente a excepción de las que se aplican a los agentes asalariados del establecimiento.

ART. 22. El consejo de administración delibera sobre:

1) El presupuesto, los créditos suplementarios y las cuentas.

2) Las proposiciones de precios de jornada.

3) Las afectaciones, alienaciones, cambios de inmuebles y su afectación; las condiciones de los baos de más de dieciocho años.

4) Los empréstitos.

5) El plan director así como los proyectos de trabajos de construcción, grandes reparaciones y demoliciones.

6) El reglamento interior.

7) Las convenciones pasadas en aplicación del artículo 6 de la ordenanza n.º 58-1373 del 30 de diciembre de 1958 y del artículo 43 de la presente ley.

8) Las creaciones, supresiones y transformaciones de servicios, y notablemente la creación de servicios de clínica abierta.

9) Las reglas concerniendo el empleo de las diversas categorías de personales ya que no han sido fijadas por disposiciones legislativas o reglamentarias.

10) El tablero de los efectivos del personal a excepción de las categorías de personales que son regidas por la ordenanza precitada del 30 de diciembre de 1958 y los textos subsecuentes.

11) La afiliación del establecimiento a un sindicato interhospitalario.

12) La aceptación y el rehúso de los dones y los legos.

13) Las acciones judiciales y las transacciones.

Las deliberaciones previstas en el 1) al 11) son sometidas a aprobación.

La autoridad de tutela puede reducirse o suprimirse de gastos que parecerían abusivos o aumentar las que parecerían insuficientes. Las deliberaciones son refutadas aprobadas si la autoridad de tutela no ha hecho conocer su oposición en un plazo de 30 días a contar de su recepción.

El director está encargado de la ejecución de las deliberaciones del consejo de administración. Es competente para arreglar las cosas del establecimiento otras que las que se han enumerado encima y debe tener regularmente el consejo de administración informado de la marcha general de los servicios y de la gestión del establecimiento.

ART. 23. En el plazo de un año a contar desde la promulgación de la presente ley, un decreto determinará las condiciones de ablandamiento de la gestión administrativa y financiera de los establecimientos de hospitalización públicos.

Este decreto determinará igualmente las condiciones en las cuales los establecimientos de hospitalización públicos podrán, a título excepcional, financiar sus equipos recurriendo a empréstitos a las tasas normales del mercado.

Determinará igualmente las modalidades de asociación de Jefes de servicio de los establecimientos de hospitalización públicos para la gestión de su servicio y para las responsabilidades que de ahí parten.

Tomará todas las medidas de naturaleza para asegurar una armonización de las devoluciones de los actos médicos, sea cual fuere el sector, público o privado al cual pertenece el establecimiento en el cual son efectuados y teniendo en cuenta las cargas inherentes a cada uno de estos sectores.

ART. 24. En cada establecimiento público de hospitalización queda instituido:

— Una comisión médica consultativa, que está obligatoriamente consultada sobre el presupuesto, las cuentas y sobre la organización del funcionamiento de los servicios médicos.

— Un comité técnico paritario, que es obligatoriamente consultado sobre la organización del funcionamiento de los servicios y notablemente sobre las condiciones de trabajo en el establecimiento.

ART. 25. El personal de los establecimientos de hospitalización públicos comprende:

1) Agentes titulares o en período de pruebas, las farmacéuticas, inclusive sometidas a las disposiciones del libro IX del código de la sanidad pública.

2) A título excepcional o temporal de los agentes contractuales.

3) Médicos, biólogos, farmacéuticos y odontólogos de quien los estatutos son distintos según si consagran toda o parte de su actividad a estos establecimientos.

En un plazo de un año a contar a partir de la promulgación de la presente ley, un decreto fijará el estatuto de todos los miembros de personal médico que ejercen su actividad a tiempo parcial en los establecimientos de hospitalización públicos.

Este estatuto determinará los títulos, funciones y remuneraciones de los intereses, sus condiciones de ejercicio, sus condiciones de promoción, las medidas transitorias y un régimen de protección social complementaria.

En el caso de ejercicio de la actividad a tiempo parcial, la nominación de los intereses puede salvo dimisión, ser puesta en causa en los seis meses que preceden la expiración de cada uno de los períodos quincenales de ejercicio.

El consejo de administración del establecimiento actuando bajo su propia iniciativa o por demanda del médico inspector regional de la Salud, después de la audición del interesado y aviso de la comisión médica consultativa, pide al prefecto del departamento, por una deliberación motivada, de poner fin a las funciones del interesado.

El prefecto estatuce en los tres meses de herencia sobre aviso conforme de una comisión paritaria regional, del cuál la composición será fijada por decreto en Consejo de Estado.

El interesado o el médico inspector regional de la Salud puede ejercer un recurso al encuentro de esta decisión en los dos meses de la notificación que se les hace, delante de una comisión nacional paritaria del cual la composición será fijada por decreto en Consejo de Estado.

Esta comisión debe estatuar en los tres meses de esta herencia después de la audición de los intereses o de sus representantes.

Estas disposiciones no serán aplicables que a los personales nombrados posteriormente por la promulgación de la presente ley.

ART. 26. Los personales médicos de los establecimientos nacionales de bien hechanza de carácter hospitalario situados en una ciudad sitio de unidades de enseñanza y de búsquedas médicas podrán ser integrados en uno de los cuerpos de personal hospitalario-universitario de los centros hospitalarios y universitarios, siguiendo las condiciones fijadas por un decreto en Consejo de Estado.

ART. 27. Disposiciones reglamentarias determinan las condiciones en las cuales, bajo la autoridad de los jefes de servicio, los médicos tratantes y las comadronas pueden ser admitidos en los diversos servicios de hospitalización públicos. Estos practicantes serán tenidos informados de los cuidados que serán dispensados a los enfermos de los cuales han prescrito la hospitalización.

ART. 28. Los establecimientos de hospitalización públicos deben comunicar el expediente de los enfermos hospitalizados o recibidos en consulta externa en estos establecimientos, a los médicos llamados para ofrecer cuidados a estos enfermos.

Un decreto tomado después del aviso del consejo nacional de la orden de estos medios precisará las condiciones de aplicación de las disposiciones que siguen.

ART. 29. El artículo L. 578 del código de la Salud Pública es sustituido por las disposiciones siguientes:

Artículo L. 578. Salvo en el caso de necesidad urgente, la actividad de las farmacias prevista en el artículo L. 577 es limitada al uso particular interior del establecimiento hospitalario del cual dependen.

Por otra parte, el prefecto después del aviso del jefe de servicio regional de la Acción Sanitaria y social, puede autorizar un establecimiento hospitalario público para asegurar, por el intermediario de la farmacia de la cuál es propietario, el aprovisionamiento en medicamentos de otras farmacias de establecimientos de hospitalización públicos o establecimientos de hospitalización privados asegurando la ejecución del servicio público hospitalario en las condiciones previstas en el artículo 41 de la ley n.º 70.1318 del 31 de diciembre de 1970.

Excepcionalmente en caso de necesidad, el prefecto, tras el aviso del jefe de servicio regional de la Acción Sanitaria y social, puede autorizar, por un período determinado a los establecimientos hospitalarios públicos para vender medicamentos a precio de tarifa farmacéutica cuando no hay otros recursos de distribución posible.

ART. 30. A título provisional, los establecimientos de hospitalización públicos pueden continuar a administrar los servicios creados, antes de la promulgación de la presente ley que no responden a la misión del servicio público hospitalario definido en el artículo 2 ya citado.

Capítulo III

ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS

Sección I

DISPOSICIONES GENERALES

ART. 31. Son sometidas a autorización.

1.ª La creación y la extensión de todo establecimiento sanitario privado comportando medios de hospitalización.

2.ª La instalación, en todo establecimiento privado contribuyendo en las curas médicas de hospitalización, de equiparamientos materiales pesados en el sentido del artículo 46 de la presente ley:

El rehúso de autorización deberá ser motivado.

ART. 32. La autorización prevista en el artículo 31 de aquí encima es dada antes del principio de los trabajos o la instalación del equipamiento material.

Vale con pleno derecho la autorización de funcionar y, salvo mención contraria, autorización de dispensar cuidados reembolsables a los asegurados sociales por aplicación del artículo L. 272 del código de la Seguridad Social.

ART. 33. La autorización es acordada si la operación considerada:

1.º Responde a las necesidades de la popularidad tales que resultan del mapa previsto en el artículo 44, o apreciados a título derogatorio según las modalidades definidas en el primer párrafo de dicho artículo.

2.º Esté conforme a las normas, definidas por decreto, y es adecuada a la promesa de respetar las reglas relativas a la calificación del personal. En ningún caso, la autorización no podrá ser acordada durante tanto tiempo, que para la zona dada, las necesidades así definidas estarán satisfechas.

La autorización puede estar subordinada a condiciones particulares impuestas en el interés de la Salud Pública o al empeño tomado por los que piden la conclusión de un contrato de concesión para la ejecución del servicio público hospitalario o un acorde de asociación al funcionamiento de éste según las modalidades previstas en los artículos 42 y 43 de la presente ley.

La autorización de dispensar cuidados reembolsables a los asegurados sociales puede ser rehusada cuando el precio previsto está manifiestamente fuera de proporción con las condiciones de funcionamiento del servicio, habiendo tenido en cuenta a las normas fijadas por el decreto en el Consejo de Estado.

ART. 34. La autorización visada en el artículo 31 es dada por el prefecto de la región, tras aviso de una comisión regional de hospitalización.

Un recurso contra la decisión puede ser formado en todo interesado delante del ministro encargado de la Salud Pública que estatuce en un plazo máximo de seis meses, sobre el aviso de una comisión nacional de la hospitalización.

Para algunos establecimientos, categorías o grupos de establecimientos contestando a necesidades nacionales o pluriregionales cuya lista está fijada por decreto, la autorización depende del ministro, tras aviso de la comisión nacional.

En cada caso, la decisión del ministro o del prefecto de la región es notificada al que pide en un plazo de seis meses siguientes a la fecha de la demanda. Si existe un defecto de decisión en el plazo, la autorización es considerada como adquirida.

Las comisiones regionales y la comisión nacional de hospitalización son presididas por un magistrado del orden administrativo o judicial y comprenden representantes de sindicatos médicos y representantes, en igual número, del ministro encargado de la Salud Pública, cajas de seguros de enfermedad, establecimientos que aseguran el servicio público hospitalario y establecimientos de hospitalización privados.

ART. 35. La autorización visada en el artículo 31 es librada a una persona física o moral. No puede ser cedida antes del inicio de los trabajos.

ART. 36. Cuando las prescripciones del artículo 33 cesan de ser respetadas o cuando son constatadas en el establecimiento y del hecho de éstas, infracciones en las leyes y reglas tomadas para la protección de la Salud Pública arrastrando la responsabilidad civil del establecimiento o la responsabilidad penal de sus dirigentes, la autorización de funciones puede ser suspendida, sea retirada.

Bajo reserva de las disposiciones previstas en el artículo 37, esta suspensión no puede intervenir más que después de un plazo de 1 mes después de una puesta en retraso dirigida por el prefecto de región.

Cuando las normas son modificadas, los establecimientos deben conformarse nuevas normas en un plazo determinado por un decreto este plazo corto, a contar desde la puesta en retraso que les es dirigida.

La autorización de dispensar cuidados reembolsables a los asegurados sociales puede ser retirada cuando el precio practicado está fuera de proporción con las condiciones de funcionamiento del servicio, en el sentido del artículo 33. Las medidas de suspensión o retracto son tomadas según las modalidades previstas en el artículo 34. No hacen obstáculo a eventuales persecuciones judiciales.

ART. 37. En caso de urgencia, pensando en la seguridad de los enfermos, el prefecto puede, pronunciar la suspensión de la autorización de funcionar. En el plazo de un mes de esta decisión, el prefecto debe coger la comisión regional de hospitalización que, en los dos meses de la herencia, confirma o infirma la medida tomada por el prefecto.

ART. 38. Toda persona que abre o administra un establecimiento sanitario privado o instala en un establecimiento privado concurrente a los cuidados médicos de los equipamentos materiales pesados en infracción en las disposiciones de los artículos 31 y 33 es pasible a una multa de 5.000 a 30.000 F.

Es pasible de la misma pena toda persona que pasa más allá de la suspensión de autorización previstas en el artículo 36 y 37.

En caso de reincidencia la pena prevista en el presente artículo se dobla y puede ser adecuado a la confiscación de los equipamientos instalados sin autorización.

ART. 39. La compatibilidad de los establecimientos de hospitalización privados debe ser puesta, sobre demanda, a la disposición exclusiva de la administración habilitada para dar su acuerdo sobre la determinación del precio de jornada.

Sección II

DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN PRIVADOS QUE ASEGURAN EL SERVICIO PÚBLICO HOSPITALARIO Y DE LA ASOCIACIÓN DE LOS OTROS ESTABLECIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN PRIVADOS EN EL FUNCIONAMIENTO DE DICHO SERVICIO

ART. 40. Los establecimientos de hospitalización privados participan en las condiciones previstas en los artículos 41 y 42 que siguen sobre su demanda o sobre la de la persona moral de la cual dependen, en la ejecución del servicio público hospitalario, bajo reserva que prometen respetar las obligaciones de servicio impuestas a los establecimientos de hospitalización públicos de misma naturaleza por las disposiciones de los artículos 2 y 3 de la presente ley.

Los establecimientos de hospitalización privados asegurando la ejecución del servicio público hospitalario son asimilados a los establecimientos públicos en lo que concierne el acceso de los asegurados sociales y de las personas beneficiarias de la ayuda social.

Las disposiciones del artículo 28 son aplicables a estos establecimientos.

La lista de establecimientos que llenan las condiciones previstas en el presente artículo es establecida por decreto.

ART. 41. Los establecimientos de hospitalización privados con fin no lucrativo son admitidos a participar, sobre su petición o sobre la de la persona moral de la cual dependen, a la ejecución del servicio público hospitalario.

Forman parte con pleno derecho de los grupos interhospitalarios y, sobre su demanda, de los sindicatos interhospitalarios.

Sus gastos de funcionamiento deben ser cubiertos en las mismas condiciones que los de los establecimientos de hospitalización públicos.

Benefician para sus equipos ventajas previstas para los establecimientos de hospitalización públicos.

ART. 42. Los establecimientos de hospitalización privados, otros que los visados en el artículo 41 pueden concluir con el Estado de contratos de concesión para la ejecución del servicio público hospitalario.

Estos contratos comportan:

1.º De parte del Estado, la promesa de no autorizar o de no admitir en una zona y durante un período determinado, la creación o extensión de ningún otro establecimiento o servicio de hospitalización de misma naturaleza, tanto tiempo como las necesidades determinadas por el mapa sanitario queden satisfechas.

2.º De parte del concesionario, la promesa de satisfacer a las obligaciones definidas en el artículo 40. El establecimiento concesionario conserva su individualidad y su estatuto propio por todo lo que concierne a su gestión. Estos contratos son aprobados según las modalidades previstas en el artículo 34.

Estos concesionarios no pueden recibir subvenciones de equipo.

ART. 43. Los establecimientos de hospitalización privados, otros que los que aseguran el servicio público hospitalario pueden concluir por uno o varios objetivos determinados sea con un establecimiento de hospitalización público, sea con un sindicato interhospitalario, acuerdos en vistas de su asociación al funcionamiento del servicio público hospitalario, a condición de haber pasado convención con organismos de la Seguridad Social.

Pueden entonces pedir o beneficiar servicios comunes administrados por el sindicato interhospitalario del sector sobre el cual son implantados. La autorización es acordada según las modalidades previstas en el artículo 14.

Capítulo IV

DEL EQUIPO SANITARIO

ART. 44. El ministro de la Salud Pública y de la Seguridad Social para, sobre aviso de comisiones regionales y de una comisión nacional del equipo sanitario, el mapa sanitario de Francia.

La composición de las comisiones regionales y de la comisión nacional del equipo sanitario que comprenderán notablemente representantes de los ministerios interesados, de los representantes eludidos de las colecciones locales, representantes de cajas de seguros médicos y representantes de establecimientos de hospitalización públicos y privados, será definido por decreto.

El mapa sanitario determina, teniendo en cuenta la importancia y de la calidad del equipo público y privado existente, así como la evolución demográfica y del progreso de las técnicas médicas.

1) Límites de los sectores sanitarios y los de las regiones sanitarias.

2) Para cada sector y para cada región sanitaria, la naturaleza, la importancia y la implantación de las instalaciones, comportando o no posibilidades de hospitalización, necesarias para responder a las necesidades sanitarias de la población.

3) La naturaleza, la importancia y la implantación de las instalaciones sanitarias de interés nacional o llamadas a servir a varias regiones sanitarias. Para cada instalación, el mapa precisa los equipos inmobiliarios y los equipos materiales pesados a realizar.

El mapa sanitario puede ser revisado en todo momento; es revisado obligatoriamente cuando la elaboración de cada plan de modernización y de equipo.

ART. 45. Las condiciones de implantación, las modalidades de funcionamiento y de financiación de algunos servicios u organismos hospitalarios de alta técnica cuyas actividades de cuidados y de diagnósticos se sitúan en dominios de punta de un coste elevado son fijados por vía reglamentaria.

ART. 46. Son considerados como equipos materiales pesados en sentido de la presente ley equipos mobiliarios destinados a por ver, sea en el diagnóstico, en la terapéutica o en la reeducación funcional de los heridos, de los enfermos y de las mujeres en cinta, sea en el tratamiento de la información y que no puedan ser utilizados sólo en condiciones de instalación y de funcionamiento particularmente o forzosas o pudiendo entrenar un exceso de actos médicos. La lista de estos equipos es establecida por decreto en Consejo de Estado.

ART. 47. El mapa sanitario sirve de base a los trabajos de planificación y de programación de los equipos relevantes de los establecimientos que aseguran el servicio

público hospitalario así como a las autorizaciones previstas en el artículo 31 de la presente ley. Todo rehúso de autorización previsto en el artículo 31 motivado por la existencia de un programa susceptible de cubrir las necesidades definidas en el mapa sanitario es considerado como caducado si dicho programa no ha hecho el objeto de un principio de ejecución en un plazo de:

— seis años si se trata de un establecimiento público.

— dos años si se trata de un establecimiento privado.

La autorización es acordada entonces de pleno derecho bajo reserva de las disposiciones del artículo 33 a la altura de la demanda si la confirma.

ART. 48. Son sometidos a la aprobación los programas y los proyectos de trabajos relativos a la creación, a la extensión o a la transformación de los establecimientos de equipos materiales pesados en sentido del artículo 46 de la presente ley. Sólo pueden ser aprobadas las realizaciones correspondientes a equipos previstos sobre el mapa sanitario.

Capítulo V

DISPOSICIONES DIVERSAS

ART. 49. Medidas reglamentarias determinan las modalidades de aplicación de la presente ley. Salvo disposiciones contrarias, son tomadas por decreto en Consejo de Estado.

ART. 50. Las disposiciones de los capítulos I y II de la presente ley serán adoptadas por decreto en Consejo de Estado a las condiciones particulares de funcionamiento de la administración general de la asistencia pública en París, hospicios civiles de Lyon y de los establecimientos nacionales de beneficencia cuyas misiones responden a las definidas en el artículo 4 de la presente ley.

El estatuto del personal de la administración general de la asistencia pública en París queda fijado por reglamento de administración pública.

El personal de los hospicios civiles de Lyon es sometido a las disposiciones del libro IX del Código de la Salud Pública salvo derogaciones previstas por decreto en Consejo de Estado.

ART. 51. A título provisional y hasta el 31 de diciembre de 1972, las disposiciones de la presente ley se aplican a los establecimientos de carácter social cuya lista será definida por decreto en Consejo de Estado.

Este decreto procederá a las adaptaciones necesarias para los establecimientos públicos en lo que concierne su creación, su gestión y su estatuto del personal y para los establecimientos privados, en lo que concierne las modalidades de autorización y de coordinación.

Las casas de retiro separadas de la administración general de la asistencia pública en París y las que funcionando como servicios no personalizados de la ciudad —departamento de París serán juntadas por decreto al despacho de ayuda social de París.

ART. 52. Una reforma de la tarificación de los cuidados dispensados en los establecimientos deberá intervenir en el plazo de 1 año a contar a partir de la promulgación de la presente ley.

Esta reforma hará notablemente aparecer el coste real de las diversas prestaciones dadas por cada unidad de hospitalización definidas en el artículo 4 así como los gastos de adquisición de las prótesis y de los medicamentos costosos.

ART. 53. El Estado participa a los gastos expuestos por los establecimientos que aseguran el servicio público hospitalario para la formación de los médicos, odontólogos, farmacéuticos y personales paramédicos en el límite de los créditos abiertos cada año por la ley de finanzas.

ART. 54. Son abrogadas todas las disposiciones contrarias a la presente ley notablemente los artículos L 230, el primero y el segundo párrafo del artículo L 678 (salvo en lo que se concierne a los hospicios). Los artículos L 679, L 681 a L 683, L 686, L 733, L 734 y L 734-2 a L 734-5 del código de la Salud Pública así como el primer párrafo del artículo L 893 de dicho código, salvo en lo que concierne la administración general de la asistencia pública en París.

ART. 55. Las disposiciones del capítulo III sección I, de la presente ley son aplicables a los establecimientos privados de alumbramientos visados por el artículo L 176 del Código de la Salud Pública.

ART. 56.

I. En el artículo L 271 del código de la Seguridad Social, las palabras: «establecimientos hospitalarios públicos» son sustituidos por «establecimientos que aseguran el servicio público hospitalario».

II. El último párrafo del artículo L 272 del Código de la Seguridad Social es abrogado.

III. El primer párrafo del artículo L 275 del código de la Seguridad Social es sustituido por las disposiciones siguientes:

«Bajo reserva de las disposiciones de los artículos L 276 y L 277, con venciones concluyen entre las cajas regionales de seguros médicos y los establecimientos privados de curas y de prevención de toda naturaleza a excepción de los establecimientos de hospitalización privados que aseguran el servicio público hospitalario fijan las tarifas de hospitalización a las cuales son curados los asegurados sociales en dichos establecimientos, así como las tarifas de responsabilidad de las cajas. Un decreto en Consejo de Estado fija las condiciones en las cuales las convenciones así concluidas son homologadas por la autoridad administrativa».

IV. A las primeras y segundas líneas del artículo L 276 del Código de la Seguridad Social, las palabras: «por las comisiones previstas en el artículo L 272» son reemplazadas por las palabras: «en las condiciones previstas en el artículo L 275.

ART. 57. En los departamentos de ultramar, las atribuciones correspondientes por derecho a la presente ley a los prefectos de región corresponden por derecho a los prefectos de los departamentos.

ART. 58. En el plazo de un año a contar de la promulgación de la presente ley, sus disposiciones serán insertadas en el Código de la Salud Pública por decreto en Consejo de Estado. Este decreto procederá a los arreglos de forma que se probaran necesarios.

La presente ley será ejecutada como ley de Estado.

Ley n.º 70-1318 del 31 de diciembre de 1970
(«J.O.» del 3 de enero de 1971)

BIBLIOGRAFIA

IMPORTANTE NOVEDAD EDITORIAL LITÚRGICO MUSICAL

El secretariado diocesano de Pastoral y Liturgia de Zaragoza acaba de editar el SALTERIO RESPONSORIAL del hermano hospitalario José Jordán.

Es la respuesta cantada a la primera lectura bíblica en la eucaristía de los domingos y fiestas de los tres ciclos, A, B y C.

Son melodías sencillas, sin alardes técnicos, populares, concebidas para ser cantadas a una voz; pero armonizadas en distintas versiones corales para comunidades religiosas y parroquiales, desde una hasta 4 ó 5 voces.

Todas sus piezas tienen escrito el acompañamiento de órgano o armonio; alguna vez se escribe algún otro instrumento, del que se puede prescindir.

Tres índices facilitan un amplio servicio de la obra: el primero recoge los salmos numéricamente ordenados, a cada uno de los cuales sigue una síntesis doctrinal del mismo; el segundo cita por orden alfabético los temas sobresalientes del salterio responsorial, anotando en frase breve el contexto y su correspondiente cita, y proporciona así una extraordinaria riqueza temática para otras celebraciones; el último indica los salmos escritos para cada tiempo litúrgico más los que, usados en otro lugar, tienen sentido en el tiempo o fiesta en que se citan.

Por sus valores de completo, texto oficial, sencillo, popular, música que describe bien el texto, adaptación para cualquier comunidad que canta, recomendamos la obra a cuantas comunidades religiosas, colegios, seminarios, parroquias, viven el renovador movimiento litúrgico postconciliar.

BASES PARA UNA NUEVA CATEQUESIS

Ediciones Sígueme. Salamanca.

La renovación de la catequesis escolar no es un suceso aislado. Está en relación con muchos cambios que discurren en nuestra época.

El presente trabajo está dividido en tres partes:

La I presenta las Bases para la renovación de la catequesis escolar.

La II presenta el programa catequético para la enseñanza primaria.

La III presenta el programa para la enseñanza media.

La intención de este libro es que entre en juego la educación de la fe que atañe a toda persona; este saber es al mismo tiempo experiencia y que debe madurar en la medida que el niño o el joven van alcanzando el desarrollo humano integral. Para ello es necesario el contacto personal con el ofrecimiento salvífico de Dios.

J. GARCÍA SIERRA

HENRI VAN DEN BUSSCHE

EL EVANGELIO SEGÚN SAN JUAN

Ediciones Studium 1972.

Puntualiza las investigaciones juanistas actuales, fruto de un largo tiempo de meditación madurado durante su actividad docente en Gaude y en la Universidad de Lovaine.

Al alto sentido espiritual une Van Den Bussche un espíritu crítico ponderado. No hace caso de las interpretaciones y sigue su camino, comentando el texto frase por frase. Buscando en el mismo su verdad y sus lecciones, sin que el lector se canse de este proceso de detalles; por el contrario, la atención se ve solicitada a revivir personalmente la experiencia insigne del discípulo predilecto de Cristo.

J. GARCÍA SIERRA

PAUL GUILMOT

¿EL FIN DE UNA IGLESIA CLERICAL?

Ediciones Studium 1972.

Si algo ha cambiado en Teología desde hace unos treinta años, es sin duda el problema de la Iglesia.

Hoy la Eclesiología ocupa un puesto tan destacado, que a veces se tiene la impresión de que se identifica sin más con la Teología. Semejante importancia y actualidad supone por fuerza un camino largo y accidentado.

La presente obra manifiesta a través de la historia la revolución radical de la Eclesiología, comenzada en Francia.

La historia en efecto es imprescindible. Viene a ser como el trazado de una carretera en una selva virgen. Es un punto de referencia perenne.

La historia queda rebasada. Pero ¿qué duda cabe que el sentimiento de esa evolución dependa en buena parte del conocimiento de su pasado?

J. GARCÍA SIERRA

W. J. HARRINGTON

EL EVANGELIO SEGÚN SAN LUCAS

Ediciones Studium 1972.

Wilfrid J. Harrington ha compuesto un comentario al Evangelio de San Lucas al día y sin tecnicismos.

Es un instrumento indispensable para quien desee estudiar seriamente la Escritura.

El Padre Harrington ha centrado su atención en aquellas partes del Evangelio propias de Lucas, y que, de hecho, vienen a sumar casi la mitad del Evangelio. Sobre todo las narraciones de la infancia, para demostrar la profundidad Teológica.

El comentario siempre va precedido de una larga introducción, en la cual el autor pone de relieve los aspectos doctrinales más importantes del Evangelio.

El autor a pesar de todo aún reconoce estar en deuda con los especialistas del Nuevo Testamento al restringir las citas para no hacerse pesado.

J. GARCÍA SIERRA

ROGER HECKEL-ANDRE MANARANCHE

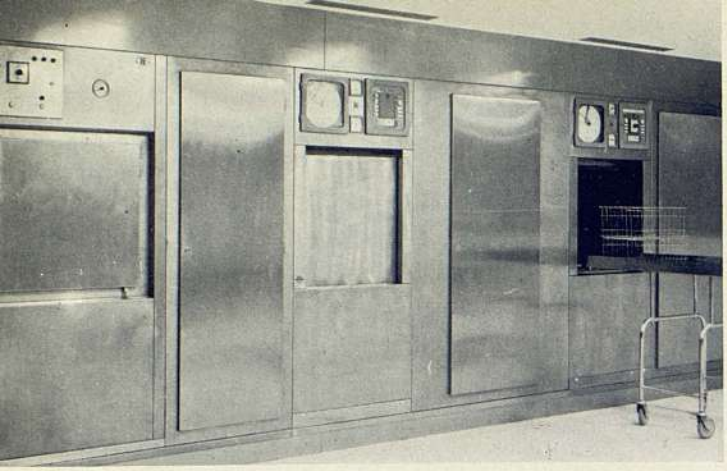
POLÍTICA Y FE

Ediciones Sígueme 1973.

Los autores plantean un problema siempre antiguo y siempre nuevo. Se trata de conciliar las inquietudes del hombre por su subsistencia en esta vida y su destino en la otra por medio del crecimiento del reino de Dios.

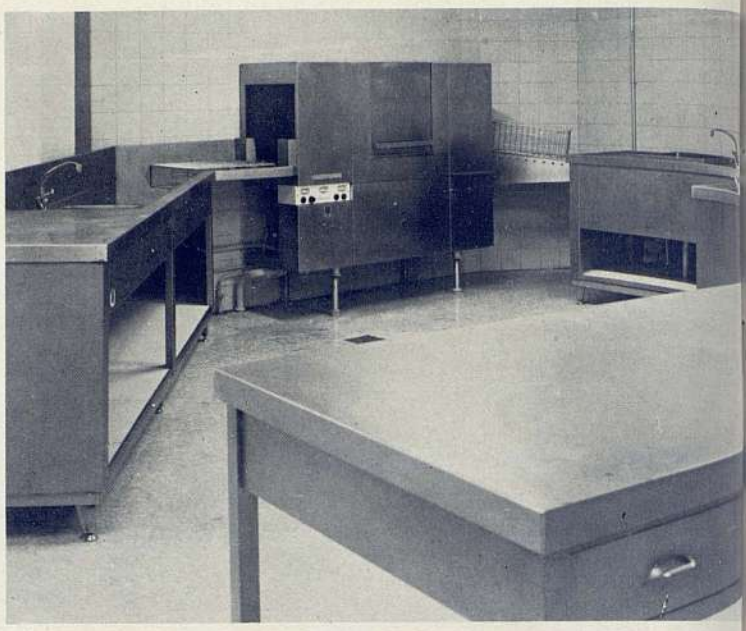
Según subrayan todos los autores, la Iglesia está especialmente obligada a mantener la unidad. Es decir, la comunidad cristiana no admite barreras de clase, raza, cultura y educación, sino que más bien pretende abarcar las tensiones y contradicciones de carácter político-social, cultural y sexual. Esta unidad plena se manifiesta y realiza fundamentalmente en la comunión eucarística.

SEVERO GAMA



Central de esterilización

Central de lavado



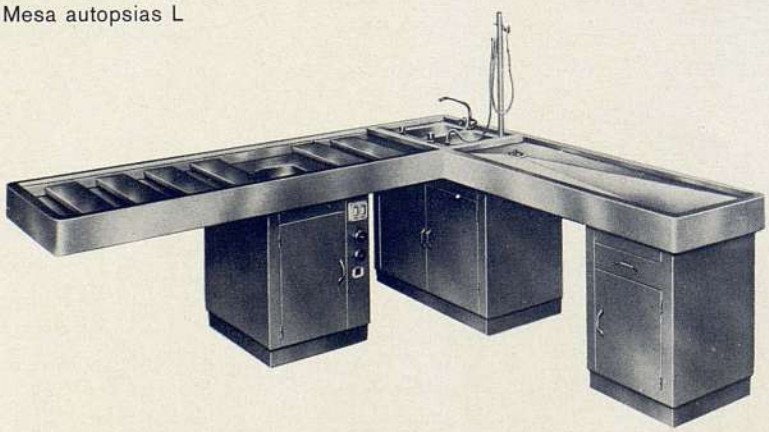
Instalaciones de:

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

Entrega de:

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

Mesa autopsias L



Lavador
de cuñas

PUBLICIDAD FLAQUE CAMPS

Antonio Matachana, s.a.

LABOR HOSPITALARIA

nos ha depositado su confianza

CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja Confederada

A SU SERVICIO EN:

CENTRAL:
Rivadeneyra, 6 / Plaza de Cataluña (Tel. 207.12.08)
Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundición, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31.
Aribau, 121 / Rosellón
P.º Maragall, 386-388 / Petrarca
Avda. Mistral, 36 / Rocafort
Aribau, 272-274 / Mariano Cubí
Plaza Comas, 11-12 (Las Corts)
Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)
Artesanía, 96 (Guineueta)
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)
Menorca, 35 (Verneda)
Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94
Sagrera, 174 / Portugal, 4
Jaime Huguet, 6 / Plaza Hermanos Serra, 1
Avda. Madrid, 90 / Juan de Sada
BADALONA:
Avda. Alfonso XIII / esq. c/. San Lucas
PREMIA DE MAR:
Avda. 27 de Enero, 132

¡Vale más quien sirve bien!

Publitel DEPART. PROPIO

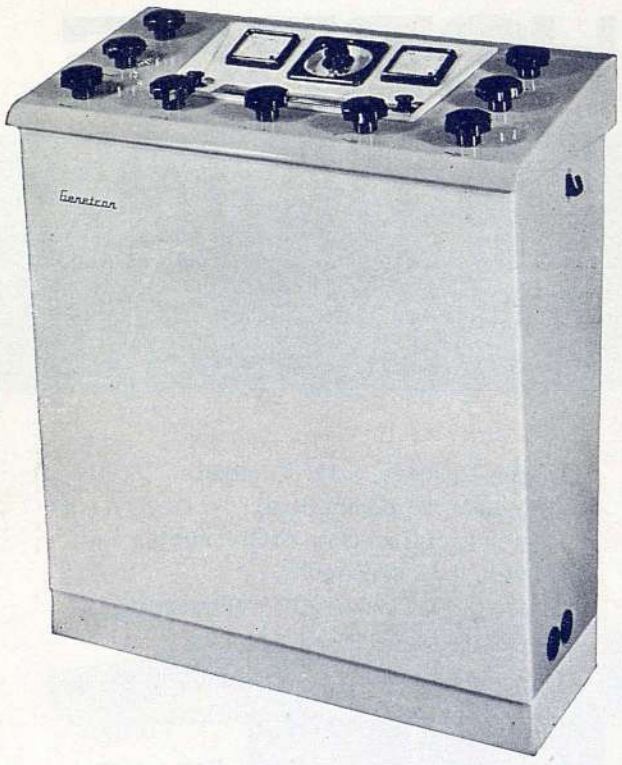
POR FIN...

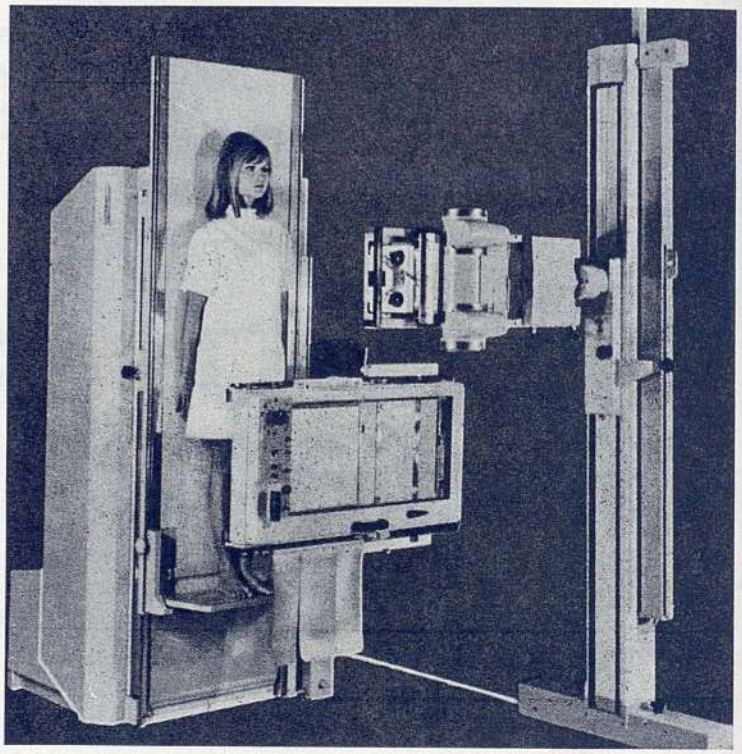
un conjunto nacional que satisface las exigencias de una clínica radiológica y fabricado por

GENERAL ELECTRICA ESPAÑOLA

Mesa
GENEMATIC

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





NUEVO GENERADOR DE RAYOS X

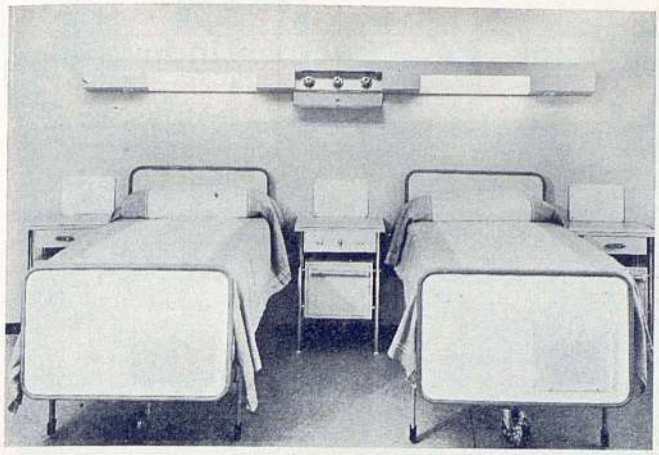
GENETRON
400 mA - 140 Kv

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

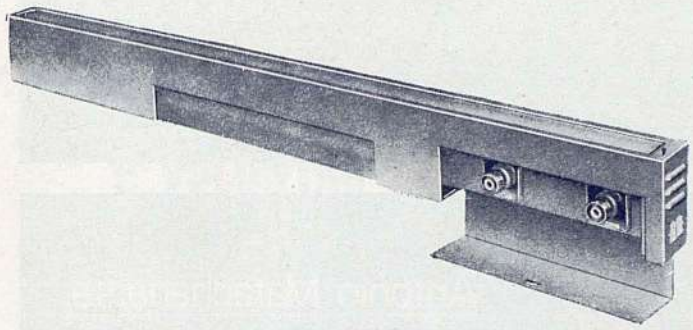
Onda plena rectificada por Kenotrones o rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43 BARCELONA-7	Plaza Federico Moyúa, 4 BILBAO-9	Alvarez Garaya, 1 GIJON	General Sanjurjo, 53 LA CORUÑA	Génova, 26 MADRID - 4
General Primo de Rivera, 6 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA	Cuarteles, 47 MALAGA	Apóstoles, 17 MURCIA	Castelar, 25 SEVILLA	
Eduardo Bosca, 20 VALENCIA	Plaza de Madrid, 3 VALLADOLID	Pº de la Independencia, 21 ZARAGOZA		

pantalla canal para hospitalización y laboratorios



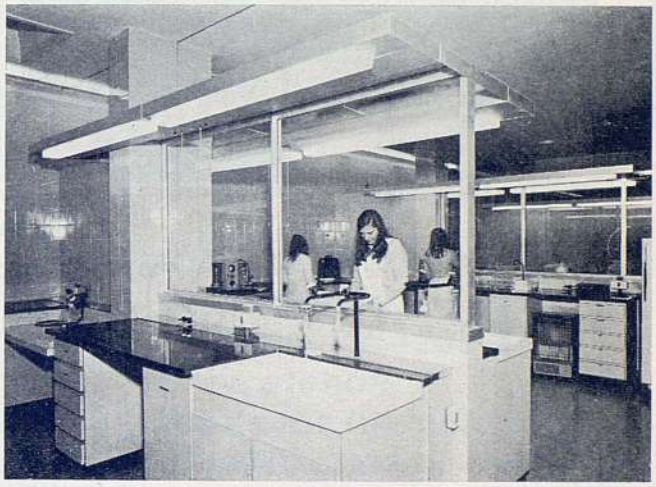
Tipo PHD 223



Tipo PH 112

CON INCORPORACION DE:

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



Tipo PL - 165

panhos

CREA PENSANDO
EN EL FACULTATIVO
Y EN EL ENFERMO

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

DIVISION MEDICA

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

PANTALLA CANAL panhos DEBIDAMENTE REGISTRADA Y AMPARADA POR PATENTE

FABRICADA Y DISTRIBUIDA POR panhos S/a

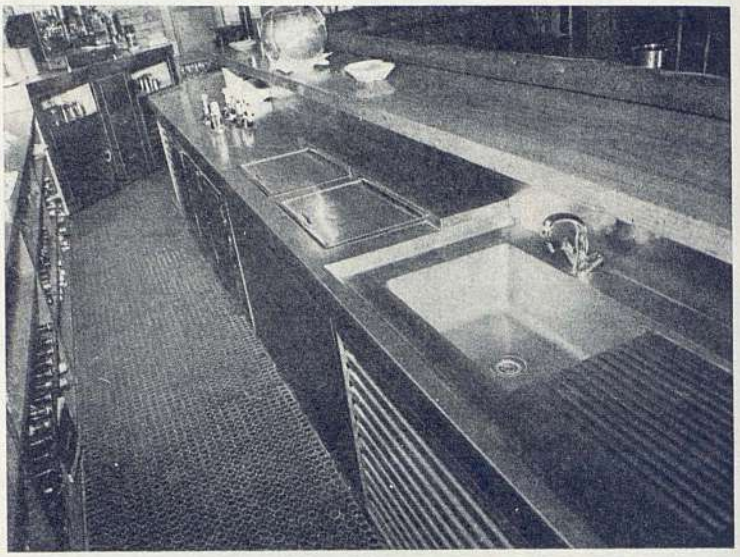
Jovellanos, 21
San Adrián de Besós (Barcelona)
Tels. 381 19 12 / 381 18 66

HOSTELERIA

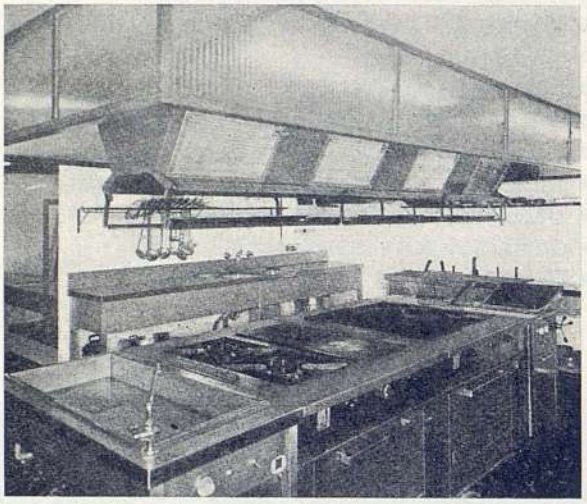
Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cafetería



Servicio cocinas



Antonio Matachana, s.a.

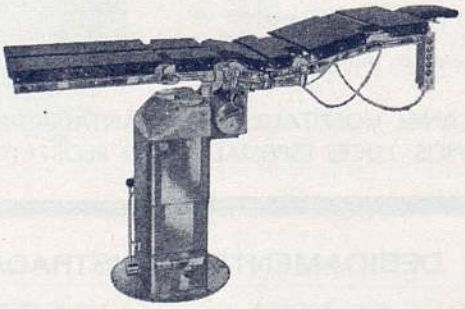
VIA AUGUSTA, 11 · TELEFONOS 2278949 · 2279935 - BARCELONA-6

MAQUET

agi imsa

RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas

Laboratorio

Instrumental quirúrgico

Mobiliario clínico

FUNDACION GARCIA MUÑOZ

LA ORGANIZACION COMERCIAL MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

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

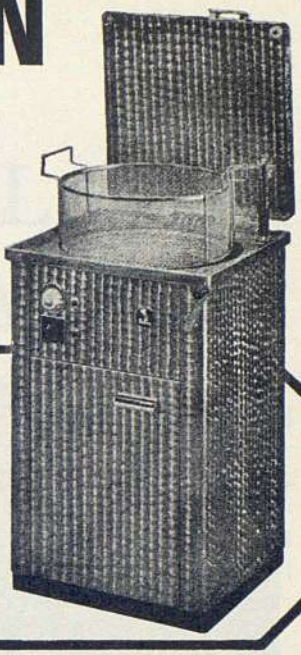
Aparatos médicos

Electromedicina

FRIA MAS Y MEJOR CON

Jemi

QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

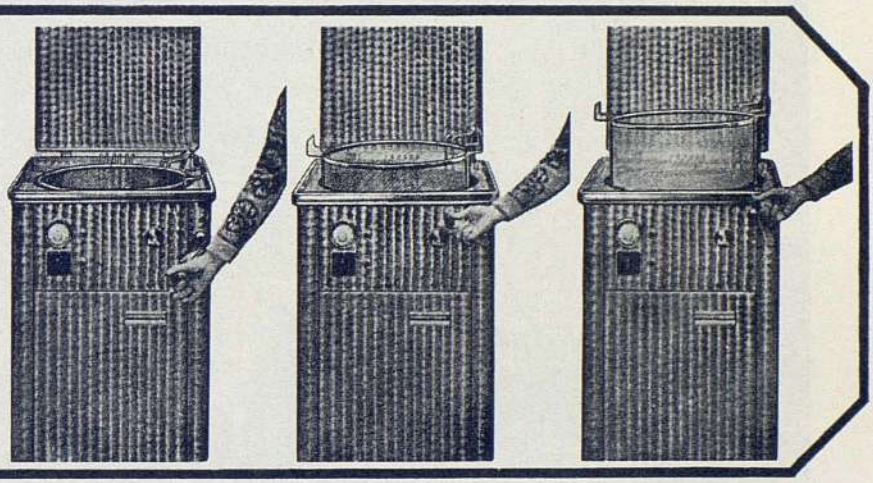


MODELO
GOLIAT
30 LTS.

STUDI

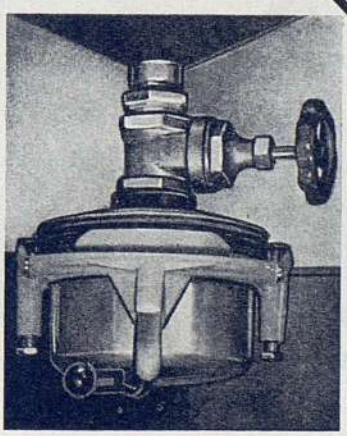
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

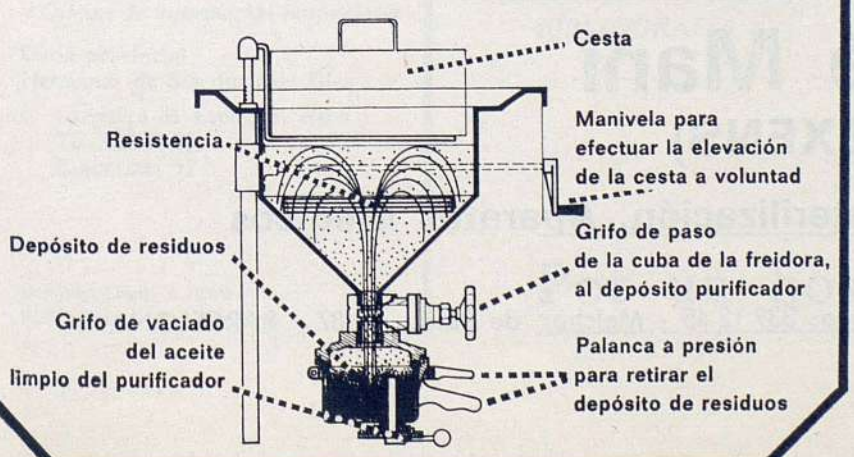
Ultimo invento que resuelve de forma total la elevación de espuma del aceite, por evaporación del agua que contienen los alimentos. Permite al mismo tiempo elevar la cesta totalmente al exterior de la freidora, logrando así el mínimo de espacio para escurrir el aceite.



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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





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

✻*La freidora de calidad internacional*

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

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado .....

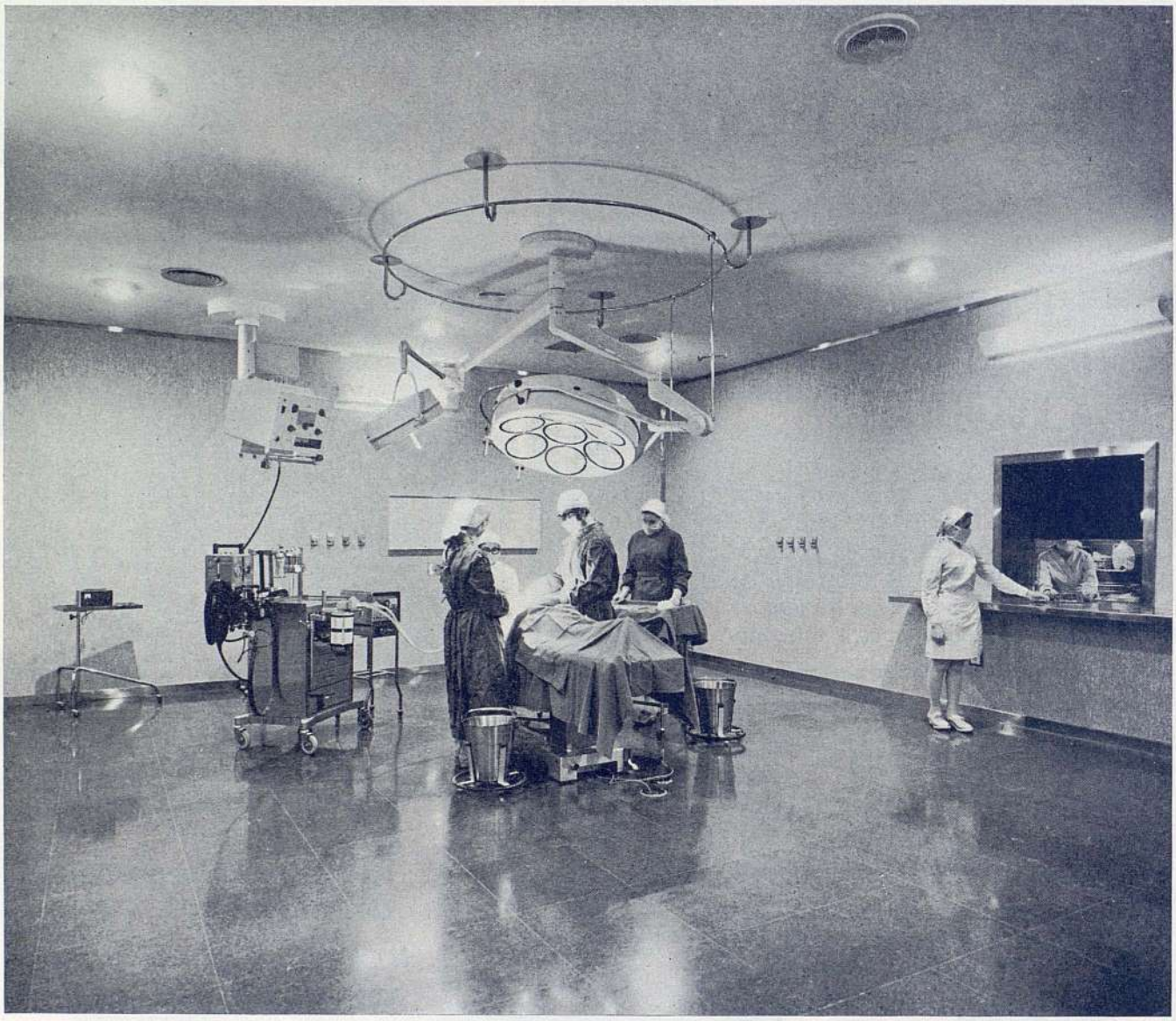
Don .....

Domicilio .....

Población .....

Provincia .....

MANI

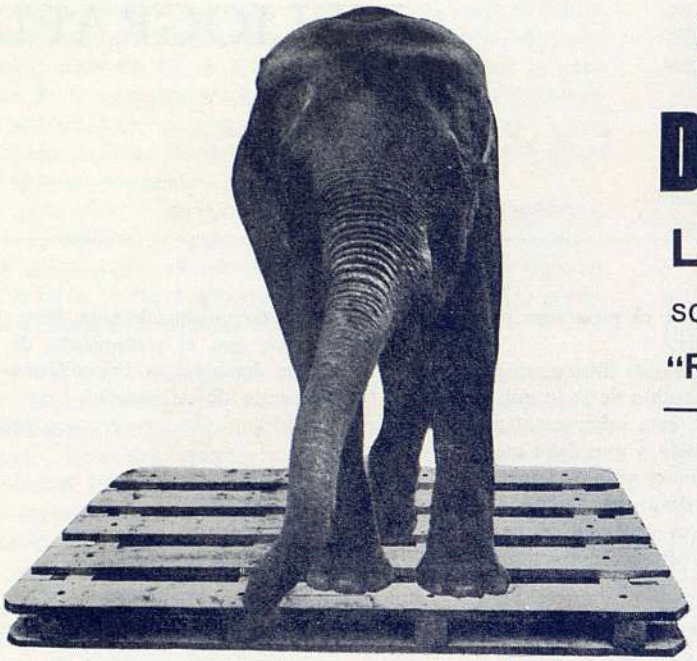


BLOQUE QUIRURGICO INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

Hijo de José Mani
(Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

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



SOLIDAS Y DURADERAS

Las "Palettes" TORRES

son fabricadas bajo

"Recommandation ISO"

más sólidas
(pino pirineo)
más duraderas
(ensamblaje con clavos de torsión)
más económicas
Medidas Standard y especiales

"palettes"® TORRES

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

Solicite información a:
JOSE TORRES GAMBON
maderas - carpintería - embalajes
Rubio y Ors, 13 al 25
Tel. 377 00 90
Cornellá (Barcelona)

José Cruset

San Juan de Dios

una aventura iluminada

Moderna biografía del Patrono de hospitales, enfermos y enfermeros de ambos sexos, de todo el mundo, galardonada con el Premio Aedos de biografía castellana, y vertida hoy a varios idiomas extranjeros. Joya de la literatura y de la historia, por su lirismo y por la crítica de los datos que utiliza en su redacción.

Precio del ejemplar: 300 pesetas

Pedidos: LABOR HOSPITALARIA
Curia provincial hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas, s/n. - Barcelona 17

FORET, S.A.
BARCELONA

les recuerda su especialidad

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

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

Símbolo de la calidad de nuestros equipos hospitalarios

GENERAL ELECTRICA ESPAÑOLA

Ofrece:

- Equipos Radiológicos para exámenes convencionales y de alta especialización.
- Equipos de Cobaltoterapia.
- Medicina nuclear.
- Ecoencefalografía.
- Sistemas de cuidados intensivos.
- Marcapasos.
- Anestesia y Oxigenoterapia.
- Cirugía.
- Esterilización.
- Amplia gama de accesorios.

Rambla de Cataluña, 43 - BARCELONA-7
Plaza Federico Moyúa, 4 - BILBAO-9
Alvarez Garaya, 1 - GIJON
General Sanjurjo, 53 - LA CORUÑA
Génova, 26 - MADRID-4
Cuarteles, 47 - MALAGA
Apóstoles, 17 - MURCIA
Castelar, 25 - SEVILLA
Gral. Primo de Rivera, 6 - LAS PALMAS
Eduardo Bosca, 20 - VALENCIA-11
Plaza de Madrid, 3 - VALLADOLID
P.º de la Independencia, 21 - ZARAGOZA

JUAN TRABAL S. en C.

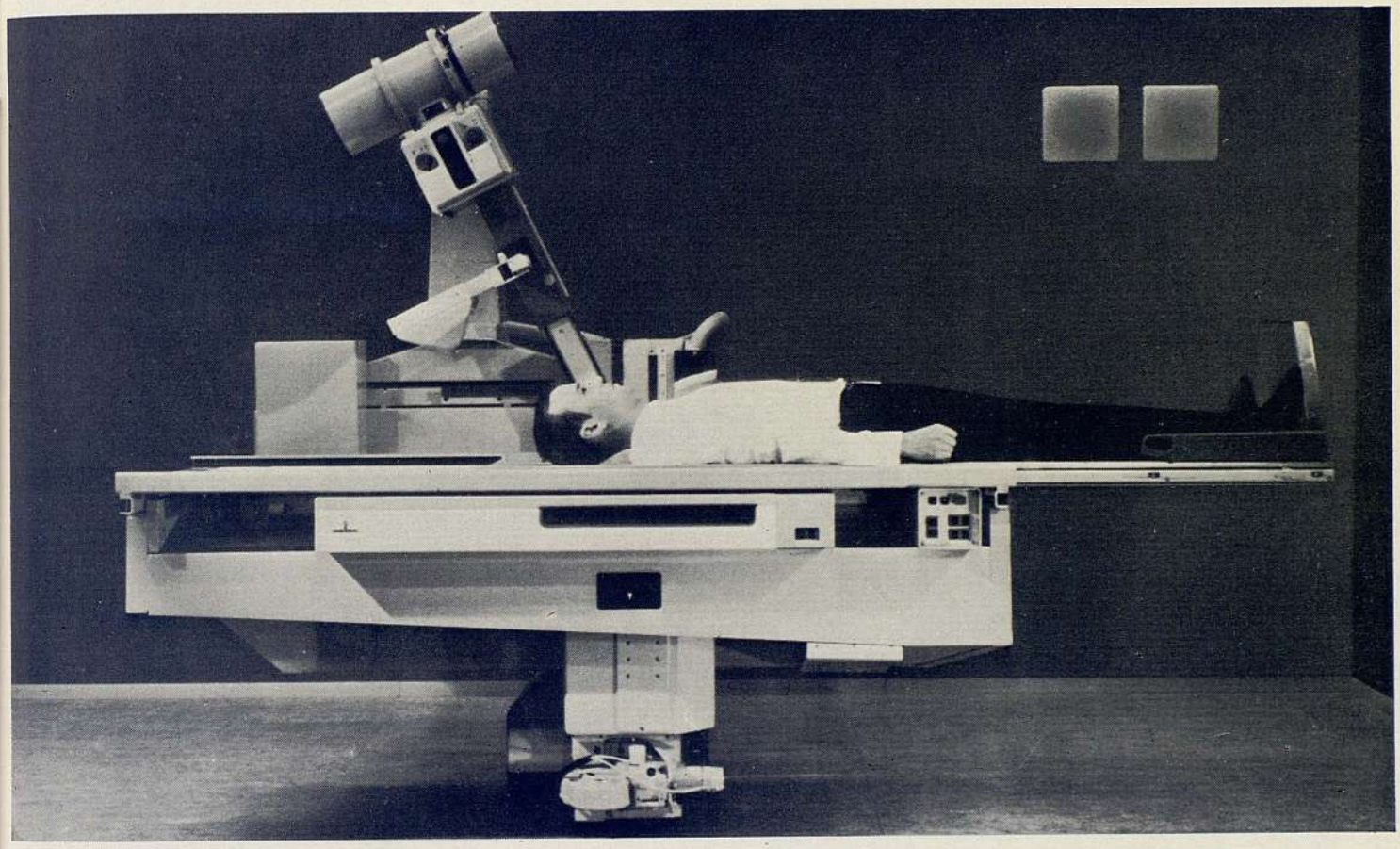
SUMINISTROS MENAJE COCINA Y SERVICIO MESA
PARA HOTELES, RESTAURANTES, HOSPITALES
CLÍNICAS, COLEGIOS Y COMUNIDADES

TALLERS, 45 frente Jovellanos **(CASA SOCIATS)** TEL. 222 47 65

Plaza Palacio, 4 Teléfono 219 92 41 Barcelona 3

SIEMENS

Con telemando



Con telemando –
que no es nada extraordinario en la era de la técnica moderna.
Pero sí es extraordinario el equipo de exploración radiológica SIREGRAPH con telemando, por sus múltiples aplicaciones y con ello también por su elevado grado de utilización.
Una de sus muchas ventajas:
El seguimiento automático del intensificador en caso de radiación oblicua, con lo cual se evita el desplazamiento del objeto en la pantalla.

Equipo de exploración radiológica con telemando, para exigencias máximas

SIREGRAPH

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

PERADEJORDI, S. A.

EMPRESA CONSTRUCTORA

NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - BARCELONA

FUNDADA EN 1946

OBRAS PÚBLICAS, INDUSTRIALES Y URBANAS

Caspe, 26, 3.º, Dpcho. 33 **Teléfono 2223096** **Barcelona 10**