

LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACION
Y PASTORAL SANITARIAS

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 38. Segunda época. Julio-Agosto-Septiembre 1986
Número 201. Volumen XVIII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Miguel Martín

Redactores

Cecilio Eseverri
Mariano Galve
Joaquín Plaza
José Sarrió

Secretario y Administración

José L. García Imas

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Juan Luis Alabern
Felipe Aláez
Miguel A. Asenjo
Jordi Carulla
Llibori Casadella
Rudesindo Delgado
Pilar Malla
María Dolores Muntané
Amado Palou
Francisco Sola
José M.ª Sostres
María Dolores Vázquez

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio de Sa-
nidad como Soporte Válido. Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8262

Depósito Legal: B. 2998-61

EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

LH OPINA

- 138 «LA VIDA SIGUE IGUAL...»

ORGANIZACIÓN SANITARIA

- 140 «DECLARACIÓN DE BARCELONA»
148 IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN DEL MANDO INTERMEDIO
DEL HOSPITAL, COMO ADMINISTRADOR
DE RECURSOS HUMANOS
Por Julia de Diago

POR UN HOSPITAL MÁS HUMANO

- 150 EL CARDENAL TARANCÓN
HABLA PARA *LABOR HOSPITALARIA*

PASTORAL SANITARIA

- 160 ACUERDO SOBRE ASISTENCIA RELIGIOSA CATÓLICA
EN CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS

BIOÉTICA

- 167 PRESENTE Y FUTURO DE LA BIOÉTICA
Por Dr. Javier Gafo

- 174 INFORMACIONES

«LA VIDA SIGUE IGUAL...»

«Las instituciones permanecen, las personas pasan.
Pero las instituciones permanecen porque existen personas dedicadas a ellas».

Con esta sugerente reflexión cerraba el anterior editorial el hermano Pascual Piles. Reflexión sobre la contingencia de los personalismos frente a lo nuclear de la misión; reflexión sobre esta carrera de relevos que es la vida donde lo importante es la agilidad en recibir y entregar el testigo con el que se corre.

«Las cosas quedan, la gente se va; otros que vienen las continuarán...
La vida sigue igual», decía una canción que acaparó, no hace mucho, los primeros puestos en el *hit parade* nacional.

Me siento gozoso al haber recibido el testigo de LABOR HOSPITALARIA. Un testigo que mis predecesores tiznaron de trabajo, abnegación y entrega. Trabajo, abnegación y entrega que confluyeron en un servicio cualificado a la Iglesia desde el mundo de la salud. Un servicio madurado a lo largo de treinta y ocho años —desde 1948—, cuando hablar de organización y pastoral sanitaria no era sino el «sueño de una noche de verano». Constancia vivida en fidelidad, fidelidad constante, amasada con la levadura de una inmensa ilusión, han hecho posible transformar el sueño en realidad.

He tenido el honor de inaugurar mi dirección cuando la *revista* llegaba a su número 200. En realidad es un mérito de Ángel Ramírez y José Luis Redrado que fueron quienes dieron vida a los ciento noventa y nueve números anteriores. Vaya para ellos este homenaje: a título póstumo para Ángel; como resorte de ilusión para José Luis, ahora enfrascado de lleno, como es su estilo, en la tarea a él encomendada por Juan Pablo II.

Homenaje, y muy especial, para vosotros, lectores amigos. Vuestra confianza ha secundado nuestro esfuerzo; vuestra ilusión, nuestra esperanza.

Un mensaje carece de sentido si no existen interlocutores dispuestos a recibirlo. LABOR HOSPITALARIA lo ha tenido en vosotros y se esforzará para seguir mereciéndolo.

Pero ya vale de homenajes. El trabajo nos espera. Quienes vivimos comprometidos con el mundo del dolor, de la debilidad, del sufrimiento, no solemos padecer, normalmente, excesivos síndromes narcisistas. Las heridas, los miedos, las angustias de los hermanos caídos a la orilla del camino nos obligan, a veces con crudeza, a aterrizar en el principio de la realidad.

LABOR HOSPITALARIA no se va a dormir en los laureles. La experiencia acumulada tras doscientas apariciones en público, va a ser el soporte de un mejor servicio, de una presencia más cualificada; de la serenidad ganada con los años que nos va a lanzar, desde la madurez, al riesgo, al compromiso, a la creatividad.

Para ello dedicaremos lo mejor de nosotros mismos quienes estamos al frente de ella. Elaboraremos objetivos operativos, concretos y evaluables que nos acerquen cada vez más a la utopía del mejor servicio; planificaremos a largo, medio y corto plazo nuestro trabajo; afinaremos constantemente nuestra sensibilidad para vibrar siempre con el diapasón del cambiante mundo de la salud; viviremos sanamente obsesionados por la creatividad... Y todo ello, reflexionado, amado, gozado y sufrido en equipo.

Equipo del que formáis parte importante vosotros: vuestro cariño, ilusión y crítica nos son necesarios, imprescindibles.

Con este espíritu he tomado el testigo del relevo. Correré con todas mis fuerzas. Sé que vosotros correréis conmigo.

Que cuando llegue el momento del relevo, que indudablemente llegará —«Las instituciones permanecen, las personas pasan»—, podamos dejar a nuestros sucesores —«otros que vienen las continuarán»— una obra tan digna, al menos, como la que nosotros hemos recibido.

Que quien escriba el editorial de aquel momento pueda seguir afirmando lo mismo que hacía el hermano Pascual Piles en el número anterior:

«LABOR HOSPITALARIA permanece y la consideramos fértil porque el grupo que se dedica a ella lo hace con altura, pero sobre todo con ilusión».

MIGUEL MARTÍN RODRIGO

Director



DECLARACIÓN DE BARCELONA SOBRE LA POBLACIÓN Y EL FUTURO URBANO, 1986

22 de mayo de 1986

El pasado día 22 de mayo fue clausurada en Barcelona por el Secretario General de la ONU, Javier Pérez de Cuéllar, esta Conferencia Internacional como un hito más en la preocupación de la sociedad en torno a los movimientos de población y las condiciones de vida que las mismas plantean. Es por esto último que nos ha parecido interesante recoger en nuestras páginas la llamada «Declaración de Barcelona», ya que la salud del hombre va estrechamente unida a las condiciones ecológicas de su hábitat. Nos permitimos remarcar en el mismo texto aquellos aspectos más relacionados con la atención o prevención en el campo de la salud.

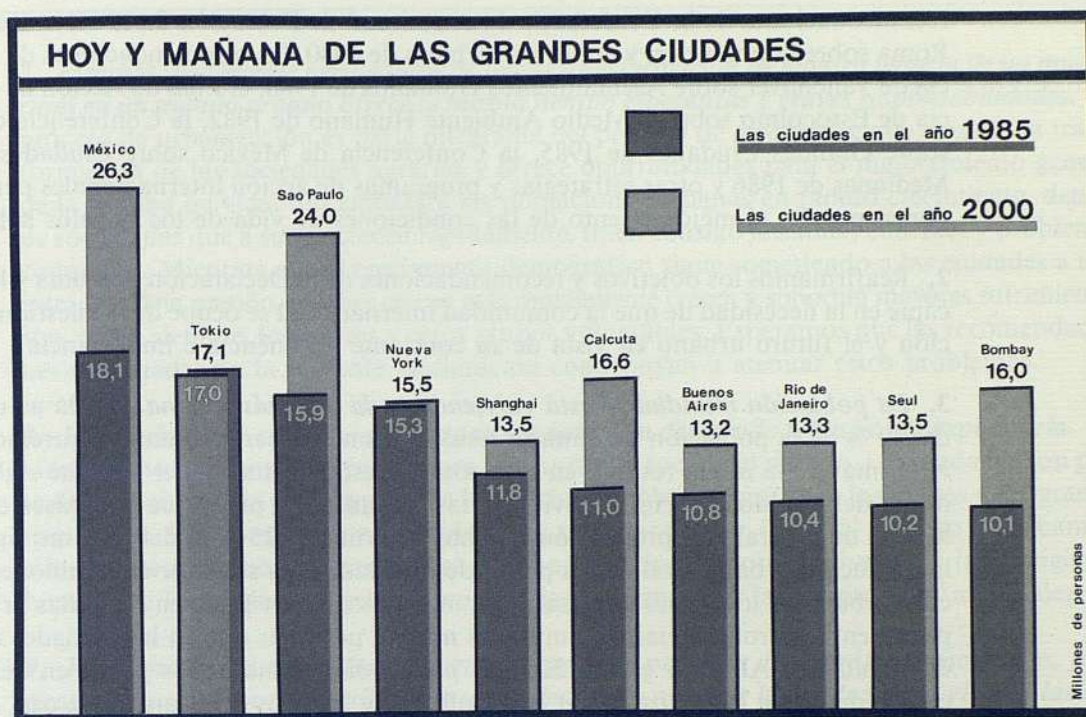
En efecto, dos puntos destacan en la declaración.

Por una parte el crecimiento inexorable de la población urbana en relación a la rural. En la actualidad el 40 % de la población vive en las urbes mientras que a principios del siglo XXI se prevé que esta población supere el 50 %.

Pero además se hace patente la tendencia al hacinamiento en grandes urbes con la previsión de que el 20 % de la población se concentra en 78 ciudades de 4 millones o más de habitantes. Para el año 2000 es previsible la existencia de seis ciudades que superen los 15 millones de habitantes, de las cuales 4 estarán en países en desarrollo y dos en países desarrollados (véase gráficas). Las condiciones de infraestructura y hábitat de estas poblaciones y en especial las de rápido crecimiento en países en desarrollo hacen prever múltiples problemas relacionados con la salud, la atención a los mismos y la prevención que sería deseable.

El segundo punto a destacar en esta Declaración de Barcelona es el previsible envejecimiento de las poblaciones, de una manera especialmente patente en las poblaciones de países desarrollados en las que el descenso acusadísimo de las tasas de natalidad y la mayor expectativa de vida hacen previsible una masa de población cada vez más envejecida en la que cada vez un menor número de personas en edades productivas habrán de soportar los crecientes costos de la seguridad social de un mayor número de personas de la tercera edad.

Pero además los avances tecnológicos con la conveniencia inmediata de la menor necesidad de la mano del hombre para el funcionamiento de las industrias, hacen prever un alargamiento



del tiempo del ocio. Problemas psíquicos de adaptación al adecuado uso del mismo resultan desde nuestro punto de vista altamente interesantes.

Todo ello con el aditamento paralelo que conlleva un desmedido y desequilibrado crecimiento poblacional urbano como la delincuencia, inseguridad ciudadana, drogadicción, etc., hacen patente la necesidad de tales planteamientos y la reflexión sobre los medios requeridos para la prevención de los desajustes y la preparación para la adecuada atención sanitaria en las nuevas situaciones.

Preámbulo

Nosotros, los participantes en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Futuro Urbano.

- Habiéndonos reunido en Barcelona del 19 al 22 de mayo de 1986, por invitación del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), en cooperación con el Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (HABITAT) y con la Unión Internacional de Autoridades Locales.
- Agradecidos por la cálida y generosa hospitalidad de la Ciudad y de la Corporación metropolitana de Barcelona, la Generalitat de Cataluña y el Gobierno de España.
- Habiendo considerado las condiciones actuales y las tendencias futuras del crecimiento demográfico, así como los problemas relacionados con el rápido crecimiento de la población urbana en diversas partes del mundo, hacemos la siguiente Declaración:

1. Estamos firmemente convencidos de que los objetivos y medidas formuladas en esta Conferencia y enunciados en la presente Declaración al adelantar el proceso de consideración de las cuestiones relativas a la población y al futuro urbano, habida cuenta de la evolución más reciente, contribuirán al logro de los objetivos del Plan de Acción Mundial sobre Población de 1974 y de la Declaración de México sobre Población y Desarrollo, así como de las

recomendaciones de la Conferencia Internacional de Población de 1984, la Declaración de Roma sobre la población y el Futuro Urbano de 1980, las recomendaciones de la Conferencia de Vancouver sobre Asentamientos Humanos de 1986, el Plan de Acción de la Conferencia de Estocolmo sobre el Medio Ambiente Humano de 1982, la Conferencia de Barcelona sobre Grandes Ciudades de 1985, la Conferencia de México sobre Ciudades Pequeñas y Medianas de 1986 y otras estrategias y programas de acción internacionales pertinentes que tienen por fin el mejoramiento de las condiciones de vida de los pueblos del mundo.

2. Reafirmamos los objetivos y recomendaciones de la Declaración de Roma y hacemos hincapié en la necesidad de que la comunidad internacional se ocupe de la cuestión de la población y el futuro urbano en vista de su constante pertinencia e importancia.

3. *La población mundial se está volviendo cada vez más urbana.* En la actualidad, más del 40 % de la población del mundo reside en zonas urbanas. Cuando entremos en el siglo XXI, más de la mitad residirá en esas zonas. Desde mediados del presente siglo, más de la mitad del mundo desarrollado vive en las ciudades. Se prevé que los países en desarrollo habrán de superar esta proporción durante los primeros 25 años del próximo siglo. En 1970, la población urbana total de los países desarrollados era superior en 3 millones a la población urbana de los países en desarrollo, mientras que, en 1985, en las zonas urbanas de los países en desarrollo vivían 300 millones más de personas que en las ciudades de los países desarrollados. Al llegar el año 2000, la población urbana de los países en desarrollo será casi el doble de la de los países desarrollados y 25 años más tarde será casi cuatro veces mayor. Durante los próximos 50 años, el carácter predominantemente rural de los países en desarrollo habrá desaparecido para siempre y esto tendrá consecuencias importantes para sus políticas de desarrollo, en general, y para sus políticas demográficas, en particular.

4. *Un aspecto importante de este aumento de la población urbana es la proporción creciente de la población que residirá en las ciudades más grandes.* La parte de la población total residente en las ciudades aumentará casi el doble entre 1970 y 2025, sobre todo como resultado del crecimiento de las ciudades muy grandes en los países en desarrollo. De otra parte, en los países desarrollados, se advierte una tendencia a la desconcentración. Al llegar el año 2000 habrá seis ciudades gigantes de 15 millones o más de habitantes, cuatro de ellas en países en desarrollo. Al iniciarse el nuevo siglo, 16 de las 20 ciudades más grandes del mundo estarán situadas en esos países. En las regiones en desarrollo, el crecimiento de la población urbana continuará a una tasa muy elevada hasta entrado el próximo siglo.

5. *En muchos países en desarrollo, el aumento de la población urbana seguirá acompañado por incrementos en las dimensiones absolutas de la población rural.* A pesar de la migración a las ciudades, la población rural de los países en desarrollo continuará aumentando. Creemos que la dinámica de la población urbana no puede considerarse aislándola de lo que sucede en las zonas rurales. El aumento de la población rural en los países en desarrollo hará difícil reducir la corriente de migrantes a las ciudades. El constante aumento en el crecimiento de la población rural durante el resto del presente siglo en los países en desarrollo contribuirá asimismo al crecimiento de la población urbana, que en esos países es ahora tres veces mayor al crecimiento registrado en los países desarrollados.

6. *El mundo no ha asistido nunca a un crecimiento urbano tan rápido. Este hecho plantea a las ciudades, sobre todo en los países en desarrollo, problemas nuevos en la experiencia humana, así como problemas tradicionales —infraestructura urbana, alimentación, vivienda, empleo, salud, educación— en formas nuevas y acentuadas.* Muchos países en desarrollo tendrán que elaborar planes para ciudades de dimensiones que no se han concebido nunca en los países ahora desarrollados. El elevado crecimiento demográfico de los países en desarrollo, cualesquiera sean los demás factores que participen en el proceso, resulta inseparable de éste fenómeno. Cuando la población se estabilice a fines del próximo siglo, las poblaciones rurales se habrán convertido en una minoría muy reducida.

7. *Estamos firmemente persuadidos de que la transformación de nuestro planeta de un mundo rural en un mundo urbano ofrece al mismo tiempo esperanzas y graves responsabilidades.* El proceso de urbanización es parte integrante del proceso de desarrollo, que entraña la transformación de las sociedades agrarias y ofrece oportunidades para el mejoramiento general de la calidad de vida. Sin embargo, las poblaciones urbanas en rápido crecimiento, dentro de sociedades que a su vez crecen rápidamente, traen consigo tensiones enormes y problemas complejos. Mientras que el crecimiento demográfico sigue sometiendo a las ciudades a una extraordinaria presión, quienes crecen más rápidamente crecen y soportan mayores sufrimientos, como siempre, los pobres y otros grupos vulnerables. Esperamos que las recomendaciones enunciadas en la presente Declaración contribuyan a atenuar estos problemas.

8. *La aparición de ciudades gigantes en los países en desarrollo rebasa toda experiencia.* La vida urbana se ha vuelto esencial para la naturaleza social del mundo. Las ciudades son parte de los países y las políticas que se les destinan deben integrarse en los planes y programas nacionales. Por consiguiente, consideramos que, para hacer frente al proceso de urbanización en los próximos decenios, será preciso recurrir a todos los niveles de la inteligencia humana, a los adelantos tecnológicos y a la cooperación y la comprensión mundiales.

9. *Reafirmamos la necesidad de formular amplias políticas demográficas nacionales, políticas para un desarrollo equilibrado y políticas para mejorar la calidad de la vida en las ciudades,* en tanto que elementos indispensables de cualquier estrategia que permita enfrentarse a los complejos problemas asociados con el rápido crecimiento de la población urbana.

10. El crecimiento económico es un elemento indispensable en toda solución de los problemas urbanos. Al mismo tiempo, es preciso tratar de lograr la equidad social a fin de brindar iguales oportunidades a todos: Debe asignarse la máxima importancia a los gobiernos locales para que emprendan el desarrollo económico de las ciudades y de las zonas metropolitanas mediante acciones concertadas de los organismos públicos y privados. Debe ponerse de relieve el papel que incumbe a los gobiernos de las ciudades en la difusión de nuevas tecnologías a fin de estimular las actividades económicas y la comunicación entre los ciudadanos. En este contexto, las autoridades locales representativas deben adoptar medidas apropiadas para la gestión de sus propios problemas contando con la participación de los habitantes.

11. Reconocemos la necesidad de desarrollar las ciudades medianas y pequeñas teniendo presente la libertad de las personas para establecer sus lugares de residencia.

12. Instamos a la comunidad internacional a que preste apoyo a los países en desarrollo con mayor asistencia técnica, con miras a alcanzar el objetivo de la autonomía nacional en la formulación, el desarrollo y la aplicación efectiva de las políticas urbanas, de conformidad con las metas y necesidades nacionales. Alentamos el proceso de desarme, mediante el cual se liberarían recursos que quedarían disponibles para estos fines de desarrollo.

13. Debe asignarse mayor importancia a las cuestiones relativas a la población y el futuro urbano, teniendo presente que el futuro del mundo y de sus pueblos quedará conformado en buena parte por las políticas y medidas que adoptemos ahora en Barcelona.

Recomendaciones

14. La dinámica de la población urbana se halla íntimamente vinculada a muchos factores sociales, económicos y políticos. Teniendo esto presente, adoptamos las recomendaciones siguientes para su aplicación apropiada a nivel de la ciudad, a nivel nacional y a nivel inter-

nacional. Creemos que los factores de la población urbana están influidos por una serie de variables y, a su vez, tienen amplios efectos sobre la estructura social, económica y política de las ciudades y los países.

A) Formulación de políticas y planificación

1. A NIVEL DE LA CIUDAD

- a) Cada ciudad debe establecer un Grupo de trabajo para el año 2000 que cuente con el apoyo de grupos técnicos apropiados, a fin de preparar objetivos estratégicos y programas innovadores en relación con los problemas presentes y futuros y con las perspectivas de la ciudad. En este contexto, la propuesta de una *Encuesta Urbana* preparada por el Grupo Español se considera positiva, y se pide a todas las grandes ciudades que cooperen en su realización.
- b) La planificación urbana debe integrar la planificación física con el desarrollo social y económico mediante una coordinación más intensa entre los diversos órganos responsables. En este contexto, importa velar para que no se creen grandes mecanismos burocráticos.
- c) El marco institucional existente a nivel de la ciudad debe adaptarse a las nuevas realidades urbanas para lograr una planificación general efectiva y un uso más racional de los escasos recursos disponibles.
- d) Deben hacerse esfuerzos por alentar la descentralización de la adopción de decisiones en las zonas metropolitanas a fin de conseguir una mejor representación de los diversos grupos y de las organizaciones de la comunidad.
- e) También deben hacerse esfuerzos por establecer asociaciones entre las iniciativas públicas y las privadas con el objeto de ofrecer mejores instalaciones y servicios a los habitantes de las ciudades.
- f) Los gobiernos deben identificar los intereses a largo plazo que son comunes a las zonas rurales y a las urbanas, y usarlos para crear alianzas y promover el desarrollo general. La esfera de la mortalidad y la fecundidad y el mejoramiento de los servicios de salud constituyen sectores apropiados para esta clase de acción.

2. A NIVEL NACIONAL

- a) Las políticas demográficas, inclusive las políticas urbanas, deben integrarse en las políticas generales de desarrollo socioeconómico, teniendo en cuenta que durante los próximos años la mayoría de la población nacional residirá en zonas urbanas.
- b) Debe alentarse la descentralización del proceso de adopción de decisiones por el gobierno central en favor de los gobiernos locales y regionales, de modo que sea posible hacer frente apropiadamente a los programas urbanos. Es preciso dar a los gobiernos locales medios adecuados para que asuman esa responsabilidad.
- c) Debe otorgarse a los alcaldes y a los administradores de ciudades una voz más efectiva en los niveles nacionales de adopción de decisiones, adoptando para ello medidas institucionales y de otra índole.

d) Debe alentarse la difusión de la información relativa a las innovaciones urbanas que han contribuido al mejor funcionamiento y a la revitalización de las ciudades.

e) Todos los organismos de los gobiernos nacionales encargados de los asuntos urbanos deben coordinar sus actividades a fin de mejorar el bienestar de las poblaciones urbanas.

f) Deben aplicarse políticas apropiadas para reducir las tasas elevadas de crecimiento de la población a nivel nacional así como a nivel urbano.

3. A NIVEL INTERNACIONAL

a) El Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en materia de Población (FNUAP) y las demás organizaciones internacionales interesadas deben proseguir y fortalecer sus actividades a fin de promover soluciones a los problemas de la población urbana y revisar sus programas actuales para tener presente las realidades de la población urbana. En este contexto, es deseable establecer dentro del marco del FNUAP un Fondo Fiduciario para cuestiones de la población urbana, que puede desempeñar un papel de catalizador centrando los esfuerzos en la dinámica de la población urbana y sus problemas conexos. El FNUAP debe coordinar también el intercambio de información entre los grupos de trabajo de las ciudades.

b) Debe alentarse la representación y participación efectivas de las ciudades en las reuniones internacionales.

B) Servicios

1. A NIVEL DE LA CIUDAD

a) *Las administraciones urbanas deben insistir en el uso de las tecnologías apropiadas. Las ciudades deben fomentar los vínculos entre sus hombres de ciencia, académicos, universidades e instituciones de investigación, tanto públicas como privadas, con objeto de elaborar tecnologías que contribuyan a reducir el costo y a aumentar la eficiencia de la vivienda, los sistemas de transporte y comunicaciones y las instalaciones de salud y salubridad.*

b) *Las administraciones de las ciudades deben también interesarse directamente en los programas nacionales de planificación de la familia así como en los programas encaminados a reducir la mortalidad en la infancia y en la niñez.*

c) *Las administraciones urbanas deben proporcionar mayores servicios de recreo para el desarrollo de una sociedad sana y adoptar iniciativas a fin de contar con instalaciones de promoción de las actividades culturales y deportivas.*

d) *Las ciudades, en colaboración con las zonas rurales, deben elaborar programas que permitan a los migrantes introducir nuevas ideas y perspectivas en las zonas rurales, en particular para promover la planificación de la familia, las prácticas de salud y otros programas de desarrollo social. Las ciudades deben fomentar asimismo programas de voluntarios a fin de ayudar a los migrantes que han tenido éxito a que regresen durante cierto tiempo a sus lugares de origen para colaborar en proyectos de desarrollo en los cuales su capacidad resulte especialmente útil.*

e) *Debe promoverse el hermanamiento de grandes ciudades entre sí, así como otros asentamientos urbanos del país, a fin de intercambiar la experiencia adquirida en los programas de salud, planificación de la familia y otros servicios.*

- f) Las administraciones de las ciudades y los gobiernos nacionales deben tener presentes los cambios ocurridos en la estructura de la población con objeto de preparar programas y servicios adecuados que permitan satisfacer las necesidades y exigencias de los jóvenes y de los ancianos así como de aprovechar sus contribuciones.

2. A NIVEL NACIONAL

- a) *Los gobiernos deben prestar especial atención a los programas de planificación de la familia destinados a los posibles migrantes de las zonas urbanas a las ciudades.*
- b) *Las políticas y programas de población encaminados a influir en el crecimiento natural y en la distribución de la población deben basarse en el respeto de los derechos humanos y en los objetivos del bienestar de la familia, de conformidad con las directrices del Plan de Acción Mundial sobre Población y con otras resoluciones y decisiones pertinentes de las Naciones Unidas.*
- c) *Deben hacerse esfuerzos por prestar servicios para la integración del sector oficioso surgido del crecimiento de los grupos marginales.*

3. A NIVEL INTERNACIONAL

- a) *Las organizaciones internacionales interesadas, en particular el FNUAP, el UNICEF y la OMS, deben poner mayor énfasis en los programas encaminados a reducir la fecundidad así como la mortalidad en la infancia y en la niñez, y prestar la asistencia necesaria a las ciudades y países que la requieran.*

C) Reunión de datos, investigación y formación

1. A NIVEL DE LA CIUDAD

- a) Debe alentarse a las ciudades para que establezcan las estructuras necesarias, en términos de instituciones y de personal, para la reunión de datos, teniendo presente que las zonas urbanas no constituyen entidades homogéneas. La reunión de datos debe organizarse de manera tal que resulte posible tratar de manera efectiva las preocupaciones e intereses de los diferentes subgrupos de la población urbana.
- b) Al reunir los datos y promover la investigación, las ciudades deben asignar la debida importancia a la necesidad de los «datos de relación». Esto es indispensable para conocer la forma en que la dinámica demográfica, social y económica de las ciudades se relaciona con el *interland* rural y con la red de zonas urbanas pequeñas y medianas.
- c) Las ciudades son las que mejor pueden definir las esferas de investigación y de reunión de datos que permitirán la formulación de una política urbana eficaz.

2. A NIVEL NACIONAL

- a) Los gobiernos nacionales deben asegurarse de que se reúnan los datos y estadísticas necesarios y se emprendan las actividades de investigación para tratar los problemas urbanos.

b) Debe darse prioridad a la reunión de datos sobre todos los aspectos de la población urbana, a saber, la fecundidad, la mortalidad, la migración, la educación, la vivienda, etc.

c) Los gobiernos deben insistir especialmente en los estudios relativos a las relaciones existentes entre las políticas socioeconómicas y la dinámica urbana.

d) Los organismos de reunión de datos a todo nivel deben evaluar periódicamente sus actividades en el contexto de las políticas nacionales. Se les debe alentar a que establezcan prioridades y elaboren métodos que aseguren una alta calidad y la eficacia con respecto al costo.

3. A NIVEL INTERNACIONAL

a) El FNUAP, junto con las demás organizaciones internacionales interesadas, debe promover la reunión y publicación de datos comparativos sobre las tendencias y estructuras de la población urbana y los problemas relacionados con la dinámica de la población. Deben hacerse especiales esfuerzos por asegurar la actualidad, la disponibilidad y la utilización de esas informaciones.

b) El FNUAP debe emprender y apoyar cursos prácticos, seminarios y otros programas de formación encaminados a aumentar los conocimientos técnicos y la capacidad que sean de utilidad en la solución de los problemas urbanos.

c) Debe prepararse un inventario de los programas de formación en curso, insistiéndose en la dinámica de la población urbana con miras a preparar una serie de programas experimentales de formación.

d) Debe fortalecer el papel de las organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la población y el futuro urbano. El FNUAP y otras organizaciones interesadas deben proporcionarles la asistencia que requieren en sus actividades. Se reconoce la función que desempeñan la Unión Internacional de Autoridades Locales y otras organizaciones no gubernamentales pertinentes en la difusión de informaciones acerca de las ciudades y de sus problemas.

Creemos que todas las organizaciones interesadas, tanto internacionales como nacionales, deben asignar especial importancia a las cuestiones urbanas en la preparación de sus planes y programas. En este contexto se pone particularmente de relieve el papel que corresponde al FNUAP, HABITAT, el UNICEF, y el PNUD. La observancia del Año Internacional de Vivienda para los Desalojados, en 1987, constituirá una oportunidad importante de generar una mayor comprensión del proceso de urbanización.

Teniendo presente la importancia de continuar y fortalecer las actividades relativas a la población y el futuro urbano, creemos que es adecuado convocar reuniones nacionales, regionales e internacionales, en las que participen, entre otros, los funcionarios nacionales de planificación. En este contexto se alienta también al FNUAP a que organice reuniones técnicas a diversos niveles para mantener centrada la atención en estos problemas.

Estamos firmemente convencidos de que la presente Declaración no sólo habrá de generar una mayor comprensión de los problemas relativos a la población y el futuro urbano, sino que también proporcionará directrices para la acción que puede emprenderse a los niveles urbano, nacional e internacional y permitirá a la comunidad internacional prepararse para hacer frente a esos problemas en mejores condiciones a medida que entramos en el próximo siglo.

IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN DEL MANDO INTERMEDIO DEL HOSPITAL, COMO ADMINISTRADOR DE RECURSOS HUMANOS

JULIA DE DIAGO

Jefe de Administración de Personal,
Hospital de San Pablo. Barcelona

En el HOSPITAL, en la empresa hospitalaria, el factor humano es el elemento esencial para el desarrollo y consecución de su output final, de su resultado, del servicio que debe prestar: la SALUD.

Este factor humano, no sólo es ese elemento esencial por su valía en el proceso productivo, sino por el costo de este factor —entre el 60/80 % del total del presupuesto.

De todo esto y de la formación imprescindible de los mandos como *administradores* de este recurso nos introduce la autora de este artículo.

Es evidente, que si en cualquier época y en cualquier tipo de empresa, siempre ha sido importante fijar el correcto equilibrio entre necesidades y recursos, en la que actualmente nos vemos inmersos todos los profesionales de la Sanidad en nuestro particular campo de trabajo, este principio se convierte en una auténtica obsesión.

Todos sabemos que un cierto número de cosas y servicios son necesarios para la existencia del ser humano. Su ausencia le provoca dificultades o sufrimientos y genera, en él, el deseo de procurárselas. Las necesidades del hombre son prácticamente infinitas como es sabido, no así desgraciadamente los recursos, que no sólo son finitos sino escasos y en ese sentido, en una comunidad humana, el sentido común y el buen juicio estará en adecuar esos recursos escasos a nuestras infinitas necesidades y, una vez logrado, administrarlos con tiento.

Nuestro trabajo de cada día, cada uno en su parcela específica y reducida, no nos llevará a fijar continuamente necesidades-recursos, en el sentido amplio que hemos descrito, pero por poco que nos fijemos, en cualquier ejemplo del trabajo diario, vemos que en el fondo, la adecuación de esos criterios en sentido amplio, se compone de la suma de cientos y de miles de pequeñas decisiones, que desde nuestra responsabilidad, cada uno de nosotros, tomamos continuamente.

No hay duda de que si esas pequeñas fracciones de un todo, se orientan hacia la obsesión que apuntábamos más arriba, y que debe guiar nuestras acciones y toma de decisiones, tendremos una garantía mucho mayor de que el deseado equilibrio entre necesidades infinitas y recursos escasos, tenga coherencia en la práctica y no sólo sea una bonita meta a conseguir.

Centrando el tema en el hospital, y analizando la composición de sus gastos, sin necesidades de profundizar demasiado, vemos que el factor humano, como en la mayor parte de las empresas de servicios, se lleva la parte del león. Es corriente observar que en los hospitales, los gastos de personal se llevan entre el 65 y el 80 % del gasto total.

Curiosamente y frente a esto, otra cosa bastante corriente que se puede observar en los hospitales, es la falta de formación e información específica, sobre los temas de costos de plantillas, de los mandos intermedios de esos hospitales, especialmente del personal médico y de enfermería con responsabilidad en *administrar* ese personal.

Se ha explicado hasta la saciedad que *administra* quien gasta y tiene poder de decisión sobre el incremento o decremento de determinados factores en el proceso productivo, el factor humano, en este caso. No administra el administrador, que en el tema concreto de gastos de personal, la mayor parte de las veces se tiene que limitar a informar del gasto que los responsables de la plantilla han llevado a cabo, y extrañamente esos mandos intermedios, que administran recursos humanos, pocas veces tienen conciencia real del costo de lo que están administrando.

En mi opinión, siempre, pero especialmente en empresas cuyos gastos de personal son de la entidad que aludíamos, uno de los temas de formación para sus mandos debe ser, necesariamente, el profundo conocimiento de la traducción en pesetas, de los recursos humanos que están administrando y organi-

zando cada día y por supuesto no es suficiente que únicamente los directivos del hospital estén perfectamente al día de estos temas.

Puede parecer increíble, pero es bastante frecuente, que estos mandos desconozcan cosas tan elementales como la repercusión en los gastos de personal de las cuotas patronales y aun lo que son exactamente, o bien la repercusión en los gastos, de un beneficio social y lo que realmente representa el término.

Otro tema en el que esos mandos-administradores no sólo deben ser iniciados, sino que necesitarán una específica formación, es en el manejo de los ratios sociales y saber analizar la información que su evolución nos puede suministrar. Las relaciones entonces, con sus departamentos de personal, serán mucho más fluidas en todos sentidos, ya que comprenderán mejor tanto la importancia de las informaciones que ellos aportan al Departamento de Personal, en cantidad y calidad, como la que ellos recibirán de personal, una vez elaborada y procesada la información.

Conociendo realmente el alcance de los costos de la plantilla, como decíamos, será mucho más fácil para los mandos el tomar conciencia del significado de que, por ejemplo, el ratio social rey, el absentismo, en el hospital en general o en sus específicas áreas de gestión, esté una décima por encima o por debajo.

Sabemos, por experiencia, que el tratamiento frío de los datos y el informar por informar, o por hacer hermosas estadísticas, no nos lleva a resultado alguno. Si los mandos-administradores y los departamentos de personal de los hospitales siguen hablando idiomas distintos, de poco servirá el flujo de informaciones y datos que circulen entre ellos.

La formación de los mandos intermedios del hospital en los aspectos de gestión de la plantilla, será la medida ideal para que este idioma se unifique y todos comprendamos mejor el porqué real de algunas decisiones y utilicemos el mismo oriente para guiarlas en un momento dado.

Sólo así, profesionales que trabajamos para conseguir los mismos objetivos, pero desde ángulos distintos y con métodos aparentemente sin ninguna conexión, veremos unificados nuestros esfuerzos en la tarea común y repetida de equilibrar necesidades y recursos con sentido común y responsabilidad.

También vale la pena comentar otro tema relacionado con los gastos de personal, que es frecuente fuente de confusión entre los *mandos-administradores* de plantillas, y que es la correcta separación de los costos generados por nuestra plantilla autorizada o técnica y los casi inevitables costos de sustituciones. Hay una tendencia corriente a confundir el tipo de contrato que une al hospital con un determinado empleado y el tipo de plaza, que éste está ocu-

pando en el hospital. Si el contrato es eventual (se deduce), su plaza es una suplencia y sus costos también corresponderán a ese capítulo. Evidentemente, esto no es así.

Hemos de saber diferenciar con toda claridad, de nuestros empleados, quiénes están ocupando una plaza de nuestra plantilla autorizada, tengan el tipo de contrato que tengan (fijo o eventual) y no mezclarlos ni en concepto ni por supuesto sus costos, con los realmente suplentes. Éstos serán efectivamente empleados que, independientemente de su tipo de contrato con el hospital, están ocupando una plaza que no es de la plantilla técnica.

Este tipo de trabajadores a su vez se subdividirá en dos grandes grupos que serán:

- A) Los que ocupen plazas que representan sobrecosto económico (sustitutos por vacaciones, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad común, etc) ya que el empleado al cual sustituyen está también cobrando su salario y consecuentemente nos gravará (el sustituto) el presupuesto destinado a suplencias.
- B) Por otro lado estarán los que ocupen plazas que no representan sobrecosto económico, pues estos empleados eventuales cobran en vez de el empleado de la plantilla técnica al cual sustituyen, y consecuentemente no gravarán el presupuesto destinado a suplencias.
(Ejemplo: sustitutos por permisos sin sueldo, servicio militar, pase a invalidez provisional, etc.).

El presupuesto para suplencias que se establezca anualmente, es necesario que sea administrado, por quienes gestionan la plantilla, y para ello deben disponer de amplia capacidad de gestión en este sentido, y estar debidamente informados (mensualmente al menos) del control presupuestario de esos gastos. Es evidente que si no se trata de profesionales con las ideas y conceptos realmente claros, respecto a los gastos de personal, ese seguimiento del control presupuestario y las decisiones que se tomen no serán las óptimas.

La falta de espacio nos ha permitido tan sólo perfilar algunos temas, del amplio campo de la gestión de personal en el hospital, y sólo referidos a los costos de plantilla. Otro aspecto importante sería el de las relaciones laborales, desde la perspectiva de la política de personal y del clima social en el hospital, y cómo influye en ella la actitud de los mandos intermedios, frente a los problemas diarios, ya que ellos suelen ser casi siempre el único nexo de unión entre la Dirección y el personal, en cuanto a la realización en la práctica de la orientación económica y social que en el hospital se lleve.

Estos temas, entre otros, han sido ampliamente estudiados y debatidos en el Hospital San Juan de Dios, durante el pasado mes de junio, en un curso sobre Gestión de Personal, impartido a los supervisores de enfermería, y cuya finalidad primordial ha sido, la toma de conciencia del mando intermedio de enfermería del hospital, como administrador de recursos humanos.

Por un Hospital más humano

EL CARDENAL TARANCÓN HABLA PARA *LABOR HOSPITALARIA*



Concertar un encuentro con el cardenal Tarancón fue cosa sencilla. Una llamada telefónica fallida —estaba en Tenerife—, y a la siguiente, todo eran facilidades.

Es la actitud de un hombre que, tras una vida densa y compleja, ha decidido seguir sirviendo a la Iglesia con lo que él es: un cúmulo impresionante de experiencia elaborada, es decir, «sabiduría» en el genuino sentido de la palabra.

Y tras esa sabiduría marchamos a Villarreal, un pueblo aprendiz de ciudad de la provincia de Castellón, una «Vila-Real» como rezan algunas pintadas reivindicativas del lugar.

Cruzamos «Vila-Real», atravesamos la ermita de Nuestra Señora de Gracia. Pocos metros detrás, en una hermosa torre en la que no faltan los típicos naranjos, vela sus armas nuestro hombre.

¡Un digno lugar para el retiro de un Cardenal! *«Pero no es nuestro. Es la promesa de un buen amigo, ya fallecido, que quería que ambos nos retirásemos aquí. Es la promesa mantenida por los herederos del amigo. Nosotros sólo tenemos un pequeño pisito en Burriana».*

Su hermana, una mujer dedicada de por vida a la compañía y al cuidado del Cardenal, nos recibe y nos lleva a su presencia. *«Suban esas escaleras, por favor».*

Al final de las mismas nos espera él: Don Vicente Enrique y Tarancón. Natural de Burriana (Castellón), donde se abrió a la vida el 14 de mayo de 1907. Ordenado sacerdote el Día de Todos los Santos de 1929. Cuando contaba 38 años fue consagrado obispo de Solsona, en 1945. Diecinueve años densos, muy densos, en plena postguerra.

En 1964 es nombrado obispo de Oviedo y cinco años más tarde se le confía la Iglesia Primada de Toledo. En ese mismo año Pablo VI le confiere al Cardenalato.

Muerto monseñor Casimiro Morcillo, el Papa deposita en él de nuevo su confianza: tras siete meses de Administrador Apostólico de Madrid-Alcalá, en diciembre de 1971 pasa a ser arzobispo titular de dicha diócesis.

Este es un sencillo perfil de una rica personalidad. De uno de los hombres con los que la historia de nuestro tiempo más deberá contar, sobre todo cuando él cuente «su historia» —*«cuando sea el momento oportuno»*—. El hombre que dirigió los derroteros de la Iglesia española en momentos fuertes y tensos, desde la Presidencia de la Conferencia Episcopal. El hombre que concilió en sí los más dispares sentimientos de admiración y odio, sí, odio —*«Tarancón al paredón»*—. El mismo que tuvo que ser protegido por las fuerzas de orden público a la salida del funeral de Carrero Blanco; el que, magistralmente, sugirió al Rey en los Jerónimos de Madrid, qué esperaba del pueblo y la Iglesia de quien en ese momento accedía al trono. El hombre que huye visceralmente de todo cuanto suene a dogmatismo e intransigencia; su único «fanatismo» es el diálogo —*«nuestra asignatura pendiente»*—.

Por ello toda la entrevista está salpicada de esos signos de humildad llamados «quizás». Que no son sólo los requiebros de un diplomático, que de todo le ha tocado hacer a este buen hombre, sino sobre todo, la sencillez de quien se sabe en posesión de un pequeño trocito de verdad y necesita ser cotejado con el de los demás.

Al vernos, don Vicente se extraña: ¡«*Qué jóvenes*»! Nos acomoda en su sencillo despacho. Muy sencillo. Una mesa de trabajo, una máquina de escribir a punto de devorar un folio. Y, eso sí, libros, revistas, carpetas por todos los sitios. En un rincón un gran armario metálico —«*donde están los documentos y los retazos de memoria que ya he escrito*»—.

Unos hermosos ventanales inundan del brillante sol mediterráneo el «sancta sanctorum» del Cardenal.

Unos cuantos ceniceros dispersos señalan uno de los «vicios» más conocidos de nuestro personaje. Tiene pocos más: la música —«*clásica, por supuesto, no aguanto el chun-chun de los jóvenes actuales*»—, la lectura —«*no puedo acostarme sin haber leído antes un poco de poesía o teatro...*»—.

—Señor Cardenal, le ha sorprendido nuestra juventud. Amparándonos en ella, permítanos comenzar la entrevista de una forma un tanto desenfadada: ¿Qué hace un hombre como usted en un sitio como éste?

—Cuando vine aquí, después de años muy intensos en Madrid, los primeros días fueron para mí un *shock* muy fuerte. Sólo me duró 4 ó 5 días. Enseguida me dediqué a trabajar, a escribir... pensando cómo debía ordenar mi vida de jubilado. Si debía reducirme a estar aquí leyendo, estudiando tranquilamente o, si por el contrario, dado que tengo todavía salud y agilidad, debía prestar el servicio posible recorriendo los caminos de España.

Y así fue. Empezaron a llamarme los obispos. Ahora encuentro mi vida de jubilado llena y gozosa; no tengo una comunidad ni un presbiterio concreto, pero estoy visitando casi todas las comunidades e iglesias locales de España. He estado además en Alemania con los misioneros y emigrantes españoles, en Suiza, ahora vengo de Tenerife... Todo ello da a mi vida de jubilado una ilusión, un entusiasmo, que me llena de alegría y gozo, pues veo que puedo prestar un servicio.

Yo digo, con un poco de broma, que he encontrado el júbilo de la jubilación. Me encuentro a gusto tal como estoy, y mientras Dios me conserve la salud y la agilidad, continuaré haciendo esta vida, sí, quizá excesivamente ajetreada.

—Don Vicente, usted es consciente de que hay gran expectación ante sus memorias. ¿Para cuándo?

—Ya publiqué mis recuerdos de juventud cuando era presbítero. Allí salía la preparación de la guerra, la república, la guerra, la postguerra... Aquello me marcó de una manera extraordinaria.

Yo, si he sido después abierto, dialogante, comprensivo, es porque de tal manera me impresionó aquel odio que se fomentó en España durante la guerra civil, que creí que debía ordenar mi vida para evitar, en lo posible, un nuevo enfrentamiento entre los españoles.

He ordenado mis memorias y tengo en esa caja fuerte los documentos y los retazos de las mismas ya escritos. Ahora bien, su publicación es cosa distinta. Quizá no sea conveniente mientras vivan en Roma o en España gente que intervino en aquella época, porque algunos no saldrían muy bien parados.

“Cuando llegó el Vaticano II no estábamos preparados para el diálogo con la modernidad”

“Juan Pablo II da unos signos que pueden aparentar involucionismo. Pero eso es una visión no exacta de lo que él piensa”

“La Iglesia está mucho mejor ahora que hace treinta años, pero muchísimo mejor, en todos los órdenes de la vida”

Las escribiré y las dejaré preparadas para ser publicadas cuando sea el momento oportuno. Que puedan servir de elementos de primera mano para que se pueda hacer la historia de España y de la Iglesia en aquellas circunstancias, con unos materiales que la gente no conoce, porque los medios de comunicación la daban siempre sesgada, como es lógico.

—Diálogo con todos. Es su lema. Todos pudieron comprobarlo, hasta el entonces candidato a la Presidencia del Gobierno...

—Efectivamente, tuve una comida con Felipe González y unos cuantos socialistas, en una casa religiosa. Allí estuvimos hablando unas cuantas horas. Conservo el resumen de aquella conversación.

Pero no ha sido la única que yo he mantenido con unos y con otros, porque yo entonces hablaba con todos, desde la extrema derecha hasta la extrema izquierda.

También he hablado con Carrillo y también en una casa religiosa. Fue una conversación más corta, de una hora. Le invité a tomar café.

No cabe duda que ellos agradecían el gesto, por una parte; y por otra, como yo tenía experiencia del trato con políticos, ellos se daban cuenta de que a mí no me podían engañar ni envolver fácilmente.

—¿Nos guarda en esas memorias algún paquete de goma-2?

—No. Goma-2 no. Pero hay algunas cosas que creo que pueden ser interesantes para que el mundo vea cómo la

Iglesia tomó una postura muy clara en aquellas circunstancias, cómo ayudó poderosamente para que la transición se pudiese hacer sin traumas excesivos.

Creo que esto debe saberse. Pero no cuando pueda ser utilizado como arma arrojadiza contra otros. Eso debo de evitarlo como obispo.

—En su situación actual, señor Cardenal ¿qué echa usted a faltar?

—Tan sólo lo que constituye en mí una obsesión. Que las relaciones y el diálogo de los obispos, la Iglesia, con nuestra sociedad española y los gobernantes, debía ser, quizá, un poco diferente de lo que es en la actualidad.

Creo que se podían hacer las cosas de tal manera que, evitando el enfrentamiento, se pudiese sin embargo, para que el futuro de nuestra patria, incluso la influencia de la Iglesia en el futuro de la misma, fuera mucho más eficaz aun cuando menos espectacular.

Al fin y al cabo, nosotros con todas nuestras cosas —hospitales, colegios...— no estamos sino para servir al pueblo. Esta es nuestra misión: poner toda nuestra atención no sólo en prestar servicios estrictamente religiosos, sino todos aquellos que vayan al perfeccionamiento del hombre.

—¿Cómo se ve la marcha de la Iglesia desde la perspectiva de un Cardenal retirado?

—Podríamos decir que la Iglesia tuvo un momento culminante cuando Juan XXIII se vio precisado, obligado por la acción del Espíritu a convocar el Concilio.

Concilio que produjo, como es natural, un trauma y una conflictividad, porque ese acercarse al mundo, que iba a ritmo de vértigo, con el fin de dialogar con él, tenía que provocar un desconcierto y desasosiego. Y no solamente en el pueblo sino entre los propios sacerdotes y religiosos: no estábamos preparados para el diálogo con la modernidad.

Las sociedades y los Estados han llegado a la mayoría de edad y no admiten injerencias extrañas, ni aún religiosas como era lo corriente antiguamente. Esto ha producido una conflictividad en la Iglesia que ha durado unos cuantos años.

“He encontrado el júbilo de la jubilación”

“Me arrepiento de no haber tenido la decisión necesaria de andar un poco más aprisa en la aplicación del Concilio en España”

“Mi orgullo: haber sido siempre hombre de Iglesia a las órdenes de la Conferencia Episcopal y del Papa”

“La mejor preparación para la muerte es ir muriendo cada día, para que cuando ésta llegue, no le quede nada por hacer. Es el fruto maduro que cae del árbol”

Yo creo que, en gran parte, se va superando y va volviendo la serenidad, el concierto, la sensatez a la inmensa mayoría de sacerdotes, religiosos y seglares.

Ahora corremos el riesgo, por miedo a aquel traumatismo que se produjo, de no seguir el ritmo de renovación que impuso el Concilio.

Así yo creo que en Roma, justificadamente, han tomado unas posturas que son legítimas y que quizá fueran indispensables.

—Por ejemplo: sobre la Teología de la Liberación.

—Pongámoslo. Con el primer documento sobre la misma, daba la imagen Roma de que condenaba dicha teología. Y no es cierto.

Por ello se ha visto obligada a publicar un segundo documento en el que se indica la importancia del tema en la vida de la Iglesia, que la orientación que esa teología señala es la que debe de seguir la teología actual, porque ésta no puede ir al margen de la vida. Aunque ello tenga sus peligros.

—Señor Cardenal: directo y al grano. ¿Es involucionista Juan Pablo II?

—Yo no creo que el Papa sea involucionista. Si bien es verdad que en el aspecto doctrinal él tiene una formación teológica muy buena, aunque clásica, y puede parecer más bien tradicional, hasta en el lenguaje, sin embargo, en todo lo que se refiere a los derechos humanos, la dignidad de la persona, etc. este Papa es muy avanzado.

Lo que sí creo es que, instigado o presionado por algunos, que están recelosos de lo que se ha producido en la Iglesia, puede dar unos signos que pueden aparentar involucionismo.

Por eso yo creo que convocó el Sínodo extraordinario de los Obispos, dándose cuenta de que aquellos signos podían dar una visión no exacta de lo que él piensa.

—Su visión marcadamente optimista sobre la Iglesia contrasta con la que da el cardenal Ratzinger en su «Informe sobre la Fe». No parece estar usted muy conforme con el mismo...

—Yo no solamente no estoy de acuerdo con ese fondo pesimista sino que lo he dicho claramente en diferentes escritos.

Ahora bien, comprendo perfectamente al cardenal Ratzinger porque él tiene una misión que cumplir. Como Prefecto de la Doctrina de la Fe, está al acecho del error que pueda venir y, entonces, sólo se fija en la parte negativa, en la parte oscura.

Y claro, a ese Informe le faltaría añadir todo lo positivo que yo creo que él mismo reconoce.

Yo no estoy, pues, conforme con ese tono pesimista; creo, al revés, que la Iglesia está mucho mejor ahora que hace treinta años, pero muchísimo mejor, en todos los órdenes de la vida.

—Concrétenos algunos de estos órdenes, por favor.

—En primer lugar porque la Iglesia en su conjunto está dando un testimonio más evangélico, dejando bajas hu-



«Hoy corremos el riesgo de no seguir el ritmo que impuso el Concilio».

manas, privilegios...; eso, como testimonio, es muy importante.

En segundo lugar porque tanto sacerdotes como religiosos nos hemos convencido de que hemos de ser más evangélicos. Y más evangélicos no solamente porque proclamemos el Evangelio como mensaje de Jesús, sino porque lo vivamos con toda la hondura y profundidad que tiene, sin querer limar las aristas fuertes del mismo. Dándonos cuenta de que el Evangelio no solamente mira a Dios, al Padre que está en los cielos, sino también a los hombres que están en la tierra, a los que hay que salvar.

En tercer lugar, porque los cristianos que en todo el mundo, pero en España de una forma especial, eran más bien cristianos de herencia y costumbre, van constituyéndose en grupos que adquieren compromisos. Han hecho una opción de fe y se comprometen con ella con todas las consecuencias.

Lo que ocurre es que, quizá, la Iglesia haya perdido en estos últimos años aquel carácter masivo y aquella influencia social que antes tenía. Lo cual es un bien. Es un bien porque ello le daba como una prepotencia, como si tuviese un poder. Y claro, el Evangelio es débil, no se funda en poder humano, todo depende de la gracia de Dios.

Es la pobreza, no sólo material sino de poder humano, que Jesucristo tuvo durante su vida, la que le da a la Iglesia la verdadera fuerza sobrenatural como instrumento de salvación.

—Bajemos un escalón, señor Cardenal. ¿Y la Iglesia española?

—Mirando a la Iglesia y al aspecto eclesial en España en clave de futuro, yo soy optimista. Si me fijara en otras realidades españolas no lo sería tanto, no concreto cuáles.

Se van poniendo las bases, y no solamente por las orientaciones de la Conferencia Episcopal —esa magnífica trilogía de Testigos del Dios Vivo, Constructores de la Paz, Católicos en la vida pública—, sino también porque sacerdotes, religiosos y seglares van comprendiendo su responsabilidad en el presente y en el futuro de la Iglesia.

Yo vería a la Iglesia española en un momento «in fieri». No ha llegado a encontrar la serenidad necesaria en estos momentos; quizá tengamos una asignatura pendiente todavía que es el diálogo cordial, abierto, serio, entre la cultura y la fe, las investigaciones científicas y las investigaciones teológicas... Pero creo, no obstante, que la Iglesia en España está en un momento prometedor.

—Su optimismo, señor Cardenal, parece contrastar, en este caso, con la realidad, al menos con una parte de la misma. Con los nuevos nombramientos episcopales el Episcopado español se va tiñendo de cierto matiz...

—Pero eso no se le puede achacar a la Iglesia española. Quien nombra a los obispos no es la Conferencia Episcopal. Esta tiene poca influencia en el nombramiento. Es verdad que los obispos españoles podemos presentar candidatos, pero no es menos cierto que quien forma la terna es Nunciatura con la Santa Sede...

—Creo que me entiende perfectamente, don Vicente...

—Bueno, realmente a mí algunos nombramientos de obispos, no diré cuáles, me han sorprendido un poco. Y me han sorprendido porque conociendo la realidad de estos individuos y su actuación me parecía que no eran los más oportunos para esos cargos.

Ahora, ¿por qué los han nombrado? Pues no lo sé. Ellos tienen quizá otros elementos de juicio que no los tengo yo.

—Señor Cardenal. Voy a comenzar el contrataque. Hasta ahora he jugado acurrucado en mi defensa viendo cómo me bombardeaba con un perfecto dominio del balón.

Ahora quien ataque voy a ser yo, aunque dudo que pueda marcarle algún gol. Ha librado perfectamente con éxito empresas evidentemente más difíciles.

Por cierto, don Enrique, hablando en símiles futbolísticos, ¿de qué equipo es usted?

—Del Ath. de Bilbao, ya desde que era seminarista. Es que, por aquel entonces, ellos hacían ejercicios espiritua-

les antes de comenzar la Liga y eso nos entusiasmaba a los seminaristas. ¡¡Todos éramos del Ath. de Bilbao!!

—Comienza el partido. Si no divorcio, ha habido separación entre la Iglesia y el Mundo de la Salud. El enfermo, que co-protagoniza las páginas más bellas del Evangelio, es el gran convidado de piedra en nuestra Iglesia.

—Yo te diría, en primer lugar, que la Iglesia es la que se adelantó a los Estados en el terreno de la atención a los enfermos y a los débiles. Cuando nadie se preocupaba de ellos, fue la Iglesia quien creó sus instituciones, incluso sus Institutos religiosos para atenderles. Esa es la tradición de la Iglesia.

Claro, el problema de la salud no presenta ahora las características que presentaba hace cien años. Entonces ni la salud ni la educación eran objetivos prioritarios de los Estados. Hoy lo son. Y no solamente lo son, sino que como el Estado tiene cada vez mayor poder, quiere tener la hegemonía en estos campos. Entonces se cambia el problema, no cabe duda.

No olvides que, hasta ahora, las organizaciones que habían surgido en la Iglesia para atender a los enfermos, de tipo oficial —porque sois oficiales los Institutos religiosos—, con eso de la exención estabais un poco al margen de la autoridad y misión de los jerarcas.

Tú sabes que ha habido unos cuantos años, más de un siglo, en que la relación de Institutos religiosos y obispos no era demasiado cordial. Unos, fundándose en la famosa exención, no se avenían a las orientaciones que pudiesen dar éstos, y otros porque nos creíamos con la hegemonía de todo en la Iglesia, porque éramos los maestros y los que representábamos a Jesucristo.

Eso ha hecho que el campo de la salud estuviese un poco marginado en las preocupaciones de los obispos y de muchos sacerdotes, esa es la verdad. Aun reconociendo perfectamente que la Iglesia tiene que estar siempre con los pobres, con los débiles, con los enfermos —porque eso teóricamente lo ha reconocido siempre— pero no ha sentido la responsabilidad personal en este campo.

La Iglesia, quizá, ha atendido más a lo normal y no a este campo, que es un poco fuera de lo normal, de lo que se ve por la calle ¿me entiende?

Se puede hablar de una falta de atención, de preocupación, de ayuda, diríamos, de los organismos oficiales de la Iglesia en este campo de la salud. En eso creo que tiene razón. Yo mismo tuve que confesarlo cuando vinieron los de Pastoral Sanitaria de Madrid a *catequizarnos*; a raíz de ese momento, yo quise dar toda la importancia debida al tema.

—¿Y se la dan los demás pastores?

—Ahora da la impresión de que la Conferencia Episcopal está un poco ya en esa onda. Ahí está el acuerdo firmado sobre la asistencia religiosa a los enfermos...

Ciertamente esta «preocupación por los más débiles», en frase de san Pablo, debería ser un campo que la Iglesia tendría que mimar, porque son los más desvalidos y sobre los que la sociedad no pone el empeño que debiera poner. Ahí es cuando la Iglesia debe de poner un esfuerzo extraordinario.

“Las relaciones Iglesia-sociedad española y gobernantes deberían ser, quizá, un poco diferentes de lo que son en la actualidad”

“Quizá tengamos una asignatura pendiente todavía: el diálogo cordial, abierto, serio, entre cultura y fe, investigaciones científicas e investigaciones teológicas”

El mismo interés del Papa en nombrar una Comisión Pontificia para los Agentes Sanitarios, indica que estamos dándonos cuenta de que hay un problema, un problema que, quizá, no habíamos afrontado con la debida decisión. Un problema, en fin, a estudiar serenamente para que la Iglesia pueda desarrollar esa misión que es, como usted decía, la del Maestro, y que ella misma realizó durante siglos cuando nadie la realizaba. Pero habíamos perdido un poco el contacto con ella por eso de que ya eran otros quienes se ocupaban de la misma, mientras nosotros estábamos absorbidos por las urgencias del mundo.

—Señor Cardenal: la *Salvifici Doloris*, primero y único documento que sobre el sufrimiento elabora la Iglesia, se publica al año de que se produjese el atentado contra Juan Pablo II. Dos años más tarde, se crea mediante el *motu proprio Dolentium Hominum*, la Comisión que lleva el mismo nombre.

Hay quien dice, señor Cardenal, que el Espíritu se sirvió de Alí Agca para sensibilizar a la Iglesia en este campo de la salud.

—Pues no sería extraño porque Dios tiene unos procedimientos raros. Cuando no hacemos las cosas a las buenas, hemos de hacerlas a las malas. Es lo que ocurrió anteriormente con la invasión de los bárbaros, la aparición del comunismo... entonces, ante estas realidades, no nos queda más remedio que ocupar campos que teníamos descuidados.

Es, pues, una de las maneras que actúa el Espíritu para despertar las conciencias dormidas de los cristianos y de los pastores. Así que no es ninguna herejía hacer tal afirmación.

—Menos mal que el Espíritu no descansa, don Vicente. Personalmente estoy convencido que quienes han salvado la relación de la Iglesia con el mundo del dolor han sido hombres de Espíritu, auténticos carismáticos —un Juan de Dios, un Camilo de Lelis...—.

—El Espíritu Santo suscita las cosas en la Iglesia por esos medios...

—...a pesar de la jerarquía?

—No a pesar, al margen de la misma.

Nosotros, porque hay una estructura jerárquica en la Iglesia, tendemos a pensar que todo ha de venir desde arriba. Y eso es un absurdo. El Espíritu Santo no obra así. El Espíritu mueve la máquina de la Iglesia con su jerar-

quía y con su Papa a través de los carismas que les envía.

En la Iglesia hay dos elementos: el carismático y el estructural o jurídico. Claro, para dar seguridad es mejor subrayar este último. Pero el Espíritu Santo no se acomoda a nuestros planes. De ahí que muchas veces, si no se les ha ahogado, si se les ha puesto límites a los carismas; pero el Espíritu, afortunadamente, ha roto todas esas barreras, y ha ido suscitando continuamente los mismos. Es el caso de san Francisco de Asís para renovar interiormente la misma Iglesia, por ejemplo.

Los jerarcas no son los que han de recibir los carismas, sino los que han de discernirlos. Por esto, lo que tú dices es verdad; es la acción de Dios.

Lo que ocurre es que no siempre vosotros, que sois hijos de carismático, más todavía, todos los institutos religiosos, que estáis representando especialmente el carisma en la Iglesia, sabéis mantener la fuerza y yo diría que también la libertad espiritual del carisma, que no siempre se sujeta a las normas y a las leyes dadas. El Espíritu Santo no tiene por qué sujetarse siempre al derecho canónico.

Pasa que como todo esto es un poco revolucionario, los que tienen responsabilidad lo que quieren es, al menos, ponerle freno con las estructuras jurídicas de la Iglesia.

A fuerza de carismáticos va caminando. Es la táctica de Dios para demostrarnos que no somos nosotros quienes regimos la Iglesia, sino que es Él.

—Hemos hablado antes de la «Salvifici Doloris». ¿Cuál es su impresión?

—La he leído con mucho interés.

Los documentos de este Papa no son de fácil lectura; empecemos por ahí. Él es un eslavo y, claro, hay una diferencia entre sus documentos y los de Pablo VI, por ejemplo, que tenía una mente cartesiana y se podía hacer de cualquiera de ellos una síntesis maravillosa enseguida.

Ahora bien, Juan Pablo II dice cosas preciosas sobre el dolor. Se subraya que aun cuando su presencia en el mundo siempre será un misterio que no podemos revelar —cómo y por qué el Padre bueno que está en los cielos, permite estas cosas—, a la luz de la Revelación, tiene un valor. Y a la luz de la muerte de Jesucristo, el dolor puede ser y es redentor. Yo creo que esto lo descubre el Papa en su Encíclica.

—De ahí el «porque Dios te quiere te envía el dolor»

—Esa frase tantas veces oída es, cuando menos, ambigua. Y a muchos, en lugar de hacerles un bien, les hace daño.

Ahora bien, es muy interesante hacer comprender cómo el dolor no es un valor perdido, sino que humana y espiritualmente tiene un fruto, cómo, efectivamente, puede ser un medio de purificación y de santificación. Y no solamente para el que sufre sino también para la Iglesia y la propia humanidad; es decir, el dolor como valor social y comunitario. Esto lo subraya mucho el Papa.

No es que así se resuelva el problema porque es un misterio, como en todo lo que anda Dios metido. Pero sí que da una cierta claridad, difumina el pesimismo de todo sufrimiento...

—¿Cómo se sitúa ante el propio dolor, don Vicente?

—Bueno... te diré. Yo no tengo mucha experiencia de dolor; tengo una salud a prueba de bomba.

—¿... a pesar del tabaco?

—Pues yo no sé si a pesar del tabaco o precisamente por el tabaco. Yo lo que le digo es que hace cuarenta años que no he estado un día en cama; hace unos meses tuve un ligero dolor de lumbago... poca cosa.

Yo, por experiencia personal, no puedo hablar de dolor. Sin embargo, desde mi ministerio pastoral he estado en contacto con el mismo, cuando, siendo párroco, visitaba a los enfermos, que era una de mis atenciones especiales.



«Tengo una salud a prueba de bomba. Y no sé si a pesar o precisamente por el tabaco».

He visto cosas maravillosas y sublimes en los enfermos. A veces, yo diría que he tenido como unos ciertos celillos de algunas personas que veía yo santificarse, diríamos que a marchas forzadas, precisamente porque estaban señaladas por el dolor.

—Hasta «aprender verdaderamente teología a la cabecera de un enfermo»; es una frase que se le atribuye a usted.

—Si no la he dicho exactamente así, sí que la he podido decir en parecidos términos.

Efectivamente, a mí se me ha iluminado el conocimiento de Dios —que eso es la teología—, y su actuación en el mundo, a la cabecera de un enfermo. Porque allí he visto reacciones maravillosas y sublimes de almas que yo considero escogidas. Eso con el simple estudio teológico no se acaba de entender.

—Si esa es su experiencia habría que pensar en mandar a los teólogos una temporada al hospital ¿no, señor Cardenal? ¿Es legítimo elucubrar sobre el dolor si no se ha tocado alguna vez siquiera el cuerpo de un moribundo, como indica nuestro padre General?

—Yo creo que la ciencia teológica es buena, pero creo que en nuestro terreno religioso, eclesial, más importante que tener peso específico ideológico, teológico o intelectual, es tener peso de caridad, de amor, de entrega.

No cabe duda de que los teólogos son necesarios en la Iglesia con sus elucubraciones para ir investigando sobre la Palabra de Dios. Pero lo que verdaderamente interesa en la Iglesia son testimonios evangélicos. Y éste se manifiesta más por esa dedicación vuestra a los enfermos que no por el estudio de la teología.

Así, yo he dicho algunas veces, hablando precisamente de vuestras hermanas, las Hermanas Hospitalarias, que quizá de todas las religiosas de España, es su testimonio el más entendido por la gente. Ir recogiendo en sus casas el *desecho* de la sociedad, esas mujeres que están totalmente marginadas, es algo que el mundo no entiende cómo ni por qué puede hacerse. Y sólo puede hacerse por Dios.

Eso, amigo, pesa mucho más, eclesial y aun socialmente, que la misma altura intelectual.

—Y frente a este gran valor social y eclesial que usted apunta, la Iglesia no parece concederle demasiada impor-

tancia teológica. En mi carrera de teología se me explicó el sacramento de la Unción de Enfermos en media hora.

—Bueno, yo no sacaría de ahí la consecuencia de que la Iglesia se despreocupa de los enfermos.

La consecuencia que yo extraería de ahí es la de que los teólogos, que están haciendo sus investigaciones, no hayan empezado, ni tan siquiera empezado, su investigación teológica en serio, sobre este sacramento, que tiene sus dificultades.

Hay unos sacramentos en la Iglesia —también el de la penitencia y el matrimonio— cuya investigación hasta ahora es exigua. En el matrimonio por la razón del contrato jurídico que subyace de fondo, y en la penitencia por la variedad de praxis que ha tenido a lo largo de la historia. Respecto a estos sacramentos está fallando la investigación teológica sería que pueda darles a los mismos la importancia que tienen.

Junto a ellos está el de la Unción de Enfermos, con su promulgación en la Epístola de Santiago de una forma, aparentemente, no fundamental, sino como una cosa de emergencia o accidental.

Pero, sin esa investigación, la Iglesia ha sido pionera durante siglos en la atención a los enfermos. Lo único que ocurre es que no han tomado en serio este problema teológicamente; y en la Iglesia, cuando no se toma un problema teológico en serio, le falla siempre la base fundamental.

Por eso, ahí, más que la Iglesia, han fallado los teólogos.

—Don Vicente: se han sacado cañones para librar diversas guerras (catecismos, LODE, etc.), pero tal vez no se haya quemado ni un solo cartucho, por parte de la Iglesia, en la «batalla de la salud».

Por ejemplo, señor Cardenal: ¿sabía usted que se acaba de publicar la Ley de Sanidad?

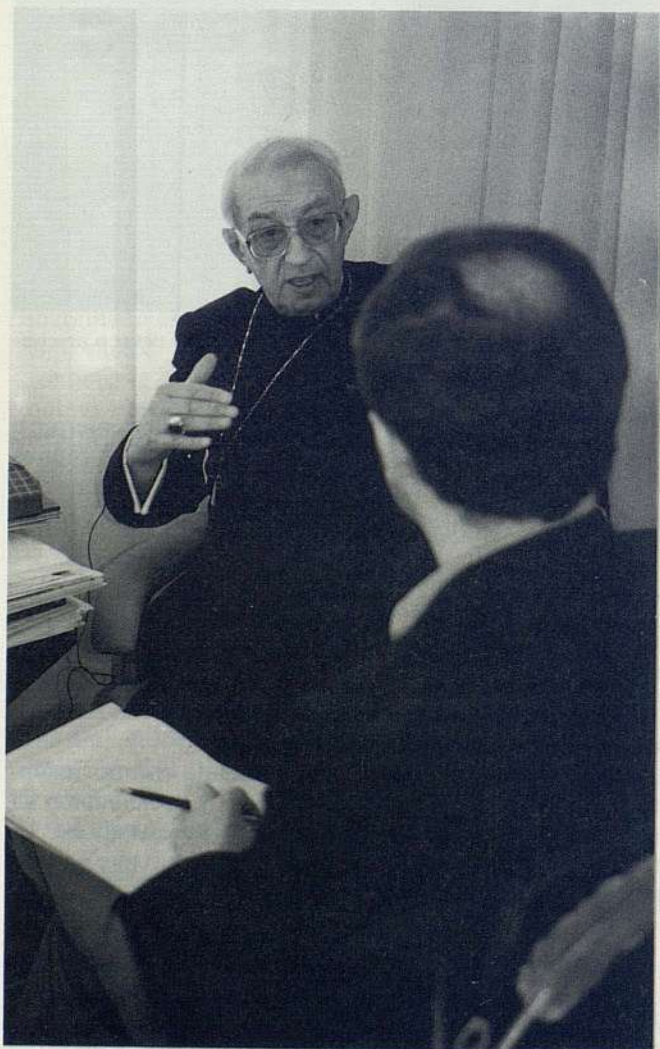
—Pues no, no sabía que estaba en trámite esa Ley. Pero por las alusiones que haces, yo te digo que no era partidario ni de la guerra de los catecismos, ni la de la LODE. Estas cuestiones, hoy, en un mundo del siglo XX, no se pueden solucionar con guerras y enfrentamientos.

Es necesario en todos estos ámbitos un diálogo más a fondo, pero antes de que fuesen publicadas, indudablemente.

Has hablado de que no se han gastado cartuchos con respecto a la Ley de Sanidad. Bien, no cabe duda de que la Comisión Episcopal propia se interesó en ello. Desde el diálogo se ha llegado a un acuerdo marco. Ello indica que por ese camino podemos avanzar, y conseguir que los mismos socialistas, que seguramente tendrán otra idea, se diesen cuenta de que hay que valorar suficientemente la labor que la Iglesia está realizando en este campo.

—Pero dialogar implica la existencia de interlocutores. Y ha llegado a mis oídos que desde las esferas del poder se le echa en falta a usted para ello...

—Bueno, yo no sé lo que ellos pensarán. Ciertamente yo he tenido que actuar en ese campo durante varios años y mi actuación me hizo adquirir cierto peso o prestigio, no sólo delante de los cristianos sino también de los otros.



«A la cabecera de un enfermo se me ha iluminado el conocimiento de Dios y su actuación en el mundo. Y eso es la teología».

Reconozco que me atendían de una forma especial y me consideraban y respetaban de una manera extraordinaria.

Quizá quienes están actuando ahora no tengan la experiencia que tengo yo de esas conversaciones y, quizá, no les merezcan a los del Gobierno la confianza, podríamos decir, que les merecía yo. Por mis antecedentes, lógicamente, no porque yo valga más o menos.

—Mas volvamos al tajo y retomemos el acuerdo marco firmado. Que nos coloca en una situación incómoda: nos faltan elementos preparados para dar vida a esos Servicios Religiosos que el mismo garantiza.

—Eso nos pasa siempre cuando empezamos una obra nueva; no siempre prevemos con tiempo lo que tenemos que hacer.

No cabe duda que esos Servicios Religiosos, en los que no sólo interviene el sacerdote sino que pueden y deben hacerlo religiosos y seglares, están exigiendo a nuestra Iglesia gente capacitada y formada, además de tener espíritu. Es un servicio que no se cierra en la administración de sacramentos, sino que abarca una prestación mucho más amplia.

Son, sobre todo, unos servicios a desarrollar con un afecto y una humanidad desbordante que es lo que más necesitan los enfermos. Esto necesita, humana y técnicamente, una formación que quizá no hayamos sabido dar a muchos de los nuestros.

Todo ello nos indica que hemos de acostumbrarnos a mirar más al futuro que al pasado, a vislumbrar las necesidades y exigencias que surgen, a fin de ir preparando a nuestra gente para que solucionen los problemas que se presenten.

—Ante la urgente necesidad planteada por este Acuerdo, y ante la escasez de personas capacitadas para afrontarlo, ¿no es hora de que las congregaciones religiosas sanitarias, tanto masculinas como femeninas, dediquen con generosidad algunos de sus miembros a esa tarea tan humanizadora como evangelizadora?

—Tras el Vaticano II no queda duda alguna. Tanto el religioso como la religiosa laical, así como los seglares, tienen también una responsabilidad evangelizadora.

Dentro de estos servicios religiosos hay acciones que,

“La Iglesia es la que se adelantó a los Estados en el terreno de la atención a los enfermos y a los débiles”

“Esta «preocupación por los más débiles» debería ser un campo que la Iglesia tendría que mirar”

“El campo de la salud ha estado un tanto marginado en las preocupaciones de obispos y muchos sacerdotes; esa es la verdad”



«No siempre vosotros, los institutos religiosos, sabéis mantener la fuerza y la libertad espiritual del carisma».

obviamente, sólo pueden prestar los sacerdotes. Pero en lo que no es específico de ellos, mejor que no se metan los mismos.

Y no cabe duda que los religiosos que colaborasen en esta labor podían estar bien seguros de hallarse en el centro de su carisma.

—Usted lo ha apuntado: los seglares han de participar en esta empresa. Pero una Iglesia con un pasado marcadamente clericalista da la impresión de contar con su concurso cuando la escasez vocacional la ha abocado a ello.

—Esa no puede ser la razón. La razón es que los seglares tienen algo específico que hacer y que decir en todos los campos que no son estrictamente sacramentales. Es una necesidad y una urgencia.

El Concilio no habla de dicha escasez para afirmar la responsabilidad específica de los seglares en el campo de la pastoral.

—Nuestra Orden Hospitalaria siente el problema de los laicos en sus propias carnes. Nuestro padre General ha lanzado el reto: «hacia una alianza con los laicos». Pero nos cuesta afrontarlo con coraje.

—Yo no sé exactamente lo que quiere decir el padre General con lo que afirma. Pero intuyo que tiene una dimensión importante: crear grupos de seglares con espíritu de Hermanos de San Juan de Dios, como una Tercer Orden para que nos entendamos, aunque sin serlo.

Seglares que puedan, en los cargos de confianza de los hospitales, realizar la misma orientación y el mismo espíritu que tenéis vosotros. Esto lo están haciendo ya algunos institutos religiosos.

Si es esto lo que indica vuestro padre General, me parece no sólo maravilloso sino de una gran eficacia.

—Señor Cardenal, su paso por una gran ciudad como Madrid le habrá posibilitado conocer qué es un hospital moderno. Lejos de aquel refugio tranquilo y sereno donde vivían sus últimos días los pobres de solemnidad, se ha transformado en una empresa que debe producir salud. Y como tal empresa, un lugar de intereses, luchas, competencias, prestigios... ¿Qué papel corresponde desempeñar ahí a la vida religiosa?

—Creo que lo principal que debe hacer la Iglesia en estos centros sanitarios, aunque os asombréis un poco, es humanizar el trato con los enfermos.

Como pura consecuencia del Evangelio surge ese humanismo, que no es mera compasión, sino acercamiento y cordialidad, acorde con la dignidad de la persona.

En los grandes centros sanitarios creo que se pierde la humanización; está todo maravillosamente tecnificado, y no está mal que así sea, pero ante todo el hombre cuando está enfermo necesita atención, que se le manifieste cariño...

—...que se le respeten sus derechos.

—Ciertamente, que se le garanticen los derechos del enfermo, pero siempre dentro de esa cordialidad que ha de reinar entre personas humanas, sobre todo cuando se sienten más solos y abandonados, es decir, cuando están enfermos.

—Pero esto es típico de la Iglesia, de todos y cada uno de sus miembros indiferentemente. Permítame la insistencia: ¿qué sería lo específico de la vida religiosa?

—La vida religiosa ha hecho donación especial de vuestra vida. Por lo tanto, daros totalmente, sin reservar lo más mínimo, aceptando el sacrificio, la abnegación en beneficio de los otros, no cuidarse tanto de sí mismo cuanto cuidar a los demás. Esto es específico de la vida religiosa.

La vida religiosa no pertenece a la estructura jerárquica de la Iglesia pero sí a la vida de la Iglesia. Es fruto de un carisma y significa, precisamente, esa entrega total a los hombres como consecuencia de la entrega total a Dios.

Lo que es signo, testimonio escatológico de verdad, es darse, entregarse totalmente a los demás sin razones de ninguna clase.

—Pero esta radicalidad parece oscurecerse no pocas veces por la complejidad de los centros sanitarios, como antes hemos visto. «Y el Evangelio es débil» apuntaba usted en otro momento. Así las cosas ¿es hoy correcto defender y mantener la propiedad de los mismos?

—Yo creo que mientras haya posibilidad de mantenerlos deben mantenerse. Pero hoy que se organiza, tecnifica y estructura todo de una manera tan perfecta, difícilmente se puede salir de ese engranaje.

Mi cosigna sería ésta: tanto hospitales, como colegios, como cualesquiera otras obras de la Iglesia, entrasen en la corriente en la que hoy se está con la finalidad de ser más efectivos y realizar una labor más amplia. Y, al mismo tiempo, deberían existir otros centros descolgados de

“El dolor no es un valor perdido, sino que humana y espiritualmente tiene un fruto”

“En los Servicios Religiosos hay acciones específicas de los sacerdotes. Pero en lo que no es específico de ellos, mejor que no se metan los mismos... Los seglares tienen algo concreto que hacer y que decir ahí”

“La humanización surge como consecuencia del Evangelio. No es mera compasión, sino acercamiento y cordialidad, acorde con la dignidad de la persona”

tales engranajes con el fin de ofrecer un testimonio más directo, como usted apuntaba.

Pero, en todo caso, que siempre quedase bien patente que los hospitales regidos por la Iglesia tienen otro ambiente, otro carácter, alejado de ese tecnicismo inhumano que muchas veces se observa en tantos hospitales. Siempre que ello se garantice, está justificada la presencia de la Iglesia.

Concluyendo. La inmensa mayoría de nuestros centros deberían entrar en los planes nacionales, en los presupuestos del Estado, manteniendo nosotros la dirección. Y deberían estar otros al margen de esa inclusión para las personas más necesitadas, con el fin de ser un testimonio de Iglesia perenne en el mundo materializado de hoy.

—Don Vicente, una curiosidad: ¿cómo celebró usted el «Día del Enfermo»?

—Pues me hallaba... por esos mundos de Dios, y la verdad es que apenas me acordé de que era esa jornada. Debo confesarlo con toda honradez.

Estaba dando un retiro a sacerdotes, después hablé a unas religiosas, luego di una conferencia pública... me acordé después. Confieso mi pecado.

Pero que conste que me acuerdo mucho de los enfermos. De hecho iba a elaborar una de mis *Cartas cristianas* sobre ellos. Al final no pude escribirla.

—Muy bien, señor Cardenal, volvamos de nuevo a usted. Una vida como la suya, larga y fructífera, ha de tener sus lagunas. ¿De qué se arrepiente?

—De no haber tenido la decisión necesaria de andar un poco más aprisa en la aplicación del Concilio en España.

Viendo la necesidad de que la Iglesia fuese hacia adelante, no tomé la decisión última a su debido tiempo, yo creo que más por cobardía que por prudencia. Pero si aun así los más católicos me enviaban al paredón ¿dónde me hubiesen mandado de haber dado pasos más adelantados?

De eso me arrepiento. Se hubiese podido hacer así una acción más eficaz para prevenir y preparar ciertas cosas que han venido después.



Un diálogo preñado de profunda experiencia que él ha decidido ofrecer a la Iglesia como fruto maduro del atardecer de su vida.

—¿Y de qué se siente más satisfecho?

—De haber sido siempre hombre de Iglesia a las órdenes de la Conferencia Episcopal y del Papa.

Yo no he dado nunca un paso por convencimiento personal, sino sencillamente porque era un acuerdo de la Conferencia Episcopal. En los casos importantes, yo iba siempre a consultar con Pablo VI, y cuando él veía la cosa clara y me decía *¡adelante!*, yo la llevaba a cabo.

Por eso mi gran satisfacción es que pudiesen decir aquí los políticos y católicos ultras de extrema derecha que yo era «la voz y el eco de Pablo VI en España». ¡¡No podían hacer mayor elogio de un obispo!!

—¿Ha leído la Declaración sobre la Eutanasia, de la Conferencia Episcopal?

—Sí, por supuesto. Un documento muy interesante e iluminador, a mi juicio; se nota tanto la calidad de los teólogos como de los técnicos que han trabajado en su elaboración. Uno de los grandes servicios que la Conferencia ha propuesto a nuestro pueblo.

—En él se afirma: «en nuestro mundo ya no hay lugar para muerte». Señor Cardenal; la pregunta que sigue podría ser tétrica para muchas personas. Su altura moral y madurez espiritual nos dan pie para hacérsela: ¿Qué lugar hay en su vida para la muerte?

—La mejor preparación para la muerte es ir muriendo cada día, para que no le quede nada que hacer a la muerte cuando llegue.

Es decir, por la conformidad de ir poniéndose en las manos de Dios cada día, por estar siempre en su gracia para que le llame cuando quiera; pero, al mismo tiempo, con la sensación de que esta vida es un regalo que Dios

me está haciendo y lo estoy disfrutando hasta que Él diga.

O sea, ir muriendo cada día para que no le quede a la muerte nada que hacer. Es el fruto maduro que cae del árbol.

—Finalmente, don Vicente, qué les diría a los lectores de **LABOR HOSPITALARIA**, personas que se desenvuelven en el mundo de la salud, desde una óptica cristiana y con unos intereses de servicio pastoral.

—Que se den cuenta de su responsabilidad, porque delante de los enfermos están representando a Jesucristo, el que no podía ver sufrir a un hombre sin inclinarse hacia él.

Que a través de su presencia, preocupación, cariño y respeto sin ningún móvil humano, puedan comprender todos los enfermos que es Cristo quien les habla, les atiende y se preocupa de ellos.

Somos nosotros quienes hemos de poner punto final a la conversación. En ningún momento nuestro hombre ha dado señales de cansancio, desinterés o despreocupación.

Él parecía hallarse como pez en el agua. Estaba en su medio natural: el diálogo.

Un diálogo preñado de profunda experiencia que él ha decidido ofrecer a la Iglesia como fruto maduro del atardecer de su vida.

Regalo que la Iglesia del dolor agradece sinceramente al señor Cardenal, a ese hombre bueno y sabio, prudente como la serpiente y sencillo como la paloma.

Entrevistar a don Vicente no fue difícil... fue muy agradable, un auténtico placer. Muchas gracias.

MIGUEL MARTÍN

Pastoral Sanitaria

ACUERDO SOBRE ASISTENCIA RELIGIOSA CATÓLICA EN CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS

Como desarrollo de los Acuerdos entre el Estado Español y la Santa Sede sobre asuntos jurídicos de 3 de enero de 1979, se ha llevado a efecto el acuerdo sobre asistencia religiosa católica en centros hospitalarios públicos.

Dicho acuerdo, que fue firmado el 24 de julio de 1985 por los señores Ministros de Justicia, Sanidad y Consumo, por parte del Estado, y por el señor Presidente de la Conferencia Episcopal Española, por parte de la Santa Sede, apareció publicado en el Boletín Oficial del Estado el 21 de diciembre de 1985.

Para aplicar su contenido se estableció, a su vez, un Convenio entre el Instituto Nacional de la Salud y la Conferencia Episcopal Española, que fue firmado el pasado 23 de abril de 1986 por el director general de INSALUD, don Fernando Magro, y el presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral, monseñor don Javier Osés.

La sección de pastoral de LABOR HOSPITALARIA recoge en el presente número ambos documentos así como el anexo del segundo de ellos en el que se concreta en cada uno de los centros sanitarios de los que es titular el Instituto Nacional de la Salud.

Asimismo, el 8 de mayo del año en curso, se firmó el acuerdo entre la Generalitat de Catalunya, que posee las transferencias en esta materia, y el cardenal-arzobispo de Barcelona, monseñor Jubany, encargado del sector de Pastoral Sanitaria Interdiocesana por los obispos catalanes.

Por su parte, y en el momento de entrar en máquinas el presente número de la revista, se estaban desarrollando las consiguientes negociaciones entre el Gobierno de Andalucía, igualmente con transferencias en sanidad, y la Conferencia Episcopal de dicha comunidad autónoma en orden a la elaboración de un Acuerdo similar.



EL Servicio Religioso, un servicio más entre los equipos del hospital.

Convenio entre el Instituto Nacional de la Salud y la Conferencia Episcopal Española, para la aplicación del acuerdo sobre asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios públicos de 24 de julio de 1985

En aplicación del acuerdo sobre asistencia religiosa católica en centros hospitalarios públicos, firmado por los Ministros de Justicia y de Sanidad y Consumo, y el Presidente de la Conferencia Episcopal Española, el día 24 de julio de 1985, y publicado en el BOE el 21 de diciembre de 1985, el Director General del Instituto Nacional de la Salud, y el Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral, en representación de la Conferencia Episcopal Española, han concluido el siguiente Convenio sobre la asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios del Instituto Nacional de la Salud.

Artículo 1.º El Instituto Nacional de la Salud hará efectivo el derecho, garantizado por el Estado, a la asistencia religiosa católica de los católicos internados en sus centros, de acuerdo con las normas contenidas en el presente Convenio.

Artículo 2.º La asistencia religiosa católica se prestará en todo caso con el debido respeto a la libertad religiosa y de conciencia, y su contenido será conforme con lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, sobre Libertad Religiosa.

La asistencia religiosa católica y la atención pastoral comprenderán, entre otras, las siguientes actividades:

- Visita a los enfermos.
- Celebración de los actos de culto y administración de sacramentos.
- Asesoramiento en las cuestiones religiosas y morales.
- Colaboración en la humanización de la asistencia hospitalaria.

Artículo 3.º Con esta finalidad, en cada centro hospitalario del Instituto Nacional de la Salud existirá un servicio u organización para prestar la asistencia religiosa católica y atención pastoral a los pacientes católicos del centro. Este servicio siempre estará también abierto a los demás pacientes que libre y espontáneamente lo soliciten.

Igualmente, podrán beneficiarse de este servicio u organización, los familiares de los pacientes y el personal católico del centro que lo desee, siempre que las necesidades del servicio hospitalario lo permitan.

Para la mejor integración en el hospital del servicio de asistencia religiosa católica, éste quedará vinculado a la Gerencia del mismo.

BOE n.º 305

Sábado, 21 de diciembre de 1985

ACUERDO SOBRE ASISTENCIA RELIGIOSA CATÓLICA EN CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS

En el marco jurídico de la Constitución, que garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades, y en cumplimiento de lo convenido en el artículo IV, 2), del acuerdo entre el Estado Español y la Santa Sede sobre Asuntos Jurídicos de 3 de enero de 1979, los señores Ministros de Justicia y de Sanidad y Consumo y el señor Presidente de la Conferencia Episcopal Española, debidamente autorizado por la Santa Sede, han concluido el siguiente acuerdo:

Artículo 1.º El Estado garantiza el ejercicio del derecho a la asistencia religiosa de los católicos internados en

los centros hospitalarios del sector público (INSALUD, AISNA. Comunidades Autónomas, Diputaciones, Ayuntamientos y Fundaciones Públicas).

La asistencia religiosa católica se prestará en todo caso con el debido respeto a la libertad religiosa y de conciencia y su contenido será conforme con lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley orgánica 7/1980, de 5 de julio, sobre Libertad Religiosa.

La asistencia religiosa católica en los hospitales militares y penitenciarios queda igualmente garantizada y se regirá por sus normas específicas.

Art. 2.º Con esta finalidad, en cada centro hospitalario de los mencionados en el artículo precedente existirá un servicio u organización para prestar la asistencia religiosa católica y atención pastoral a los pacientes católicos del centro. Este servicio estará también

abierto a los demás pacientes que, libre y espontáneamente, lo soliciten.

Igualmente, podrán beneficiarse de este servicio u organización los familiares de los pacientes y el personal católico del centro que lo deseen, siempre que las necesidades del servicio hospitalario lo permitan.

Para la mejor integración en el hospital del servicio de asistencia religiosa católica, éste quedará vinculado a la Gerencia o Dirección General del mismo.

Art. 3.º El servicio de asistencia religiosa católica a que se refiere este acuerdo dispondrá de los locales adecuados, tales como capilla, despacho y lugar para residir o en su caso pernoctar, y de los recursos necesarios para su prestación.

Art. 4.º Los capellanes o personas idóneas para prestar la asistencia reli-

Artículo 4.º Los capellanes o personas idóneas para prestar la asistencia religiosa católica, serán designados por el Ordinario del lugar, y nombrados por el Director Provincial del Instituto Nacional de la Salud.

Cuando la asistencia religiosa católica del centro esté a cargo de varios capellanes o personas idóneas, el Ordinario del lugar designará entre ellos al responsable de la misma.

Los capellanes o personas idóneas cesarán en el ejercicio de sus funciones por decisión del Ordinario del lugar, oído previamente el Director Provincial del Instituto Nacional de la Salud. En caso de faltas graves a la disciplina del centro, el Director Provincial del Instituto Nacional de la Salud, oído previamente el Ordinario del lugar, podrá determinar el cese del capellán o persona idónea.

Artículo 5.º Los capellanes o personas idóneas tendrán los derechos y obligaciones que se derivan de su función, en igualdad de condiciones con el resto del personal hospitalario. En particular, tendrán derecho al descanso semanal, y a un mes de vacaciones anuales.

Para su necesaria formación permanente, la Gerencia del centro podrá conceder permiso a los capellanes o personas idóneas que lo soliciten y facilitar su asistencia a cursos, congresos y reuniones de perfeccionamiento técnico y pastoral, en igualdad de condiciones con el resto del personal del centro.

Artículo 6.º Las personas que presten el servicio de asistencia religiosa católica desarrollarán su actividad en coordinación con los demás servicios del centro hospitalario.

Tanto éstos como la Gerencia, les facilitarán los medios y colaboración necesarios para el desempeño de su misión, y, en especial, las informaciones oportunas sobre los pacientes. El personal del centro procurará comunicar al capellán o al servicio religioso el deseo del paciente, manifestado por sí mismo o por sus familiares, de recibir asistencia religiosa.

Artículo 7.º En cumplimiento de lo establecido en el Anexo I del acuerdo sobre asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios públicos, de 24 de julio de 1985, el número de capellanes o personas idóneas será el que se consigna en el Anexo I del presente Convenio.

La modificación significativa del número de camas de los centros hospitalarios se tendrá en cuenta en orden a fijar el número de capellanes o personas idóneas, de acuerdo con los módulos establecidos.

La apertura y el cierre de centros hospitalarios del Instituto Nacional de la Salud llevará consigo el establecimiento o la supresión, en su caso, del servicio de asistencia religiosa católica, con el personal, recursos y locales adecuados.

Artículo 8.º De acuerdo con lo establecido en el Anexo II del acuerdo sobre asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios públicos, de 24 de julio de 1985, el Instituto Nacional de la Salud retribuirá a los capellanes o personas idóneas en la forma en que se determina en el Anexo II del presente Convenio.

Los capellanes o personas idóneas del servicio de asistencia religiosa católica serán afiliados al Régimen de la

giosa católica serán designados por el Ordinario del lugar, correspondiendo su nombramiento a la Institución titular del centro hospitalario, previo cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables, según la relación jurídica en que se encuentre el capellán.

Los capellanes cesarán en sus funciones por retirada de la misión canónica o por decisión de la Institución titular del centro hospitalario, de acuerdo con las normas de régimen interno del mismo. En todo caso, antes de proceder al cese, éste deberá ser comunicado al Director del centro hospitalario o al Ordinario del lugar, según proceda. También cesarán los capellanes por propia renuncia, por rescisión del contrato laboral, o como consecuencia de expediente disciplinario en su caso.

Cuando, en razón de las necesidades del centro hospitalario, esta asistencia religiosa deba estar a cargo de varios capellanes, el Ordinario del lugar designará al responsable de la misma.

Art. 5.º Las personas que presten el servicio de asistencia religiosa católica desarrollarán su actividad en coordinación con los demás servicios del centro hospitalario. Tanto éstos como la Dirección o Gerencia les facilitarán los medios y la colaboración necesaria para el desempeño de su misión, y, en especial, las informaciones oportunas sobre los pacientes.

Art. 6.º Corresponderá al Estado, a través de la correspondiente dotación presupuestaria, la financiación del servicio de asistencia religiosa católica. El Estado transferirá las cantidades precisas a la Administración sanitaria competente.

Art. 7.º Para establecer la necesaria relación jurídica con el personal del servicio de asistencia religiosa católica, las distintas Administraciones públicas competentes en la gestión de centros hospitalarios podrán optar, bien por la celebración de un contrato laboral con dicho personal, bien por la celebración de un oportuno Convenio con el Ordi-

nario del lugar, todo ello de conformidad con las condiciones establecidas en el presente acuerdo.

Los capellanes tendrán los derechos y obligaciones que se deduzcan de la relación jurídica existente, en las mismas condiciones que el resto del personal de los respectivos centros hospitalarios. En caso de celebrarse oportuno Convenio con el Ordinario del lugar, el personal religioso será afiliado al Régimen Especial de la Seguridad Social del Clero.

Art. 8.º La apertura y el cierre de centros hospitalarios del sector público llevará consigo el establecimiento o la supresión, en su caso, del servicio de asistencia religiosa, católica, con el personal, recursos y locales correspondientes.

Art. 9.º Dentro del marco establecido por el presente acuerdo, las Instituciones titulares de los diversos centros hospitalarios podrán concertar con las autoridades eclesásticas católicas competentes, la forma y los términos

Seguridad Social del Clero, en las condiciones establecidas en el Real Decreto 2398/1977, de 27 de julio, asumiendo el Instituto Nacional de la Salud el pago de la cantidad correspondiente a la cuota establecida en dicho Régimen a cargo de la diócesis.

Artículo 9.º El servicio de asistencia religiosa católica dispondrá de capilla para la oración de los fieles y la celebración del culto. Se procurará en todo caso, que esté en lugar idóneo y de fácil acceso para los enfermos. Su número y tamaño estará en función de la estructura del complejo hospitalario y de las necesidades religiosas del mismo.

El servicio religioso dispondrá de despacho, a ser posible cercano a la capilla, para recibir visitas y guardar archivos, así como de local adecuado para que los capellanes que integran el servicio puedan residir, o en su caso, pernoctar.

El servicio religioso dispondrá de los recursos materiales necesarios para el ejercicio de sus funciones. Con este fin elaborará anualmente un proyecto de presupuesto, que someterá a la aprobación de la Gerencia. El presupuesto del centro hospitalario incluirá los gastos de adquisición, mantenimiento y renovación del equipamiento necesario para el funcionamiento del servicio, así como los que se estimen necesarios para llevar a la práctica la asistencia religiosa y atención pastoral programada y aprobada para el año.

Artículo 10.º Las disposiciones del presente Convenio serán recogidas o incorporadas como anexo en los Regla-

mentos y normas de régimen interno de todos los centros hospitalarios del Instituto Nacional de la Salud.

Artículo 11.º Para la aplicación y seguimiento del presente Convenio, se constituirá una Comisión mixta paritaria compuesta por representantes del Instituto Nacional de la Salud y de la Comisión Episcopal de Pastoral, que se reunirá al menos una vez al año y siempre que lo solicite alguna de las partes.

Disposición transitoria. Se respetarán las situaciones y los derechos adquiridos de los actuales capellanes de los centros hospitalarios del Instituto Nacional de la Salud. En todo caso, y en cualquier momento, estos capellanes podrán acogerse a la presente regulación.

Disposición final. Las disposiciones del presente Convenio surtirán efecto desde 1 de enero de 1986.

Madrid, 23 de abril de 1986

EL PRESIDENTE
DE LA COMISIÓN EPISCOPAL
DE PASTORAL

JAVIER OSÉS FLAMARIQUE

EL DIRECTOR GENERAL
DEL INSTITUTO NACIONAL
DE LA SALUD

FERNANDO MAGRO FERNÁNDEZ

de una regulación detallada de la asistencia religiosa católica.

En todo caso, las disposiciones del presente acuerdo serán recogidas en los Reglamentos y normas de régimen interno de todos los centros hospitalarios del sector público.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Se respetarán las situaciones y los derechos adquiridos de los actuales capellanes de los centros hospitalarios del sector público a los que se refiere el artículo 1.º En todo caso, y en cualquier momento, estos capellanes podrán acogerse a la presente regulación.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente acuerdo entrará en vigor el día 1 de enero de 1986.

Madrid, 24 de julio de 1985.

ANEJO I

El número mínimo de capellanes encargados de prestar la asistencia religiosa católica en cada centro hospitalario público guardará relación con el tamaño del mismo, según los siguientes criterios:

Hasta 100 camas: Un capellán a tiempo parcial.

De 100 a 250 camas: Un capellán a tiempo pleno y un capellán a tiempo parcial.

De 250 a 500 camas: Dos capellanes a tiempo pleno y un capellán a tiempo parcial.

De 500 a 800 camas: Tres capellanes a tiempo pleno.

Más de 800 camas: De tres a cinco capellanes a tiempo pleno.

ANEJO II

Para la retribución de los capellanes de los centros hospitalarios públicos

encargados de prestar la asistencia religiosa católica, se fija por parte de la Administración Pública la cantidad de 1.190.000 pesetas anuales, distribuidas en 14 pagas o mensualidades de 85.000 pesetas. Dicha retribución se actualizará anualmente de acuerdo con los índices de subida salarial de los empleados de dichos centros hospitalarios.

ANEJO III

No obstante lo dispuesto en el artículo 6.º, la obligación financiera relativa al servicio de asistencia religiosa católica seguirá correspondiendo a las Entidades que sean actualmente titulares de centros hospitalarios públicos. En los centros hospitalarios que sean creados en el futuro por las Comunidades Autónomas, Diputaciones, Ayuntamientos y Fundaciones Públicas, la financiación del servicio de asistencia religiosa católica corresponderá a las Entidades fundadoras.

Anexo I

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CENTROS HOSPITALARIOS	N.º CAMAS	PLANTILLAS S/ACUERDO		
			1 T. Pleno	2 T. Parc.	
ARAGÓN					
HUESCA	Hosp. «San Jorge»	309	2	1	
Barbastro	Hospital	169	1	1	
Subtotal		478	3	2	
TERUEL	Hosp. «Obispo Polanco»	185	1	1	
Alcañiz	Hosp. Comarcal	110	1	1	
Subtotal		295	2	2	
ZARAGOZA	Hospital «Miguel Servet»	1.436	5	—	
	Hospital Clínico	915	3	—	
	Clínica «San Jorge»	75	—	1	
	Clínica «Ruiseñores»	86	—	1	
Calatayud	Hospital	172	1	1	
Subtotal		2.684	9	3	
Total comunidad		3.457	14	7	
ASTURIAS					
OVIEDO	Instituto Nal. de Silicosis	266	2	1	
	Hosp. «N. S. de Covadonga»	1.174	4	—	
Mieres	Hosp. de Murias	212	1	1	
Riaño-Langreo	Hosp. «Valle del Nalón»	308	2	1	
Avilés	Hosp. «San Agustín»	301	2	1	
Gijón	Hosp. de Cabueñes	445	2	1	
Total comunidad		2.706	13	5	
BALEARES					
P. DE MALLORCA	Hosp. «Virgen de la Salud»	63	—	1	
	Hosp. Gral. «V. del Lluch»	856	3	—	
	Hosp. Mat. Infantil				
Ibiza	Hosp. «C. Misses»	171	1	1	
Menorca	Hosp. «V. de Montetoro»	134	1	1	
Total comunidad		1.224	5	3	
CANARIAS					
LAS PALMAS	Hosp. «Ntra. Sra. del Pino»	400	2	1	
	Hosp. Materno-Infantil	405	2	1	
Arrecife de L.	Hosp. «V. de los Volcanes»	112	1	1	
Fuerteventura	Hospital	81	—	1	
Subtotal		998	5	4	
S. C. TENERIFE	Hosp. «Ntra. Sra. Candelaria»	733	3	—	
S. C. Palma	Hosp. «N. Sra. de las Nieves»	115	1	1	
Subtotal		848	4	1	
Total comunidad		1.846	9	5	
CANTABRIA					
SANTANDER	Hosp. de Cantabria	325	2	1	
	Hosp. «M. de Valdecilla»	848	3	—	
Total comunidad		1.173	5	1	
CASTILLA-LEÓN					
ÁVILA	Hosp. «Ntra. Sra. de Sonsoles»	358	2	1	
Subtotal		358	2	1	
BURGOS	Hosp. «General Yagüe»	672	3	—	
M. de Ebro	Hosp. «Santiago Apóstol»	68	—	1	
Subtotal		740	3	1	

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CENTROS HOSPITALARIOS	N.º CAMAS	PLANTILLAS S/ACUERDO	
			1 T. Pleno	2 T. Parc.
LEÓN	Hosp. «V. Blanca»	404	2	1
	Ponferrada Hosp. «Camino de Santiago»	270	2	1
Subtotal		674	4	2
PALENCIA	Hosp. «Lorenzo Ramírez»	361	2	1
SALAMANCA	Hosp. «Virgen de la Vega»	460	2	1
	Hosp. Clínico	876	3	—
	Béjar Hosp. «V. del Castañar»	23	—	1
Subtotal		1.359	5	2
SEGOVIA	Hospital General	319	2	1
	Hosp. «San Agustín»	103	1	1
Subtotal		422	3	2
SORIA	Hospital «18 de Julio»	291	2	1
		—	—	—
Subtotal		291	2	1
VALLADOLID	Hosp. del «Río Hortega»	638	3	—
	Hosp. Clínico	777	3	—
	Hosp. «Girón»	—	—	—
Subtotal		1.415	6	—
ZAMORA	Hosp. «Virgen de la Concha»	407	2	1
Subtotal		407	2	1
Total comunidad		6.027	29	11
CASTILLA-LA MANCHA				
ALBACETE	Hosp. General	550	3	—
Subtotal		550	3	—
CIUDAD REAL	Hosp. «Ntra. Sra. de Alarcos»	390	2	1
	Hosp. «Ntra. Sra. del Pilar»	—	—	—
	Hosp. «Virgen de Altargracia»	103	1	1
	Puertollano Hosp. «Sta. Bárbara»	179	1	1
	Valdepeñas Hosp. Gutiérrez Ortega»	102	1	1
Subtotal		774	5	4
CUENCA	Hosp. «Virgen de la Luz»	415	2	1
Subtotal		415	2	1
GUADALAJARA	Hosp. General Docente	435	2	1
Subtotal		435	2	1
TOLEDO	Hosp. Nal. Rehab. Paraplég.	226	1	1
	Hosp. «Virgen de la Salud»	552	3	—
	Talavera de la R. Hosp. «Ntra. Sra. del Prado»	229	2	1
Subtotal		1.037	6	2
Total comunidad		3.211	18	8
EXTREMADURA				
BADAJOZ	Hospital	726	3	—
	Hosp. Materno-Infantil			
D. Benito-V. Serena	Hosp. «Juan Sánchez Cortés»	194	1	1
Llerena	Hospital	98	—	1
Mérida	Hospital	308	2	1
Zafra	Unidad Maternal	16	—	1
Mérida	Nuevo Hospital	—	—	—
Mérida	Hosp. «José Antonio»	—	—	—
Subtotal		1.342	6	4

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CENTROS HOSPITALARIOS	N.º CAMAS	PLANTILLAS S/ACUERDO	
			1 T. Pleno	2 T. Parc.
CÁCERES	Hosp. «San Pedro Alcántara»	275	2	1
Plasencia	Hosp. «Virgen del Puerto»	251	2	1
Navalmoral	Hospital	118	1	1
Subtotal		644	5	3
Total comunidad		1.986	11	7
GALICIA				
LA CORUÑA	Hosp. «Juan Canalejo»	705	3	—
	Hosp. Materno-Infantil	275	2	1
	Hosp. «Arquitecto Marcide»	316	2	1
	Hosp. Clínico	663	3	—
Subtotal		1.959	10	2
LUGO	Hospital «Xeral»	503	3	—
	Burela Hospital	—	—	—
Subtotal		503	3	—
ORENSE	Hosp. M. I. «Infanta Elena»	636	3	—
	Hosp. «Ntra. Sra. del Cristal» «18 de Julio»	—	—	—
	Barco de V. Hospital	80	—	1
Subtotal		716	3	1
PONTEVEDRA	Hospital «Montecelo»	319	2	1
	Vigo Policlínica «Cies»	90	—	1
	Hosp. «Xeral»	563	3	—
Subtotal		972	5	2
Total comunidad		4.150	21	5
MADRID	Hospital «La Paz»	1.855	5	—
	Hosp. «1.º de Octubre»	1.765	5	—
	Centro Esp. «Ramón y Cajal»	1.425	5	—
	Hosp. «Puerta de Hierro»	578	3	—
	Hosp. «Ibiza»	72	—	1
	C. Nal. Esp. Quirúrgicas	197	1	1
	Hosp. «Fd.º Primo de Rivera»	76	—	1
	Hosp. «V. de la Torre»	204	1	1
	Hosp. de «La Princesa»	650	3	—
	Hosp. Clínico «San Carlos»	1.644	5	—
	Hosp. del «Niño Jesús»	388	2	1
	Hosp. Central de la C. Roja	613	3	—
	Centro Quemados Cruz Roja	46	—	1
	Clínica del Trabajo	—	—	—
	Alcorcón Hosp. «Hermanos Laguna»	76	—	1
	Cercedilla Hosp. «La Fuenfría»	350	2	1
	Móstoles Hospital	401	2	1
	S. L. del Escorial Hosp. «La Alcaldesa»	53	—	1
Total comunidad		10.393	37	10
MURCIA				
MURCIA	Hosp. «V. de la Arrixaca»	924	4	—
	Cartagena Hosp. «Sta. M.ª del Rosell»	309	2	1
	Cartagena Hospital	—	—	—
	Lorca Hosp. «Sta. Rosa de Lima»	103	1	1
	Yecla Hosp. «V. del Castillo»	95	1	1
Total comunidad		1.431	8	3

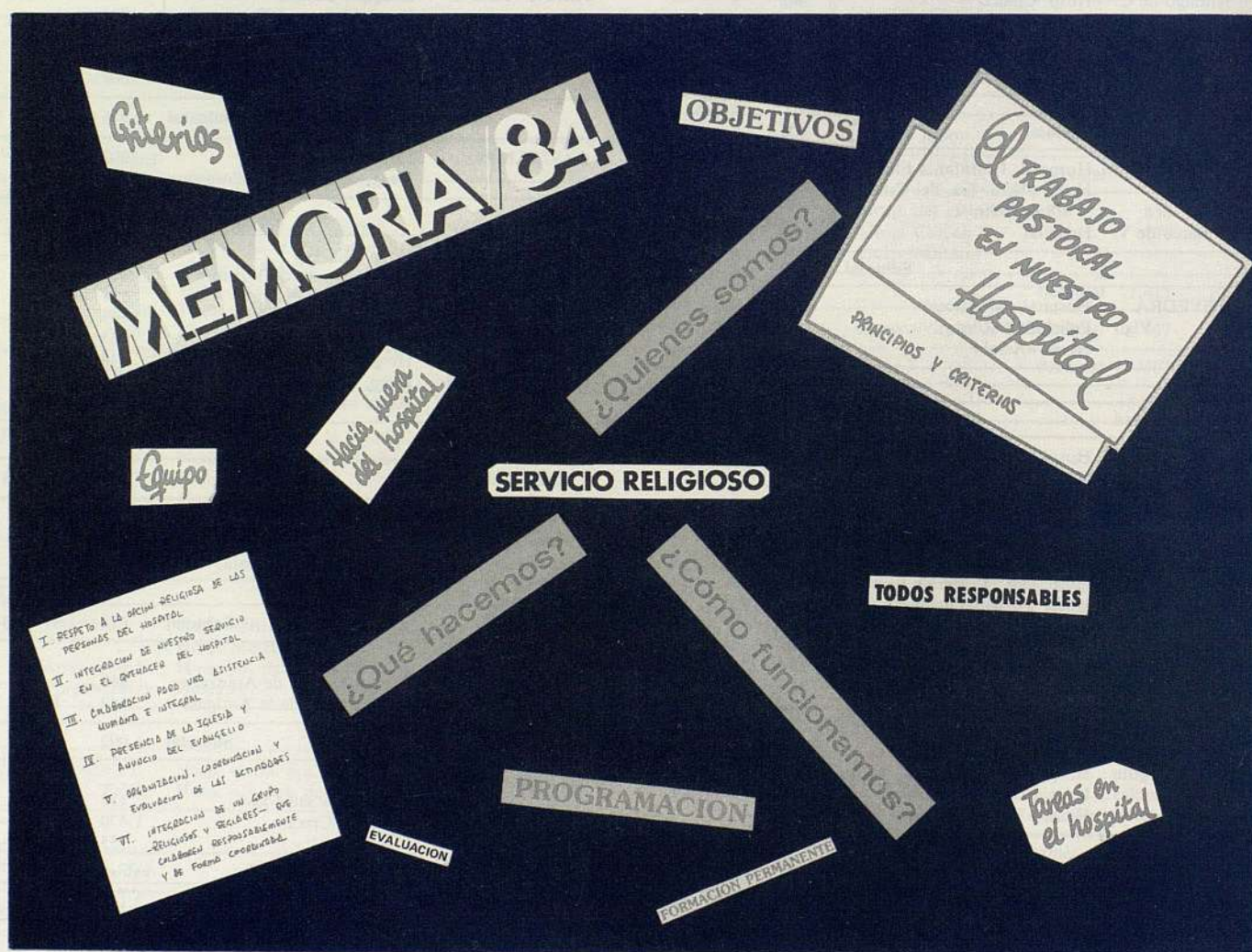
COMUNIDAD AUTÓNOMA	CENTROS HOSPITALARIOS	N.º CAMAS	PLANTILLAS S/ACUERDO		
			1 T. Pleno	2 T. Parc.	
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA					
Pamplona	Hosp. «Virgen del Camino»	638	3	—	
Total comunidad		638	3	—	
LA RIOJA					
LOGROÑO	Hosp. «San Millán»	540	3	—	
Total comunidad		540	3	—	
COMUNIDAD VALENCIANA					
ALICANTE	Hospital General				
	Hosp. Materno-Infantil	894	3	—	
	Alcoy Hospital	304	2	1	
	Elche Hospital General	427	2	1	
	Elda Hospital	301	2	1	
Subtotal		1.926	9	3	
CASTELLÓN	Hosp. «Gran Vía»	202	1	1	
	Hosp. «Ntra. Sra. S. Corazón»	480	2	1	
Subtotal		682	3	2	
VALENCIA	Hosp. «La Fe»	2.040	5	—	
	Hosp. «Arnau de Vilanova»	412	2	1	
	Hosp. «Juan Peset»	381	2	1	
	Hosp. Clínico	769	3	—	
	Gandía Hosp. «San Fco. de Borja»	263	2	1	
	Requena Hospital	46	—	1	
	Sagunto Hosp. «Puerto de Sagunto»	314	2	1	
	Játiva Hosp. «Lluís Alcany»	350	2	1	
Subtotal		4.575	18	6	
Total comunidad		7.183	30	11	
PAÍS VASCO					
ÁLAVA					
Vitoria	Hosp. «Ortiz de Zárate»	614	3	—	
	Hosp. «Santa Ana»	—	—	—	
Subtotal		614	3	—	
GUIPÚZCOA					
San Sebastián	Hosp. «N. Sra. de Aránzazu»	860	3	—	
	Zumárraga Hosp. «N. S. de la Antigua»	142	1	1	
Subtotal		1.002	4	1	
VIZCAYA					
Baracaldo	Sanatorio «San Eloy»	118	1	1	
	Hosp. de Cruces	1.470	5	—	
Galdácano	Hospital	555	3	—	
	Bilbao Sanatorio «Bidarte»	—	—	—	
Subtotal		2.143	9	1	
Total comunidad		3.759	16	2	
MELILLA					
Melilla	Hosp. de la Cruz Roja	151	1	1	
Total general		49.875	223	79	

En la presente relación faltan los centros de Catalunya y Andalucía acogidos a los acuerdos ya firmados o en vías de elaboración, respectivamente, por sus Gobiernos Autónomos y sus Conferencias Episcopales.

Anexo II

Los capellanes a tiempo pleno serán retribuidos por el Instituto Nacional de la Salud con la cantidad de 1.190.000 pesetas anuales, distribuidas en 14 pagas o mensualidades de 85.000 pesetas, y los capellanes a tiempo parcial con la cantidad de 595.000 pesetas anuales, distribuidas en 14 pagas o mensualidades de 42.500 pesetas. Estas retribuciones se actualizarán anualmente de acuerdo con los índices de subida salarial de los empleados de los centros hospitalarios del Instituto Nacional de la Salud.

Los capellanes a tiempo pleno dedicarán a su actividad pastoral ordinaria, cuarenta horas semanales, y los capellanes a tiempo parcial 20 horas semanales. Para la atención a las urgencias religiosas y pastorales, se hará una distribución del tiempo entre todos los capellanes del centro hospitalario de una forma equitativa y proporcional a su grado de dedicación.



PRESENTE Y FUTURO DE LA BIOÉTICA

JAVIER GAFO

Profesor de Bioética
Universidad Comillas - Madrid

Javier Gafo es un intelectual. Pero un intelectual curtido y madurado en la práctica pastoral y en la docencia. En estas mismas líneas deja traslucir atisbos del Documento Episcopal sobre la Eutanasia, publicado en el anterior número de *LABOR HOSPITALARIA*, y en el que él participó como técnico.

Como él mismo indica, ha pasado cuatro meses en Estados Unidos profundizando sus conocimientos en lo que es su especialidad: la bioética.

Desde dicha experiencia realiza en este artículo, con la grave sencillez del maestro, un diálogo con la situación de dicha disciplina en nuestro país. Diálogo en clave de presente y de futuro.

1 PRESENTE DE LA BIOÉTICA

Hace un año tuve ocasión de vivir cuatro meses en USA, dedicándome al estudio de Bioética en el Kennedy Institute of Ethics de la Universidad de Georgetown en Washington. Recuerdo que, a los pocos días de mi llegada, conocí a un profesor de Matemáticas de la pequeña Universidad de New Palz, al norte del estado de Nueva York. Cuando le comenté que me dedicaba a los estudios de Bioética en España, me expresó automáticamente su extraordinario interés y el muy relevante valor que según él tienen todos los temas bioéticos.

Esta sencilla anécdota es muy reveladora de la situación de la Bioética en USA y del contraste con la situación española. En nuestro país, incluso a niveles universitarios, no es infrecuente que al mencionar la palabra *Bioética*, haya que explicar en qué consiste esta ciencia y qué temas aborda. En este punto, la situación estadounidense es especial —explicable por los factores que después enumeraremos— sin que pueda decirse que la situación española sea muy diferen-

te a la existente en otros países europeos como Alemania Federal, en donde me parece afirmar que el número y el nivel de las publicaciones sobre Bioética no es superior al existente en España.

En nuestro país ha existido tradicionalmente la asignatura de Deontología Médica, que formaba parte de los estudios de Medicina Legal y en la que se trataban una serie de temas de Bioética. Es una asignatura que, en los años de la postguerra civil española, tenía entre los alumnos una valoración subjetiva próxima a la de las famosas *tres Marías* de los estudios universitarios y que era impartida desde los esquemas éticos de la moral católica de un Estado confesional. Posteriormente, en la mayoría de las facultades de Medicina —la Universidad de Barcelona ha podido ser una excepción— la Deontología Médica ha quedado absorbida y casi desaparecida dentro de la medicina legal, que tampoco recibe una atención especial por parte de los alumnos de Medicina.

La temática de la *moral médica* ha tenido una supervivencia superior en los estudios de ATS o de Enfermería. En esta persistencia ha influido sin duda

el carácter confesional-católico de numerosas escuelas de ATS o Enfermería en España. Pero también es sospechosa esta situación, que puede reflejar la expectativas existentes sobre el profesional de Enfermería, diversificadas respecto de las del médico¹. En las actuales escuelas de Enfermería, no confesionales, los estudios de Ética para enfermeras se han convertido en opcionales, sin que tengan especial impacto en la formación de las futuras enfermeras.

Tampoco existen estudios de Bioética en otras carreras universitarias españolas, que tendrían que abordar problemas pertenecientes a ese campo, como son las de Biología o Veterinaria. Por otra parte, existe un interés claro por los temas de Bioética entre los estudiantes o profesionales de las carreras que hemos ido mencionando. Por citar un ejemplo personal, año tras año al comenzar un curso de Bioética para los alumnos y alumnas de la Escuela Oficial de Matronas de la Casa de Salud de Santa Cristina en Madrid, les hago una sencilla encuesta en la que expresan de forma muy mayoritaria su gran interés por la temática incluida en la Bioética. Sin embargo les acontece —lo que he observado también en algún ciclo de conferencias en la Facultad de Medicina— que la sobrecarga de materias en los planes de estudio y la menor o inexistente exigencia en la evaluación de la asignatura a través de exámenes, hacen que el interés inicial acabe diluyéndose o quedando muy disminuido.

En este punto es importante subrayar lo que se está haciendo desde los estudios eclesiásticos. Aunque soy parte interesada, me atrevo a afirmar que es dentro del ámbito de estos estudios —y en torno a la llamada tradicionalmente *moral de la vida* o del 5.º mandamiento— donde están abordándose en España con mayor seriedad y sistemática los problemas de la actual Bioética. Y también hay que decir que, en la bibliografía actualmente existente en nuestro idioma sobre temas de Bioética, la aportación realizada desde la teología moral católica constituye, a nuestro entender, el núcleo más importante de lo que se está escribiendo en España sobre estos problemas.

En bastantes casos se trata además de aportaciones que, aun estando escritas desde la perspectiva moral cristiana, pueden ser utilizadas desde ámbitos pertenecientes a otros humanismos o diferentes concepciones de la vida.

Me parece relevante subrayar finalmente que, siempre desde mi punto de vista, las aportaciones a la reflexión bioética procedentes del campo de la moral teológica son superiores cuantitativa y cualitativamente a las que provienen del campo *hermano* y paralelo de la ética filosófica. La evaluación cualitativa evidentemente es mucho más difícil de realizar y siempre quedará coloreada por las propias opciones éticas. No puede perderse de vista que existen en los últimos

años varias publicaciones de teología moral católica, que presentan una visión global sobre los temas de Bioética, que no tienen paralelo en el terreno de la ética filosófica².

Sin pretender ser exhaustivo, debe subrayarse finalmente la preocupación existente por los temas de Bioética desde la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid³ y el giro operado en el último año en la revista *Jano*, dedicada a Medicina y Humanidades, con frecuentes publicaciones de artículos y en donde la presencia de los moralistas católicos vuelve a ser relevante⁴.

También hay que citar el trabajo realizado desde el Instituto de Bioética en la Facultad de Teología de Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

2 PROBLEMAS DE LA BIOÉTICA

Existe una tendencia a reducir la problemática bioética a un número determinado clásico de temas que han sido tradicionalmente objeto de la Deontología Médica: los temas de la anticoncepción, esterilización, aborto, eutanasia, trasplante de órganos, secreto profesional, honorarios médicos... Son los problemas que automáticamente se califican de importantes, cuando se empieza a hablar de Bioética. Pero la problemática bioética es mucho más amplia. Ante todo, el progreso espectacular y acelerado de la Medicina y la Biología suscita continuamente nuevos dilemas éticos de difícil solución y, al mismo tiempo, de muy relevantes repercusiones sociales e históricas de cara al futuro. En este contexto hay que citar necesariamente el problema en torno a las nuevas técnicas de reproducción humana y a las posibilidades abiertas de manipulación genética, que constituyen lo que se podría llamar el *tema de moda* (al que mis alumnas de la Escuela de Matronas consideraban el tema más interesante en la pequeña encuesta que les realizaba al comienzo del curso actual).

Ciertamente, el abanico de temas que se abre al abordar la Bioética es mucho más amplio, e incluso sorprendente y llamativo. Pongamos algunos ejemplos:

- 2.1 Problemática en torno al Consejo Genético: las posibilidades de conocer la probabilidad de que una pareja pueda transmitir a sus descendientes una enfermedad genética hereditaria, plantea algunos dilemas notables. Existe una enfermedad del sistema nervioso, llamada Tay Sachs⁵, que afecta con especial frecuencia a la población judía ashkenazi, procedente de Europa Oriental y que vive en USA. Se trata de una gravísima enfermedad, que lleva irremisiblemente a la muerte del niño nacido con esa enfermedad entre los 2 a 4 años de vida. Hoy en día se puede diagnosticar a las personas, que son sanas, pero que sin embargo transmiten —son portadoras— la enfermedad. Se han dado casos de una pareja, que ha tenido un hijo con tal enfermedad y que acude al consejero genético para conocer el riesgo de tener un nuevo hijo afectado por

la misma enfermedad en un ulterior embarazo. El consejero, al estudiar a la pareja, encuentra con sorpresa que el padre no es portador de la enfermedad. Esto significa que el hijo precedente, afectado por la enfermedad de Tay-Sachs, fue concebido extramatrimonialmente, ya que la posibilidad de una mutación espontánea es tan rara que debe excluirse en la práctica. Las dos líneas de solución que puede adoptar el consejo genético son muy problemáticas. Si informa de la verdad, puede ocasionar graves problemas a la pareja, e incluso su ruptura. Si engaña a la pareja, tendría que decirles que existe, en cada embarazo, un 25 % de probabilidades de volver a tener un hijo afectado, lo cual no es verdad y llevaría, en la mayoría de los casos, a evitar tener descendencia, incluso adoptando medidas radicales anticonceptivas. Saltan a la vista los problemas que se seguirían y el riesgo de que el médico sea acusado de *malpractice*⁶ y llevado a los tribunales.

Un tema paralelo se plantea en torno al «síndrome de resistencia a los andrógenos». Se trata de individuos que nacen con unos genitales externos claramente femeninos y a los que se les atribuye dicho sexo, educándolas como mujeres. Al no presentarse el período al llegar a la pubertad, los padres acuden al médico y éste se encontrará de que se trata de personas, que tienen una sexualidad cromosómica XY masculina y poseen testículos en su cavidad abdominal. Se trata de seres en que la hormona masculina, producida por el testículo fetal —y que es necesaria para la masculinización de los genitales— no ha afectado a los tejidos del feto, ya que no son sensibles a dicha hormona, por lo que la diferenciación de los órganos reproductores externos se realiza en sentido femenino. ¿Se debe decir a esa *joven*, que en realidad es un *muchacho* y que posee testículos? Es obvio el grave impacto psicosexual de una tal información a una *joven*, que ha sido educada como mujer y que, de repente, tiene acceso a la noticia de que su sexo cromosómico y gonadal es masculino⁷.

2.2 Hace unos meses se produjo en USA un caso realmente curioso y dramático. Se trataba de un hombre adulto casado y que padecía una grave deficiencia renal, que le obligaba a un continuo sometimiento a la hemodiálisis. Se le realizó un trasplante renal, que fracasó por producirse un rechazo del órgano. Ante esta situación, el enfermo planteaba la siguiente solución: intentar que su propia mujer quedase embarazada y provocar el aborto al final de la gestación, de tal forma que los riñones de su *hijo* le sirviesen para el deseado trasplante renal. La intervención es técnicamente posible y, desde el punto de vista médico, podría ser la solución terapéutica para su deficiencia renal.

2.3 En un hospital estadounidense se planteó el problema de un joven accidentado, con sección de médula y que se negaba totalmente a cualquier tipo de terapia médica, que pudiese prolongarle la vida. Pertenece a una reducida secta religiosa, que rechazaba todo tipo de intervención médica y que exigía que, en es-

tos casos, únicamente es legítimo llamar a los presbíteros de la propia comunidad para que recen sobre el enfermo y le impongan las manos. ¿Cuál debe ser la actitud de los médicos y las enfermeras en tales situaciones?

2.4 Hoy se considera extraordinariamente importante que los deficientes psíquicos, que tienen que vivir en instituciones ad hoc, lo hagan en centros donde convivan con personas del sexo contrario. Se afirma, con plena razón, que el deficiente psíquico no es un ser asexual y que, por tanto, en todo el proceso de su educación y desarrollo de sus limitadas potencialidades psicológicas, hay que tener en cuenta que son individuos sexuados (dentro de esa afirmación, claramente asumida, de que sexualidad es más que genitalidad). Se citan casos de deficientes psíquicos con comportamientos muy agresivos o con absoluto desinterés por sí mismos y por su entorno y cuya actitud mejora ostensiblemente al trasladarlos a instituciones *bisexuales*. Saltan a la vista los problemas que pueden presentarse y que se derivan fundamentalmente del riesgo de embarazos absolutamente indeseables, por el riesgo de transmitir enfermedades hereditarias o por falta de preparación para una paternidad responsable. Se insiste, al mismo tiempo, que atribuimos al comportamiento de los deficientes psíquicos un significado más genital-sexual, que el que realmente poseen. Su deficiencia psíquica y las grandes limitaciones de comunicación conceptual y verbal les lleva a utilizar más el cuerpo como vehículo de expresión de sus vivencias y de su afectividad, frecuentemente muy desarrollada⁸.

En cualquier caso, es indiscutible que se plantean muy graves problemas en una forma de paternidad objetivamente irresponsable. ¿Qué medidas anticonceptivas son éticamente aceptables en estos casos? ¿Se puede en tales casos instigar e incluso imponer la esterilización como medida preventiva? Notemos que este problema no sólo tiene vigencia desde un planteamiento moral católico —por las características de la respuesta de la Iglesia en el tema de la anticoncepción—. Desde un modelo *secular* de Bioética, en el que la existencia de un *consentimiento informado* constituye un pilar ético para la eticidad de cualquier intervención biomédica, el problema sigue persistiendo. Es claro, en los casos que acabamos de exponer, que no existe ningún tipo de consentimiento para la esterilización del propio deficiente psíquico, o que ese permiso es meramente externo y superficial, sin que pueda hablarse nunca de un auténtico consentimiento real o informado.

3 UN ÁMBITO FUNDAMENTAL DE LA BIOÉTICA

Recuerdo que hace diez años, cuando trabajaba en Roma en mi tesis doctoral, un compañero estadounidense, que tenía amplia experiencia de trabajo pas-toral en varios hospitales de su país, me aludía a la

tendencia existente en su campo de acción a identificar los temas de Bioética con los que hemos ido apuntando con anterioridad. Y me decía que, en su opinión, el principal problema bioético quedaba frecuentemente soslayado o excesivamente relegado a un segundo plano. Este tema fundamental es el de la forma de relacionarse con la persona enferma, de saber acercarse a ella, de tener la capacidad de proporcionarle no sólo un tratamiento adecuado desde el punto de vista terapéutico sino, con el mismo nivel de competencia, una eficaz atención humana.

Nos parece que esta ampliación de la temática bioética —en la dirección que acabamos de indicar— es absolutamente necesaria y esencial. En primer lugar, porque aun desde el punto de vista cuantitativo, ahí es donde mayor número de problemas se presentan, en los que están implicadas relevantes actitudes éticas. Pueden existir bastantes casos en los que se presentan los temas de la inseminación artificial, el aborto y otros concretos temas clásicos, pero no constituyen sino la punta del iceberg, debajo del cual se esconde un amplio abanico de situaciones éticas *normales*, no-llamativas, pero de repercusiones éticas sumamente trascendentes. Es aventurado dar cifras, pero es fácil que más del 95 % de las relaciones entre el enfermo y el personal sanitario no rocen los problemas clásicos, que tendemos a identificar con los contenidos de la Bioética.

No sólo se trata de que el concepto de *consentimiento informado* se convierta en pilar básico regulador de las relaciones del médico con el enfermo, tal como está sucediendo en muchas publicaciones y discusiones en USA. Se trata de reconocer que el denominador común básico y el medio ambiente, en el que se desarrollan los grandes y pequeños temas, lo comunes y los llamativos, de la problemática bioética, es la relación interhumana entre la persona enferma y aquellos, que por profesión y vocación, tienen que atender a aquélla.

Ahí es donde se sitúa el problema más agudo de la Bioética. La necesaria e inevitable socialización de la Medicina está creando hospitales mastodónticos, carentes de alma y humanidad, donde el enfermo se convierte en un mero número (dicho gráficamente, el de Madrid es el 28 barra) sobre el que se inclinan diariamente más de 25 personas, sin que ninguna de ellas entable con el paciente una relación personal y humana⁹. A ello hay que añadir lo que se está llamando nuestra *cultura de la muerte*, que no sabe asumir el hecho de morir, que lo vivencia angustiadamente y hasta de forma tabuizada¹⁰. Resultado de todo ello es que el enfermo y el moribundo se convierten en los *grandes perdedores*, ya que no encuentran sitio aquellos que no rinden o producen —la terrible muerte sociológica de los ancianos que precede a la muerte

física y que es aún más dura. Hay una abundante bibliografía que está estudiando todos estos temas.

La Tanatología es una auténtica ciencia, con numerosas publicaciones y existe una honda preocupación por *ayudar a bien morir* en el convencimiento de que nuestra civilización ha avanzado mucho, ha desvelado muchos misterios, pero ha perdido de vista algo que el hombre de tiempos pasados sabía mejor y afrontaba con mayor naturalidad y humanidad, el *saber morir*. Se está escribiendo que es extraordinariamente importante que el hombre actual aprenda a volver a integrar la muerte en sus coordenadas vitales, como un hecho tan natural como el nacer, crecer o reproducirse¹¹.

En pocas palabras, la Bioética, además de abordar una serie de temas candentes o polémicos especialmente actualizados por el progreso de las ciencias biomédicas, tiene ante sí la tarea de reflexionar sobre la situación médica, que pertenece a la actualidad y normalidad del cada día y que repercute en la continua relación entre el médico y el paciente. Los contenidos de las Cartas de los Derechos de los Enfermos, un movimiento que arranca al comienzo de los años 70 —y que ha hecho entrar en crisis a los tradicionales Códigos Deontológicos— contienen un amplio e importante muestrario de toda esta problemática: atención considerada y respetuosa al enfermo; información al paciente sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico; necesidad de un *consentimiento informado* para cualquier intervención que se realice en el paciente; reconocimiento de que el paciente tiene derecho a rechazar ciertos tratamientos; respeto a su intimidad; confidencialidad y secreto médico; derecho del enfermo a que las estructuras, personas y funcionamientos de las instituciones estén a su servicio...¹².

4 BIOÉTICA «MADE IN USA»

La situación de la Bioética en USA es interesante para reflexionar sobre el futuro de esta disciplina. Es indiscutible el muy alto nivel que se ha conseguido en estos temas en los últimos años.

El número de publicaciones sobre Bioética, existente en USA, es realmente extraordinario e incomparablemente superior al existente en otros países. Son muchísimas y en número creciente las Schools of Medicine que poseen cursos de Bioética para sus alumnos. Existen desde simples cursos o seminarios opcionales, hasta departamentos, en los que pueden o deben participar los estudiantes de Medicina. Hay que afirmar que la presencia de la Bioética en las universidades estadounidenses es muy sustantiva.

Otro aspecto relevante de la situación USA es la gran proliferación de los comités éticos en los hospi-

tales. En el año 1982, sólo tenían tales comités menos del 1 % de los hospitales, pero se calcula que actualmente la cifra asciende al 10 %¹³.

Su objetivo lógico es abordar, con criterio de independencia, los difíciles y complejos dilemas éticos que se plantean en la praxis hospitalaria. La tendencia acentuada es que la composición de estos comités sea interdisciplinar, de tal forma que no sólo participen representantes del sector bio-médico, sino también de otros sectores sociales. En España se percibe en algunos ambientes médicos una cierta resistencia a la existencia de dichos comités. Salta a la vista que será necesario que estos comités funcionen con seriedad y eficacia, sin que se conviertan en inútiles y formalistas trámites burocráticos.

La producción bibliográfica existente en USA es abundantísima; me atrevería a decir que hasta excesiva, por su carácter a veces repetitivo¹⁴. Existen en aquel país dos centros de estudio de Bioética, especialmente relevantes: El Hastings Center (en Hastings-on Hudson, en el estado de Nueva York) y el antes citado Kennedy Institute of Ethics (antes Bioethics) de la Universidad de Georgetown (de la Compañía de Jesús) en Washington.

La reflexión bioética estadounidense está muy marcada por los esquemas culturales y éticos de aquel gran país. De ello resultan una serie de **aspectos claramente positivos**.

4.1 Es sumamente positivo el clima de diálogo, de respeto mutuo, imperante en las publicaciones de Bioética, existentes en aquel país... En una sociedad tan compleja y plural se ha podido encontrar un terreno común, en el que pueden abordarse los difíciles temas de la Bioética actual desde diversos credos religiosos o diferentes concepciones de la vida. Es frecuente en algunas publicaciones el que se presenten en una misma obra planteamientos complementarios e incluso claramente discrepantes. Hay una gran tendencia a reflejar en las publicaciones y en las discusiones los altos niveles de pluralismo existentes en USA y el clima es de diálogo, de mayor respeto que el que puede existir frecuentemente en España.

4.2 La presencia de la Bioética en las universidades y en los hospitales de Estados Unidos es sumamente relevante, muy superior a la que se da en España y en la mayoría de los países europeos. La existencia de un reconocimiento universitario a los estudios de Bioética y la importante dotación económica de las universidades USA posibilita la dedicación plena de un gran número de especialistas y la consecuente existencia de una muy amplia bibliografía sobre Bioética.

4.3 La reflexión ética sobre toda esta problemática brota de la aceptación generalizada de una serie de principios éticos, que forman parte del humanismo cristiano, pero que son comunes con otros humanismos: el reconocimiento de la dignidad y la libertad de la persona humana, la dimensión social del ejercicio de la Medicina, el énfasis en el respeto de la vida humana

(aunque queda cuestionado en el tema del aborto), el énfasis en el carácter adulto de la persona humana (que no debe quedar disminuido por el hecho de ser un enfermo). Como hemos mencionado anteriormente, el principio del *consentimiento informado* es un elemento básico al abordar la mayoría de los dilemas bioéticos. Se subraya la dificultad de llegar a un verdadero consentimiento informado, por las peculiares características de la relación médico-enfermo y por la dificultad de que el último pueda tener una información idónea y completa, pero se mantiene siempre la exigencia de que debe hacerse todo lo posible para llegar a un real consentimiento informado.

4.4 Otro aspecto muy positivo es el de la implicación de la sociedad en la discusión de los problemas bioéticos; éstos no quedan encerrados en el ámbito de discusión de los especialistas e investigadores implicados, sino que son objeto de amplio debate social y político. Se han creado una serie de comisiones —la más relevante es la Comisión Presidencial¹⁵— en las que se han abordado con gran seriedad los principales problemas bioéticos que se han ido planteando en aquel país. En la elaboración de todos estos informes, se ha tenido en gran cuenta las posiciones de los distintos grupos religiosos estadounidenses y de las diferentes concepciones filosóficas.

4.5 La reflexión ética es sumamente positiva y valiosa. Considero que hoy no puede reflexionarse con amplitud sobre la problemática de la Bioética, sin tener en cuenta, por su calidad y su cantidad, lo que se está escribiendo en USA. Sin embargo, en este punto se refleja un rasgo característico de la sociedad estadounidense: su falta de apertura hacia otros ámbitos culturales y sociales (algo que se refleja, por ejemplo en la mala información internacional de la prensa y la TV). En un centro como el Kennedy Institute, con una extraordinaria biblioteca, no están representados los grandes nombres que están reflexionando sobre Bioética en el ámbito no anglosajón (con la excepción de B. Haering)¹⁶.

Junto a estos aspectos, que valoramos en su conjunto como muy positivos, aparecen **otros discutibles o claramente negativos**. Son los siguientes:

4.6 La reflexión bioética existente en USA refleja muy marcadamente el *background* ético y cultural de aquel país. Esto es lógico, pero puede ser al mismo tiempo parcial. El pragmatismo y el sentido utilitario de la cultura estadounidense es muy marcada en la respuesta a los dilemas éticos que se plantean. Lo mismo puede decirse del gran relieve que se concede a la *privacy*, la privacidad del individuo. Este énfasis en la privacidad es evidentemente valioso: significa el reconocimiento de la dignidad de la persona humana, pero también puede servir para fomentar actitudes de indiferencia y de falta de compromiso y de relación interhumana con las demás personas, especialmente importante en el caso de la enfermedad.

4.7 El tema de la *malpractice* es muy candente en USA.

Mientras que en los años 70, había 5 juicios por *malpractice* por cada 100 médicos, en 1983 la cifra ha ascendido a 16; en este mismo año el volumen global de indemnizaciones dadas a pacientes, como consecuencia de juicios de *malpractice*, ascendió a 2.000 millones de dólares. Consecuencia de ello es que las primas de los seguros médicos para poder cubrir las acusaciones de negligencia o error médico se han disparado. En Long Island (Nueva York), pueden ascender a 100.000 dólares anuales¹⁷.

Se está escribiendo mucho sobre la *malpractice* y, lo que es más significativo en este punto, la referencia a este tema es bastante frecuente a las reflexiones éticas. Los aspectos legales o penales interfieren mucho con las respuestas éticas. Ciertamente en el juicio moral debe tenerse en cuenta cuáles son las consecuencias penales y económicas que podrían caer sobre el médico, en caso de que pudiese ser acusado de mala práctica, pero en ciertas ocasiones ese aspecto está en un excesivo primer plano. Salta a la vista la gravedad de una situación en que la relación médico-enfermo deja de desarrollarse en una atmósfera de confianza y en donde el médico tiende a ver en su paciente a un potencial recurrente ante los tribunales.

4.8 Otro aspecto llamativo de la bibliografía estadounidense es la **referencia a los aspectos económicos del ejercicio de la Medicina**. El tema de la *escasez de recursos* es frecuentemente abordado. Resulta llamativo que esto suceda precisamente en el país más poderoso del mundo, pero al mismo tiempo uno de los más complejos y donde los costes del ejercicio de la Medicina se ha disparado de forma especial. Para nuestra mentalidad latina menos pragmática, resulta llamativa esa claridad con que se plantea abiertamente ese aspecto económico del ejercicio de la Medicina.

A ello va unido el carácter eficaz, competitivo, joven de la sociedad estadounidense y donde las aspiraciones de bienestar son muy fuertes. Es un factor que incide en una especial dificultad por aceptar e integrar a las personas que no rinden ni producen. Es algo que se observa en relación con el tema de los niños nacidos con malformaciones, en los problemas de la eutanasia y de los deficientes psíquicos.

4.9 Antes indicábamos como un elemento muy positivo la creación de una *cancha de juego* en que pueden dialogar distintas concepciones religiosas o filosóficas de la vida. Pero al mismo tiempo puede tener una consecuencia negativa. **La dilución de los rasgos característicos de cada ética concreta**. Es un aspecto que puede afectar también a la ética de inspiración cristiana, que puede correr el peligro de moverse en el círculo de los valores éticos, comunes con otras concepciones morales, diluyendo aspectos importantes de su propio ethos. Si en el pasado, la Bioética confesional católica de USA era importante, hoy puede aparecer como oscurecida dentro del marco de los valores éticos de aceptación generalizada. Algo tan característico de la ética de inspiración cristiana —que se ex-

presó marcadamente en la medicina medieval de los monasterios— como es el servicio por amor al pobre, disminuido, al débil, puede estar excesivamente ensombrecido. Esta tendencia está además acentuada por los rasgos de la cultura estadounidense que antes mencionábamos: énfasis en la privacidad, productividad, pragmatismo... Desde una ética de inspiración cristiana, debe subrayarse siempre que la relación entre las personas debe darse en una clave de amor, de generosidad, de especial dedicación al pobre, débil y disminuido, y no sólo en clave de reconocimiento frío de la existencia de unos derechos y obligaciones.

5 FUTURO DE LA BIOÉTICA

Es evidente que la Bioética tiene ante sí una importantísima misión. Los acelerados progresos que se van a seguir produciendo en los campos de la Biología y de la Medicina van a plantear graves retos a los principios éticos del individuo y de la sociedad.

Hay una clara conciencia de que el desarrollo científico no puede —éticamente— hacer todo lo que puede —técnicamente— realizar y de que se trata de temas que no pueden dejarse exclusivamente en manos de los hombres de ciencia por las grandes y graves implicaciones sociales que conllevan.

Por estas causas, nos parece importante subrayar una serie de conclusiones finales:

5.1 **Es necesario y urgente el debate interdisciplinar sobre muchos temas bioéticos.** En este debate deben estar presentes la Medicina, la Biología, la Sociología, la Psicología, la Ética y el Derecho, para encontrar cauces de respuesta a múltiples interrogantes dentro de sociedades pluralistas. Son temas de extraordinaria gravedad de cara al futuro de la vida en general y del hombre y que exige su afrontamiento desde un profundo sentido de la responsabilidad y desde la mejor sabiduría humana.

5.2 **Debería programarse una formación articulada en temas de Bioética y que se impartiese a los alumnos que cursan los estudios de Medicina y Biología.** Es indiscutible que, junto a la formación estrictamente técnica, no es menos necesaria la profundización en una problemática que va a formar parte del ejercicio profesional. El ejemplo de las universidades de Estados Unidos podría ser imitado: por medio de diferentes cauces académicos se hace posible esta formación en temas de Bioética.

5.3 **El camino de los comités éticos parece ser otra necesidad que se impone, a pesar de su peligro de convertirse en cauces meramente burocráticos.** Estos comités deberían tener rango nacional y asimismo

funcionar como comités hospitalarios ante los difíciles dilemas que plantea hoy la praxis médica. La problemática en torno a la experimentación humana debería estar encauzada por comités ad hoc. En este punto concreto, la necesidad es especialmente urgente ante los grandes retos planteados por la manipulación genética aplicada al ser humano.

5.4 La problemática bioética es especialmente intensa en el seno de sociedades pluralistas, en las que coexistan diversas concepciones de la vida y diferentes valoraciones éticas. En un clima de diálogo y respeto mutuo, y sin pretender claudicaciones en las propias opciones éticas personales debe crearse un terreno de consenso para situar en él las discusiones morales, con un profundo respeto a las concepciones particulares o minoritarias.

La categoría ética de la responsabilidad se ha convertido en un principio ético fundamental. El espectacular avance técnico ha modificado básicamente el quehacer ético. Hemos pasado de una *ética de la simultaneidad*, centrada en el círculo de lo cercano y en la relación del hombre con sus semejantes, a una nueva ética en que el quehacer moral adquiere una dimensión de futuro e incide en el dominio del hombre sobre la naturaleza¹⁸. El desarrollo tecnológico es sumamente importante, pero como bien afirma H. Sachse¹⁹,

«Lo que determinará nuestro futuro no es la solución de los problemas técnicos, sino de los problemas éticos».

BIBLIOGRAFÍA

1. En los Códigos de Enfermería ha existido una insistencia en la ética, incluso en la vida privada de las enfermeras: tiene un gran relieve en el Código del International Council of

- Nurses de 1965, siendo modificado en este punto en el Código de 1973.
2. Ver, por ejemplo, las siguientes obras:
VIDAL, M.: *Moral de Actitudes II*, PS, Madrid (1.ª edición, 2.ª edición, 1985).
HORTELANO, A.: *Problemas actuales de Moral II*, Sígueme, Salamanca.
ELIZARI, J.: *Praxis Cristiana II*, Paulinas, Madrid.
3. Debe citarse la labor realizada por el profesor Diego Gracia desde la Cátedra de Historia de la Medicina de Madrid, continuando la labor del profesor Pedro Laín Entralgo.
4. *Jano*. Revista de Medicina y Humanidades. Edit. Doyma, Barcelona.
5. Ver GAFO, J.: *Eugenesis: una problemática moral reactualizada*. Univ. Pontificia Comillas (Lección Inaugural, 1985-1986), págs. 16-17.
6. El término de *mala práctica* incluiría las negligencias, desatención, errores médicos...
7. GAFO, J.: *Ibid.*, pág. 24.
8. SPORKEN, P.: *Die Sexualität im Leben geistiger Behinderter*. Patmos, Düsseldorf, 1980.
9. GAFO, J.: *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Paulinas, Madrid, 1984.
10. ARIÈS, Ph.: *Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du moyen âge à nos jours*. Seuil, París, 1975.
11. REVERDIN, C.: *La mort restituée*, Labor et Fides, Genève, 1982.
12. Cf. el PATIENT'S: *Bill of rights* de la American Hospital Association. Aprobada el 6 de febrero de 1973.
13. *New York Times*, 4 noviembre 1984.
14. Cf. GOLDSTEIN, D. M.: *Bioethics. A Guide to Information Sources*. Gale Research Company, Detroit, 1982.
15. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research.
16. Por ejemplo, autores tan característicos en el campo de la Bioética como P. SPORKEN, J. GRUENDEL, F. BOECKLE, M. VIDAL no están representados en la biblioteca del Kennedy Institute.
17. *Time*, 28 de enero de 1985.
18. Cf. JONAS, H.: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik Für die technologische Zivilisation*. Frankfurt, 1982.
19. SACHSE, H.: *Technik und Verantwortung. Probleme der Ethik in technischen Zeitalter*, Freiburg, 1972, 122.

Próximo número de *Labor Hospitalaria*

Monográfico sobre CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS

- Una reflexión sobre los derechos y deberes en el campo de la asistencia sanitaria a lo largo de la historia.
- Una síntesis de los códigos, juramentos y declaraciones más significativos elaborados sobre el tema.

PROMULGADA LA LEY DE SANIDAD

La Ley de Sanidad, que fue aprobada por el Senado el 27 de febrero de 1986, que posteriormente pasó al Congreso de los Diputados donde fue debatida y aprobada, y que con fecha 29 de abril de 1986 aparece publicada en el *Boletín Oficial del Estado* para su conocimiento oficial, viene a sustituir a la Ley de Bases de 1944 y a la Ley de Hospitales de 1962.

Dicha ley:

- Regula las acciones que permitan hacer realidad el derecho a la protección de la salud que tienen todos los ciudadanos españoles y extranjeros residentes en España tal como reconoce nuestra Constitución.
- Está elaborada como norma básica de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional, con excepción de algunos artículos para determinadas Comunidades Autónomas.
- Tiene como principio orientador prioritario la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Pretende ser igualitaria en su aplicación, tanto en lo que se refiere a las personas como al territorio.
- Introduce la participación comunitaria tanto en la formulación de la política sanitaria como en el control de su ejecución.
- Aparecen en ella los derechos y las obligaciones de los pacientes.
- Integra la atención al enfermo mental en la red general asistencial, tanto en lo que se refiere a la asistencia en ambulatorios como en la hospitalización parcial y atención a domicilio. También los enfermos agudos serán tratados en los hospitales generales.
- Respeta las competencias de las Comunidades Autónomas en materia sanitaria de acuerdo con lo establecido en sus respectivos Estatutos. No obstante, las mismas no podrán organizar su política sanitaria al margen de dicha ley.
- El Estado se reserva la Alta Inspección con atribuciones importantes.

Son características fundamentales del Sistema Nacional de la Salud.

- La extensión de sus servicios a toda la población.
- La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprendiendo tanto la promoción de la misma, la prevención de la enfermedad como su curación y rehabilitación.

- La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- La prestación de una atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
 - a) Basa la organización de la Sanidad en la creación de Áreas de Salud, que abarcará una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000.
 - b) Para la organización de estas Áreas de Salud se establecerán los siguientes órganos:
 - De participación: Consejo de Salud del Área.
 - De dirección: Consejo de Dirección del Área.
 - De gestión: Gerente del Área.
 - c) Reconoce la libertad de empresa en este sector, mas para poder trabajar en régimen de concertación con la Administración, establece una serie de principios muy restrictivos.
 - d) Prevé la posibilidad de que todo el potencial del Sistema Sanitario pueda ser utilizado para la docencia tanto de Pre-grado como de Post-grado.
 - e) Pretende incrementar la investigación en materia de salud.

Estos puntos que acabamos de reseñar creemos que recogen algunos de los aspectos importantes que encierra dicha Ley. Evidentemente no agotan todo el contenido de la misma, lo que por supuesto, no hemos pretendido.

A pesar de que esta Ley supone un avance importante en la organización de la Sanidad del país, y de que todo el sector sanitario la estaba esperando, estamos convencidos de que posee muchas lagunas, que a importantes grupos, sobre todo de profesionales de la salud, ha dejado insatisfechos.

Es ciertamente centralista y, por tanto, poco autonómica. En todo su desarrollo se observa una línea marcadamente estatizadora dejando escasas opciones a todas aquellas instituciones sanitarias que no pertenezcan a la Administración.

De todas formas habrá que esperar a que la Ley comience a ponerse en práctica, a que se dicten los diversos Reglamentos de funcionamiento para poder valorar con conocimiento de causa el alcance de la misma.

Lástima que una Ley tan importante como ésta, que afecta a uno de los elementos básicos en la persona, como es la salud, no haya tenido más en cuenta, a la hora de su elaboración, la realidad pluralista del pueblo español.

DEBATE DE «LA UNIÓN»

Presentábamos en el número anterior una relación del II Debate de LA UNIÓN. Creemos conveniente la publicación en el presente del resumen de las aportaciones del mismo, una vez llegadas a nuestra Redacción.

II DEBATE DE «LA UNIÓN»: RESUMEN DE LAS APORTACIONES

1. La accesibilidad de toda la población al sistema sanitario ha de ser responsabilidad del Estado. En una sociedad que tiene graves limitaciones económicas pero que pretende una mayor justicia social, para ejercer una sanidad responsable, se han de tener en cuenta los colectivos marginados que no tienen acceso al dispositivo sanitario.
2. Una vez definida la responsabilidad de todos en la sanidad, ha de reorganizarse el sistema y evitar el gasto yatrogénico, adecuando los recursos a las necesidades y disminuyendo la burocratización. Las decisiones políticas se basarán en estudios técnicos y no en intereses de grupos de poder.
3. Frente a la falta de planificación para distribuir de manera equitativa los escasos recursos destinados a la sanidad, debe reordenarse el sector con el fin de evitar que haya ciudadanos y hospitales de primera y segunda clase. Debe existir una independencia total entre el planificador, el financiador, el gestor y el controlador.
4. En una sociedad libre, la persona ha de serlo para poder decidir qué hace con su salud, de la que ha de ser responsable. Existe contradicción entre un mundo pluralista y unas ofertas restringidas a la mayoría. Es por ello que debe darse libertad de opciones dentro de las posibilidades del marco económico-social.

5. Ha de abandonarse la eterna discusión público-privado, dejando de lado la discriminada asignación de recursos entre instituciones públicas y privadas.
6. El hospital, donde se dispone de recursos necesarios, se centra en la enfermedad biológica y las especialidades; la Asistencia Primaria en la prevención y educación sanitaria. Desgraciadamente, para abordar el nivel psicológico de la enfermedad, disponemos de poco más que la intuición. Por eso es necesario la introducción de psicólogos en los hospitales con el fin de apoyar al personal sanitario, realizando una labor integrada e integradora que en ningún momento disocie más al enfermo.
7. Los Derechos del usuario han de ser «más que una declaración de principios». Se ha de involucrar al personal asistencial y responsabilizar al usuario, ya que el individuo ha de ser actor social, no paciente. Es evidente, por tanto, que ha de fomentarse la no dependencia a través de una mayor formación e información.
8. En una sociedad *medicalizada* cabe preguntarnos si la salud no nos es impuesta. La cultura de una sociedad define las enfermedades y crea otras nuevas. ¿Qué es la salud? ¿Bienestar o aptitud para la producción? ¿Este exceso de *medicalización* no ha estado fomentado por el Estado para intervenir en la sanidad, tanto a nivel global como individual?
9. Hace falta una formación *socio-humanística* del médico y una reflexión sobre el trabajo diario en las instituciones para elaborar criterios. De un amplio diálogo médico-paciente se derivará una mejor asistencia y será necesaria una menor legislación sobre la *malpráctica*. El exceso de tecnología no nos ha de apartar del diálogo y la humanización.
10. La estructura sanitaria está basada en la asistencia de agudos; el progresivo envejecimiento de la población nos obliga a su replanteamiento y a una coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

NUESTRO ASESOR, DOCTOR ABEL, NOMBRADO PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE BARCELONA

El padre Francisco Abel, S.J., nuestro asesor en las vertientes éticas en el campo de la salud y Jefe del Servicio de Planificación Familiar en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, ha sido nombrado Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

El padre Abel, médico, sacerdote, tocoginecólogo y especialista en el campo de la Bioética médica, ve con este nombramiento un nuevo reconocimiento a su incansable labor en torno a los problemas éticos que plantea la vida humana y concretamente

la atención al mantenimiento y restablecimiento de la salud del hombre.

Nos congratula extraordinariamente este nombramiento al frente de la Comisión Deontológica a la que ya pertenecía el padre Abel y le auguramos una tan fructífera labor en este aspecto de la profesión médica como resulta su actuación al frente del Servicio de Planificación Familiar y del Instituto de Bioética de Sant Cugat del Vallès del que es director.

SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE BIOÉTICA EN BARCELONA

Los días 29 a 31 de mayo ha tenido lugar en Barcelona, bajo los auspicios del Instituto de Bioética de Sant Cugat del Vallès, el Simposium de Bioética de la FIUC (Federación Internacional de Universidades Católicas). En este Simposium al que ha asistido el cardenal de Milán, Carlo M. Martini, se han reunido biólogos, médicos, teólogos y filósofos de todo el mundo para un

diálogo en torno a diversos temas y en especial el aborto espontáneo.

En efecto, el padre Abel, director del Instituto de Bioética de Sant Cugat, explicó al término del Simposium cómo en el anterior Simposium celebrado en Bruselas, las aportaciones genéticas habían puesto sobre el tapete algunos problemas de diagnós-

tico prenatal que motivaron al cardenal Martini a animar la prosecución de diálogos en vista a profundizar las causas del aborto espontáneo.

Asimismo, se ha abordado en Barcelona la psicología del aborto y en relación a ello se ha concluido en la necesidad de apoyar estudios que profundicen en las relaciones materno-filiales en las distintas etapas de la gestación.

El moralista alemán Boeckel planteó también la interpretación del lenguaje del magisterio cuando trata cuestiones de bioética, señalando cómo «debe distinguirse cuando el lenguaje del magisterio es dogmático o puramente parenético o exhortativo y cómo conviene formar a los fieles en la distinción de ambos lenguajes».

Al finalizar el Simposium el padre Lucien Michaud declaró que los resultados serán elevados, como en anteriores encuentros, a la Congregación para la Educación Católica.

El cardenal Martini declaró: «no estoy aquí como científico ni como moralista sino como pastor: he venido a escuchar». Esta misma disposición receptiva mantuvieron el cardenal Narcís Jubany y el obispo de la Seo d'Urgell, Joan Martí, quienes asistieron a algunas de las reuniones.

Este tipo de reuniones, como la de Barcelona, resultan idóneas para un diálogo interdisciplinar que permita un adentrarse con serenidad en campos nuevos y en ocasiones insospechados que el avance de las ciencias genéticas posibilita y en los que se requieren interpretaciones sopesadas.

SIMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE «COMITÉS DE ÉTICA» EN MILÁN

Los días 23, 24 y 25 del pasado mes de mayo tuvo lugar en Milán un Simposium Internacional sobre *El Comité de Ética en los hospitales*.

Convocado conjuntamente por el Centro Internazionale Studi Famiglia y el Centro Internazionale Fatebenefratelli, reunió a más de un centenar de profesionales, sacerdotes, médicos y docentes, con inquietudes en cuanto al papel de los Comités de Ética en el mundo de la Sanidad y concretamente en los hospitales.

Necesidad de un intercambio de experiencias que viene unida a la necesidad de un acuerdo con la terminología: ética, bioética y deontología: tres aspectos diversos de un juicio sobre el comportamiento humano y profesional; humanización, otro término que se utiliza frecuentemente para indicar el modo cotidiano de encontrar al enfermo.

Algunas de las experiencias aportadas mostraron la vertiente

suprahospitalaria de las discusiones éticas. Así como las aportaciones francesas en las que se vislumbró la actuación de un comité nacional, plural y numeroso.

En otras vertientes se defendió más el comité local, del propio hospital con una composición más restringida, 7 a 10 miembros, pero con vivencia más directa e inmediata de las problemáticas cotidianas surgidas.

Tanto en uno como en otro sentido se concluyó en la necesidad de seguir poniendo en marcha los comités de ética especialmente en el mundo de hoy en que el gran desarrollo tecnológico puede facilitar la deshumanización en los hospitales, cuando, por el contrario, se vive intensamente la necesidad de una marcha hermanada de la técnica y la humanización.

En este devenir surgen continuamente problemas éticos a resolver que requieren aportaciones de puntos de vista diversos.

PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS Y EL ABORTO

Un grupo de profesionales sanitarios cristianos, vinculados a la Delegación de Pastoral Sanitaria de la diócesis de Madrid, han estado reflexionando sobre su actitud ante la realidad del aborto, ya despenalizado en tres de sus supuestos.

Como fruto de dicha reflexión ha surgido un recurso de súplica al Defensor del Pueblo y un comunicado al Comité Episcopal de Defensa de la Vida.

Publicamos ambos documentos, suprimiendo la identificación personal contenida en el primero de ellos.

Exponemos:

- 1.º Que tras la entrada en vigor de la Ley reguladora del aborto y la variedad casuística de los supuestos que en la práctica diaria vienen produciéndose, hemos venido a constatar la importante laguna legal que representa la falta de una normativa concreta en materia de **Objeción de Conciencia** en los distintos niveles posibles de colaboración al aborto, mediante la cual quedara a salvo la libertad de las distintas categorías y clases de profesionales sanitarios para mantener sus propias convicciones morales, sin incurrir en una clara falta de deber profesional.
- 2.º El personal realmente afectado por esta situación comprenden médicos, diplomados en Enfermería, ATS, auxiliares de Clínica, auxiliares administrativos y celadores. Hemos podido comprobar las injustas consecuencias derivadas para ellos del derecho reconocido por la despenalización de los supuestos del aborto legal.

Frente a ese derecho, consideramos que deben ser puestos en idéntico nivel de amparo aquellos otros derechos que garanticen que la colaboración o asistencia profesional al aborto no deba ser indiscriminada ni exigida, sino dentro de unos límites que permitan conciliar la práctica profesional con la convicción moral de cada ser humano en unos determinados valores éticos.

ESCRITO AL EXCMO. SR. DEFENSOR DEL PUEBLO SOBRE LA REGULACIÓN JURÍDICA DE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA ANTE EL ABORTO.

Excmo. Sr.: Un grupo de profesionales sanitarios cristianos, vinculados a la Pastoral Sanitaria, y como representantes delegadas de los mismos dentro de la Comisión sobre *Objeción de Conciencia* en materia práctica de aborto legal, N. N., con domicilio ... DNI ...

- 3.º Por lo expuesto, la antedicha Comisión de Objeción de Conciencia en materia de aborto legal pretende poner en su conocimiento el grave daño que se está produciendo al colectivo profesional sanitario por la falta de una normativa de derecho, que permita cumplir a los profesionales su deber y, al mismo tiempo, no ir contra los más esenciales principios y dictados de la conciencia personal.

Esta Comisión busca interesar en este problema a las Instituciones encargadas de velar por las garantías constitucionales ya que, por ser tan delicado, no debe ser echado en olvido, ni tampoco permitir que, sin haber legislado aún sobre él, se impongan normas que presuponen dicha legislación.

Pretendemos buscar posturas flexibles que puedan servir de ayuda a quienes sufren este grave problema y colaborar en su prevención, sabiendo que se trata de tareas que trascienden la capacidad del Estado y en las que deben implicarse toda la Comunidad —también la Iglesia—, la familia y las personas individuales.

Por lo cual, este grupo de profesionales sanitarios, en búsqueda de soluciones concretas, precisa instar del órgano legislativo a través de las Instituciones del Estado una legislación sobre esta materia que se base en los siguientes puntos:

- 1.º Pedimos una Ley de Objeción de Conciencia para los profesionales del mundo sanitario que proteja sus derechos constitucionales en lo referente a la colaboración al aborto en los supuestos despenalizados por la Ley.
- 2.º Que el profesional objetor de conciencia tenga garantizada su libertad mediante la **no declaración previa** de la objeción.
- 3.º Regulación de los distintos niveles de objeción de conciencia en el marco de la legalidad vigente, para que el profesional pueda acogerse a ella libremente, posibilitando:
 - a) La escucha y diálogo con toda mujer embarazada que plantee la realización de un aborto.
 - b) La petición de pruebas diagnósticas que puedan conducir a la realización del aborto.
 - c) La emisión del informe médico para la práctica del aborto.
 - d) La **no realización y colaboración directa** en un aborto.

Y por todo lo expuesto,

Suplicamos: que, como Defensor del Pueblo, Institución encargada de la salvaguarda de los derechos y valores de los españoles, así como de las distintas garantías constitucionales y libertades públicas, se sirva V.E. admitir este escrito, tomando las resoluciones que procedan y determinando la vía más oportuna para instar a los poderes del Estado la ordenación legislativa de la Objeción de Conciencia ante el aborto, según resolución del Tribunal Constitucional.

Gracia que espera alcanzar del recto proceder de V.E., cuya vida guarde Dios muchos años.

Madrid, 30 de mayo de 1986

EXCMO. SR. D. JOAQUÍN RUIZ JIMÉNEZ,
DEFENSOR DEL PUEBLO. MADRID

COMUNICADO AL COMITÉ EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA

Un grupo de cristianos, profesionales en el mundo de la salud y vinculados a la Pastoral Sanitaria, nos hemos venido reuniendo con el propósito de examinar, a la luz del Evangelio, la postura que debamos de adoptar ante la ley de despenalización del aborto, en los tres presuntos casos —terapéutico, eugenésico

y ético— y la sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de abril de 1985 sobre esta materia.

Creemos que los profesionales del mundo sanitario deben ser los primeros en adquirir una mejor conciencia y preparación para poder presentar un abanico de alternativas a la problemática actual, y nosotros queremos comprometernos a erradicar el aborto, o a disminuirlo en la medida de lo posible.

Vemos necesaria nuestra presencia en este campo, desde nuestros mismos puestos de trabajo, donde cabe la posibilidad de que se decida la interrupción del embarazo, ya que no nos parece ético que los cristianos abandonemos este campo, sino que, estando presentes en él, podamos ejercer una labor positiva.

La sociedad democrática en la que nos movemos no debe ser una sociedad de la que esté ausente el sentido ético de los cristianos. Aunque sus leyes, por ser pluralistas, no se inspiren en la doctrina de la Iglesia, sí deben reflejar el grado de moralidad al que puede llegar un pueblo mediante un consenso político basado en hondos contenidos éticos. Creemos que uno y otros deben ser el fruto de una colaboración en la que participen todos los grupos sociales, por tanto también la Iglesia.

Hemos hecho un análisis de la situación actual en nuestra sociedad y en nuestros ambientes respecto de los problemas relacionados con el aborto. Y hemos constatado que el aumento de la crisis económica que sufre nuestro país crea graves interrogantes sobre la natalidad a familias que no llegan a cubrir sus necesidades más graves. También hemos advertido que la Iglesia no ha visto siempre con claridad la significación de los avances de la medicina, lo cual ha traído consigo serios problemas y confusión que han contribuido a la oposición entre la fe y la ciencia.

Y como cristianos comprometidos en el mundo de la salud, hemos llegado a las siguientes conclusiones, que brindamos al Comité Episcopal como una contribución al esclarecimiento y resolución de estos problemas:

1. Deseamos reafirmar nuestra presencia cristiana y no abandonar nuestro campo de acción profesional, incluso en los lugares y momentos en que se plantee un problema tan debatido como el aborto.
2. Pero, para ello, consideramos necesaria la regulación legal de la objeción de conciencia hasta el punto de que en ella esté garantizada la libertad del objetor, sin declaración previa de la misma.
3. Instamos a nuestros obispos a que se pronuncien sobre los distintos niveles implicados en dicha objeción y en el correspondiente mayor o menor grado de colaboración al aborto que permita la conciencia cristiana.
4. En el ámbito de dicha colaboración ofrecemos a nuestros obispos los criterios a los que hemos llegado mediante nuestra reflexión:
 - 4.1 Al despenalizar el llamado aborto terapéutico, creemos que lo que se ha pretendido es proteger a la mujer, si bien rechazamos el que no se le haya puesto límite de tiempo.

A este respecto pensamos que es un deber de conciencia ético-profesional atender a toda mujer que acuda en estado de urgencia.
 - 4.2 Queremos que nuestra colaboración consista en ejercer una acción positiva tendente a «garantizar las mejores condiciones para que la mujer sea capaz por sí misma de tomar una opción humana y responsable, iluminando su conciencia y respetando su libertad» (cf. ELIZARI, J.: *El aborto ya es legal. ¿Qué hacer ahora?*). Tal acción incluiría:
 - Escuchar a toda mujer que plantea un aborto y dialogar con ella, respetando su libertad de decisión, después de presentarle otras alternativas.
 - Informarle de los riesgos físicos y psíquicos consecutivos a la realización del aborto.

- 4.3 También creemos que es un deber atender a toda mujer, una vez consumado el aborto, en sus necesidades físicas, psíquicas y familiares.
- 4.4 Aceptamos la planificación familiar como mal menor para erradicar el aborto y, dentro de la misma, el uso de anticonceptivos además de los medios naturales para evitar el embarazo, así como la práctica de ligamento de trompas en mujeres que presenten un alto riesgo ante la

concepción. No identificamos anticonceptivos con aborto, ya que los primeros evitan la concepción y el segundo elimina la vida.

5. No aceptamos el aborto como posible medio de planificación familiar.

Las personas abajo firmantes ofrecen esta colaboración desinteresada al Comité Episcopal para la Defensa de la Vida.

El Espinar, 31 de mayo de 1986

FORMACIÓN A DISTANCIA: «CURSO SOBRE LA REALIDAD DE AMÉRICA LATINA

El SELARE ha organizado un *Curso sobre la Realidad de América Latina*, dentro de su Programa de Formación a Distancia. Dicho curso se halla encaminado a la preparación metodológica, sociológica y doctrinal, de religiosos y religiosas dedicados a la Pastoral de la Salud, que requieren datos actualizados en torno a la realidad latinoamericana y metodologías para el análisis de su propia realidad local, con miras a una mejor proyección pastoral de su trabajo.

Distribuidos en dos semestres, corresponden a cada uno de ellos cuatro Unidades, a saber:

Primer Semestre

- I. Evangelizar hoy en América Latina.
- II. Tierra, Hombres y Pueblos Latinoamericanos.
- III. Cultura y Culturas en América Latina.
- IV. ¿Cómo vivimos? ¿Cómo producimos?

Segundo semestre

- V. Panorama de la Salud.
- VI. ¿Quiénes deciden nuestra situación?
- VII. La Iglesia en América Latina.
- VIII. Perspectivas y Desafíos Pastorales.

Los módulos de enseñanza están conformados por unidades subdivididas en lecciones y combinan contenidos, ejercicios, ejemplos, paneles, autoevaluaciones, bibliografías, glosarios y demás técnicas pedagógicas de un curso a distancia.

Para una mayor información y/o matriculación en el mismo, dirigirse a:

SELARE

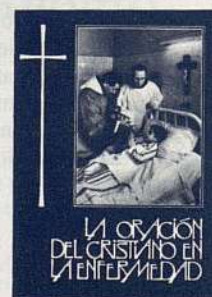
Cra. 8.ª n.º 17-44 Sur

Apdo. Aéreo 8669

BOGOTÁ, D.F. COLOMBIA. Tel. 272 34 36

- LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD N.º 137 (1971)
- EL ABORTO (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA, DISTANASIA Y MUERTE (1979) (agotado)
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO N.ºs 179-180 (1981)
- PASTORAL SANITARIA (Todos responsables) N.º 185 (1982)
- EL HOSPITAL CATÓLICO N.º 188 (1983)
- LOS TRASPLANTES N.º 194 (1984)
- EL VOLUNTARIADO EN LOS HOSPITALES N.º 198 (1985)

Números monográficos de Labor Hospitalaria



Pídalos a la dirección de la Revista

orto,
vida.
ción

de-
da.
1986

ades
jem-
más

mo,

CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS Y NORMATIVAS ÉTICO-JURÍDICAS RECIENTES

Sumario

Revista

LABOR HOSPITALARIA

Boletín de suscripción

Año 1987

Suscripción anual: cuatro números

España	Ptas. 1.500
Extranjero (correo ordinario) \$	14
(correo aéreo) \$	19

Apellidos

Nombre

Calle

Número Piso Puerta

Código Postal Población

Provincia o país

Teléfono

Profesión

FORMA DE PAGO

(indique con una X la forma de pago que le interese)

- ☐ Por Giro Postal
(indicando, por favor: Cta. 353.271 Banc Català de Crèdit,
Agencia Cervantes)
- ☐ Por Caja o Banco
(avisando por escrito a la respectiva Entidad)
- ☐ Por cheque nominativo
a favor de LABOR HOSPITALARIA

Firma:

Cortar por aquí

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

LABOR HOSPITALARIA

Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas s/n
08034 BARCELONA (Tel. 203 40 00)

