

Hermanos de  
San Juan de Dios  
Barcelona

Año 39. Segunda época. Julio - Agosto - Septiembre 1987  
Número 205. Volumen XIX

#### CONSEJO DE REDACCIÓN

##### Director

Miguel Martín

##### Redactores

Joaquín Plaza  
Pilar Torres  
Mariano Galve  
Francisco Sola

##### Secretario y Administración

Benjamín Pamplona

#### CONSEJO ASESOR

Francisco Abel  
Felipe Aláez  
Ramiro José Alloza  
Miguel A. Asenjo  
José Buj  
Ángel Calvo  
Jesús Conde  
Rudesindo Delgado  
Francisco de Llanos  
Joaquín Erra  
Rafael Herrera  
Fernando Jordán  
Pilar Malla  
Antonio Marsset  
Amat Palou  
Inmaculada Roig  
M.ª 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 Sanidad como Soporte Válido. Ref.  
SVR n.º 401.

ISSN 0211-8262  
Depósito Legal: B. 2998-61  
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

## Sumario

1	<b>EDITORIAL</b> El hospital como empresa	132
2	<b>ESPAÑA: DISMINUCIÓN DEL CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN, 1970-1984</b> Antonio Arbelo Curbelo, Gerardo Hernández Rodríguez y Antonio Arbelo López de Letona	134
3	<b>COMENTARIOS SOBRE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS HOSPITALES</b> Antonio Marsset Boza	146
4	<b>«ABOUT HOSPICE»</b> Josep Porta i Sales	155
5	<b>MONSEÑOR ANGELINI HABLA PARA L.H.</b> Miguel Martín Rodrigo	162
5.1	<b>PLAN DE ACCIÓN DEL SECRETARIADO NACIONAL DE PASTORAL SANITARIA, TRIENIO 1987-1990</b>	170
5.2	<b>PLAN DE ACCIÓN DE LA COMISIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS</b>	172
6	<b>LIBERACIÓN Y CURACIÓN</b> Bernhard Häring	174
7	<b>INFORMACIONES</b>	178

# 1. EDITORIAL

## El Hospital como empresa

La realidad hospitalaria ha hecho surgir en los últimos años la faceta empresarial del empeño asistencial. El aluvión tecnológico y sus elevados costos lo ha facilitado e impulsado. La diversidad de la tecnología ha complejizado también la organización hospitalaria.

Todo ello no sólo es aceptable sino que incluso resulta imprescindible: **gestión empresarial, proceso administrativo, organización y jerarquización** son, sin duda, realidades insoslayables para la adecuada consecución de los fines asistenciales. Por ello le dedicamos nuestros esfuerzos como el del artículo de A. Marset en el presente número.

Pero también resulta imprescindible tener siempre bien presente que en la **empresa hospitalaria** el *producto* que se maneja es el **hombre** y precisamente en los momentos de mayor labilidad e inestabilidad: la **enfermedad**. Sólo en las empresas de enseñanza se repite un hecho similar aunque no idéntico. Tiene, pues, la **empresa hospital** unas facetas peculiares de relación humana con **sintonías** (*vibrar con*) y **simpatías** (*padecer con*) que no se dan en ninguna otra.

En efecto, entre otras peculiaridades de la **empresa hospitalaria**, conviene resaltar que en todo momento se requiere no sólo la cercanía, sino la inmediatez, la acción directa y sin intermediarios, del profesional con el enfermo: del **médico** y el personal de **enfermería**, con el paciente. Y esta inmediatez con la sintonización afectiva que conlleva, coloca al profesional sanitario en una situación anímica muy especial, necesariamente cambiante, que ha de modular de modo muy peculiar su quehacer profesional.

Por otra parte, el error humano en estas profesiones resulta tan trascendente que todas las garantías de formación e información de los profesionales sanitarios resultan necesarias e imprescindibles. La profesión sanitaria no es ni mejor ni peor, ni más ni menos importante, que otras profesiones. Pero lo que sí es evidente es que es distinta y por ello requiere diferentes organizaciones, disposiciones y recursos.

En suma, **el hospital como empresa**, sí; pero sin caer en el riesgo de convertir en objetivos fundamentales la gestión, la administración, la organización, la tecnología. Estos serán en todos los casos recursos imprescindibles para conseguir el único objetivo fundamental del Hospital cual es el tratamiento adecuado al hombre enfermo por unos profesionales, médicos y personal de enfermería, concedores en la mayor medida posible de la persona que sufre y de los recursos que para su ayuda puedan disponer.

Uno de los primeros medios de intentar organizar la empresa hospitalaria es llegar a conocer las necesidades asistenciales de la población.

**Población cambiante** y en estos últimos años con cambios acelerados que afectan profundamente a su estructura.

El artículo de los doctores Arbelo nos adentra en el conocimiento de dichos cambios.

Y el considerar la asistencia hospitalaria bajo el único prisma de la rentabilidad conlleva también un riesgo: el olvidar al **hombre** que sufre en situación terminal, cuando la esperanza de salud ha desaparecido, aun cuando no deba olvidarse nunca el beneficio social y religioso que conlleva la atención de estos pacientes. El artículo sobre los **Hospice** nos pone sobre el tapete esta problemática.

La visión de la problemática asistencial desde la propia Iglesia católica se puede traslucir en la **entrevista con el cardenal Angelini** que se inserta también en este número.

Los límites de los problemas asistenciales, como los de toda inquietud humana, no pueden en ningún momento plasmarse matemáticamente. La **búsqueda de nuevos campos** en los problemas del Hombre no deben quedar al margen de nuestras inquietudes. He ahí el artículo de B. Häring.

## LABOR HOSPITALARIA

## 2. ESPAÑA: DISMINUCIÓN DEL CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN, 1970-1984

Antonio Arbelo Curbelo,  
Gerardo Hernández Rodríguez  
y Antonio Arbelo López de Letona

Prevenir es siempre la mejor política del gobierno de cualquier nación, máxime cuando se trata de evitar los posibles males que en el futuro inmediato afectarán a su demografía.

### Preámbulo

Sabido es que la situación demográfica en Europa es de prevención en relación con los males que viene causando la superpoblación, la llamada *bomba* de población: paro laboral, pobreza o miseria, accidentes, drogadicción, delincuencia, terrorismo, etc., y temor al desencadenamiento de la tercera guerra mundial o atómica, la de las horripilantes imágenes del invierno nuclear. Y ello es así en razón de su alta densidad de población, de mayor valor a la de las restantes partes del mundo, sin olvidar Asia, con el gran peso de China y su tan cacareado *peligro amarillo*.

Todo hace pensar que mientras la sociedad de sus naciones se sienta amenazada por dichos riesgos, la tendencia a la disminución de su crecimiento vegetativo a expensas de la merma de su natalidad seguirá en igual camino, hacia el logro de la meta del llamado *crecimiento cero* de la población de tipo estacionario que aconsejaba el Club de Roma, la Banca Mundial, el Instituto Tecnológico de Massachussets, Congresos y Conferencias Europeas de Población, etc., o en caídas más acusadas, las del saldo vital negativo o *crecimiento bajo cero* de la población de tipo regresivo, tal como en el presente sucede en algunas naciones (tabla 1).

Así vemos naciones como la República Federal de Ale-

mania, Austria, Dinamarca, Hungría y Luxemburgo, en las que, de continuar en igual tendencia, podrían llegar a desaparecer en el próximo siglo.

TABLA 1

Natalidad, mortalidad general y crecimiento natural en las naciones de Europa, 1983.

Naciones	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento natural
Albania	26,0	6,1	19,9
Alemania R. Democrática	14,0	13,3	0,7
Alemania R. Federal	9,7	11,7	-2,0
Andorra (1981)	14,8	4,1	10,7
Austria	11,9	12,3	-0,4
Bélgica	11,0	11,3	0,6
Bulgaria	13,6	11,4	2,2
Checoslovaquia	14,8	11,8	3,0
Dinamarca	9,9	11,2	-1,3
España	12,5	7,8	4,7
Finlandia	13,8	11,2	2,6
Francia	13,7	10,7	3,0
Grecia	13,6	9,1	4,5
Holanda	11,9	8,2	3,7
Hungría	11,9	13,9	-2,0
Irlanda	19,0	9,8	9,2
Islandia	18,4	7,0	11,4
Inglaterra y Gales	12,7	11,7	1,0
Irlanda del Norte	17,3	10,2	7,1
Escocia	12,6	12,3	0,3
Italia	10,6	9,9	0,7
Luxemburgo	11,4	11,9	-0,5
Malta	15,2	8,3	6,9
Mónaco	19,6	16,6	3,0
Noruega	12,1	10,2	1,9
Polonia	10,7	9,6	10,1
Portugal	14,4	9,3	5,1
Rumania	15,3	10,4	4,9
Suecia	11,0	10,9	0,1
Suiza	11,4	9,3	2,1
Yugoslavia	16,6	9,6	7,0

FUENTE: Demographic Yearbook, 1984. United Nations.

La mayoría de las restantes naciones se hallan muy próximas al valor cero de su crecimiento natural: inferiores a la unidad: Suecia, Escocia, Bélgica, República Democrática de Alemania e Italia; en la unidad: Inglaterra, Gales y Noruega; en dos unidades: Bulgaria, Suiza, Finlandia; y en tres: Francia y Checoslovaquia, seguidas de España, con valor 4,3 (1984), que a partir de 1975 se ha incorporado en forma acelerada a las normas preconceptivas de la planificación familiar, aseguradas en sus fallos por la contraceptiva del aborto, que todo hace parecer como si estuviera empeñada en ganar el tiempo que cree ha perdido en incorporarse a la corriente de la natalidad.

En relación con este punto, y de acuerdo con el criterio del profesor Díez Nicolás, queremos dejar bien definida la diferencia conceptual entre la planificación familiar y el control de natalidad, aunque con frecuencia, y por parte de quienes no están debidamente informados, se emplean indiscriminadamente ambos términos. De hecho, el segundo se halla comprendido dentro del primero.

La planificación familiar constituye una cuestión amplia, general; el control de la natalidad, a través de sus diferentes procedimientos, no es sino uno de los aspectos de la cuestión. Y el aborto no es, por consiguiente, sistema de planificación familiar sino procedimiento de control o, mejor dicho, de limitación de la natalidad.

Este *morbus de la esclerosis*, como ha calificado al mal control de la natalidad Gaston Thorn, ex presidente de las Comunidades Europeas, también afecta ya en diversos grados a las comunidades autónomas y a las provincias españolas.

Se ha producido en España, así como en el resto de las naciones europeas o europeizadas, el proceso de «transición demográfica», entendiéndose como tal, aquél por el cual una población pasa, desde una situación de tasas altas de natalidad y de mortalidad, a otra caracterizada por bajas tasas de natalidad y mortalidad.

## Evolución del crecimiento natural en España

La evolución del crecimiento natural de la población de España en el período que estudiamos, es de gran disminución, de menos 6,7 por 1.000 habitantes, casi las dos terceras partes de su valor (60,1%), al bajar de 11,2 en 1970 a 4,4 en 1984 (tabla 2) (gráfico n.º 1).

Como ha quedado dicho, es a partir del año 1975, cuando el descenso del crecimiento de la población se ha hecho incesante, fenómeno que tiene por causa casi exclusiva la caída de la natalidad, cuya tasa disminuyó su valor en 7,4 (37,8%), pues la mortalidad general lo hace en forma *muy débil*, menos 0,6 (8,2%), como si permaneciera en valores de irreductibilidad<sup>1</sup>. En este descenso del coeficiente de natalidad también influye la baja del número de matrimonios, cuya tasa ha disminuido 2,7 (37,8%) en el período 1973 a 1984, o sea, más de la tercera parte de los jóvenes quedan solteros, sin poder realizar la ilusión de constituir su propio hogar.

Gráfico 1

ESPAÑA. DISMINUCIÓN DEL CRECIMIENTO NATURAL, 1970-1984

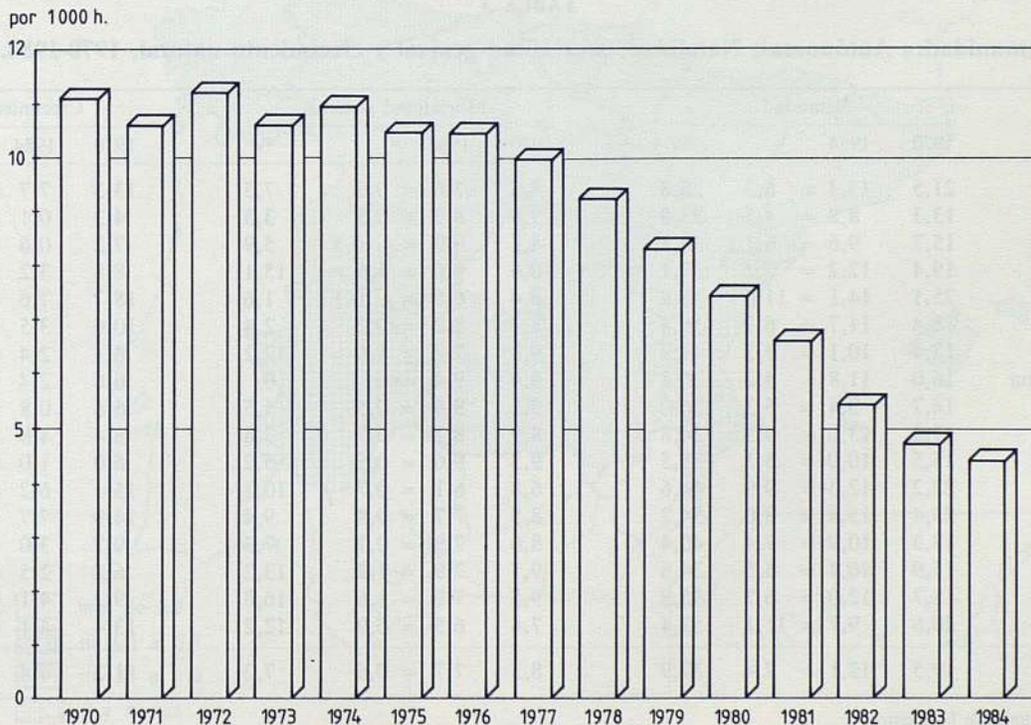


TABLA 2

España. Nupcialidad, natalidad, mortalidad general y crecimiento natural, 1970-1984

Años	Nupcialidad	Natalidad	Mortalidad general	Crecimiento natural
1970	7,36	19,50	8,38	11,22
1971	7,45	19,55	8,91	10,64 -0,48
1972	7,64	19,37	8,15	11,22 +0,58
1973	7,74	19,19	8,54	10,65 -0,57
1974	7,61	19,43	8,41	11,02 +0,37
1975	7,70	19,01	8,47	10,54 -0,48
1976	7,26	18,85	8,32	10,53 -0,01
1977	7,20	18,05	8,09	9,96 -0,57
1978	7,02	17,32	8,07	9,25 -0,71
1979	6,64	16,22	7,85	8,37 -0,88
1980	5,88	15,21	7,71	7,50 -0,87
1981 (.)	5,29	14,13	7,60	6,53 -0,97
1982 (.)	4,98	13,44	8,00	5,44 -1,09
1983 (.)	4,80	12,46	7,72	4,74 -0,70
1984 (.)	5,01	12,13	7,69	4,44 -0,30
1973-1984	2,73 (35,3 %)			
1970-1984		7,37 (37,8 %)	0,69 (8,2 %)	6,68 (60,1 %)

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística. (.) Cifras provisionales<sup>2,3</sup>

Considerando un intervalo de edad —el de los 45 a los 49 años—, en el que las esperanzas y posibilidades de contraer nupcias se reducen los porcentajes, por sexos, de solteros en España, eran del 10 para los varones y del 15 para las mujeres en el año 1950, del 9,5 y del 13,5, para el año 1960 y del 9 y el 12, en el año 1970.

Principal causa responsable, entre otras, de este hecho, es el muy grave problema del paro, por afectar fundamentalmente a la familia, pilar básico de la procreación, que al dejar a la juventud sin trabajo la desilusiona, haciéndola caer en los males de la actual forma de entender la vida, de la llamada *civilización del consumo*, con evidentes signos de materialismo y pérdida de valores espirituales no reemplazados.

Evolución del crecimiento natural de las comunidades autónomas

En las comunidades autónomas la evolución del crecimiento natural de sus poblaciones es de descenso en todas ellas, pero en desiguales valores (tabla 3) (gráfico n.º 2). En el penúltimo año de la serie que estudiamos, 1983, hay una región, Aragón, cuyo saldo vital tiene valor negativo, o sea *crecimiento bajo cero*<sup>4</sup>. En el año 1984 (gráfico n.º 3) son siete las comunidades autónomas con valores a las puertas de cero, de las cuales tres son inferiores a la unidad: Aragón, 0,1; Asturias, 0,6 y Castilla y León, 0,8; una, entre uno y dos: Galicia, 1,8; entre dos y tres: Castilla-La Mancha, 2,4 y La Rioja, 2,5; en las restantes comunidades hay cinco con valores entre tres y cuatro: Cataluña, 3,0; Navarra, 3,0; Baleares, 3,2; Cantabria, 3,4 y Extremadura, 3,6. Entre cuatro y cinco, dos: Valencia, 4,1 y Vascongadas, 4,1 y con valores superiores a seis: Madrid, 6,2; Canarias, 7,6; Andalucía, 7,7 y Murcia, 7,7. Las que más disminuyeron su crecimiento natural fueron las comunidades norteñas: Aragón, 97,7 %; Asturias, 91,7 %; Vascongadas, 69,5 % y Navarra, 69,1 %. Y las menos, las comuni-

TABLA 3

Comunidades Autónomas: Natalidad, mortalidad general y crecimiento natural, 1970-1984.

Comunidades Autónomas	Natalidad			Mortalidad general			Crecimiento natural					
	1970	1984	%	1970	1984	%	1970	1984	%			
Andalucía	21,5	15,3 =	6,2	28,8	8,2	7,6 =	0,6	7,3	13,3	7,7 =	5,6	42,1
Aragón	13,3	8,8 =	4,5	33,8	9,0	8,7 =	0,3	3,3	4,3	0,1 =	4,2	97,7
Asturias	15,7	9,6 =	6,1	38,8	8,5	9,0 =	+ 0,5	5,9	7,2	0,6 =	6,6	91,7
Baleares	19,4	12,2 =	7,2	37,1	10,6	9,0 =	1,6	15,1	8,8	3,2 =	5,6	63,6
Canarias	25,1	14,1 =	11,0	43,8	6,4	6,5 =	+ 0,1	1,6	18,7	7,6 =	11,1	59,3
Cantabria	18,4	11,7 =	6,7	36,4	8,4	8,2 =	0,2	2,4	10,0	3,5 =	6,5	65,0
Cataluña	17,4	10,1 =	7,3	41,9	9,3	7,7 =	1,6	17,2	8,1	2,4 =	5,7	70,4
Castilla-La Mancha	16,0	11,8 =	4,2	26,2	9,4	9,4 =	0	0	6,6	2,4 =	4,2	63,6
Castilla-León	14,7	9,4 =	5,3	36,0	9,1	8,6 =	0,5	5,5	5,6	0,8 =	4,8	85,7
Extremadura	17,3	13,0 =	4,3	24,8	8,9	8,2 =	0,7	7,8	8,4	4,8 =	3,6	42,8
Galicia	15,5	10,0 =	5,5	35,5	9,5	9,0 =	0,5	5,2	6,0	1,0 =	5,0	83,3
Madrid	22,2	12,3 =	9,9	44,6	6,8	6,1 =	0,7	10,3	15,4	6,2 =	9,2	59,7
Murcia	23,4	15,4 =	8,0	34,2	8,5	7,7 =	0,8	9,4	14,9	7,7 =	7,2	48,3
Navarra	18,3	10,9 =	7,4	40,4	8,6	7,9 =	0,7	7,3	9,7	3,0 =	6,7	69,1
Rioja (La)	15,9	10,4 =	5,5	34,6	9,1	7,9 =	1,2	13,2	6,8	2,5 =	4,3	63,2
Valencia	18,7	12,0 =	6,7	35,8	9,5	7,9 =	1,6	16,8	9,2	4,1 =	5,1	55,4
Vasconia	20,8	9,7 =	11,1	53,4	7,4	6,5 =	0,9	12,2	13,4	4,1 =	9,3	69,4
España	19,5	12,1 =	7,4	37,9	8,3	7,7 =	0,6	7,2	11,2	4,4 =	6,8	60,7

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 2

ESPAÑA. COMUNIDADES AUTÓNOMAS: CRECIMIENTO NATURAL, AÑOS, 1970  1984 

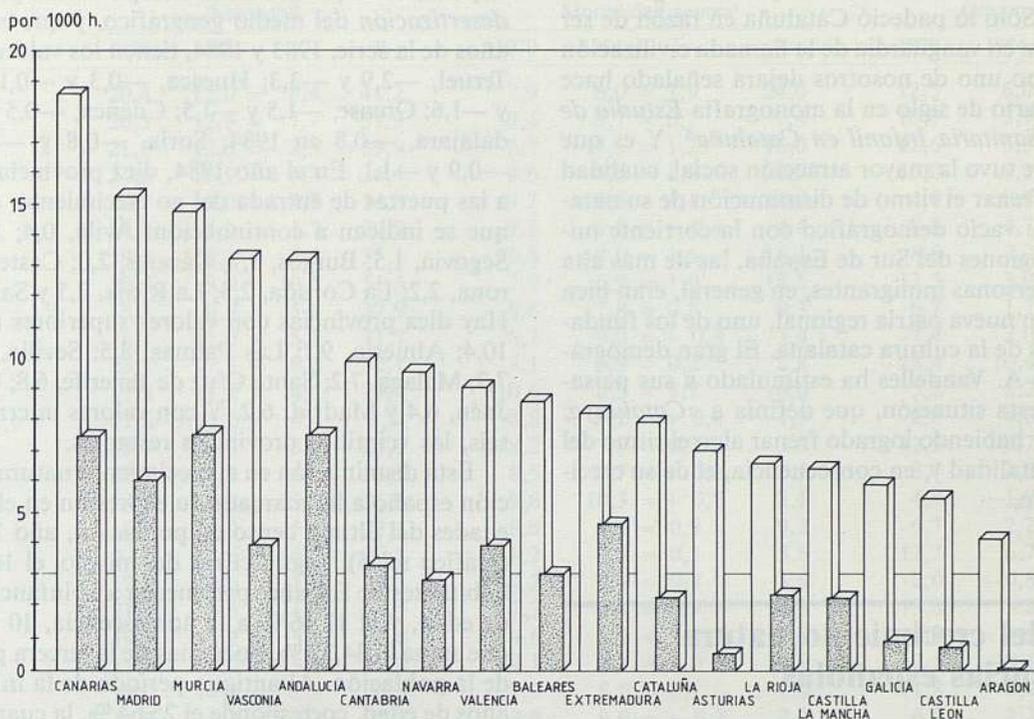
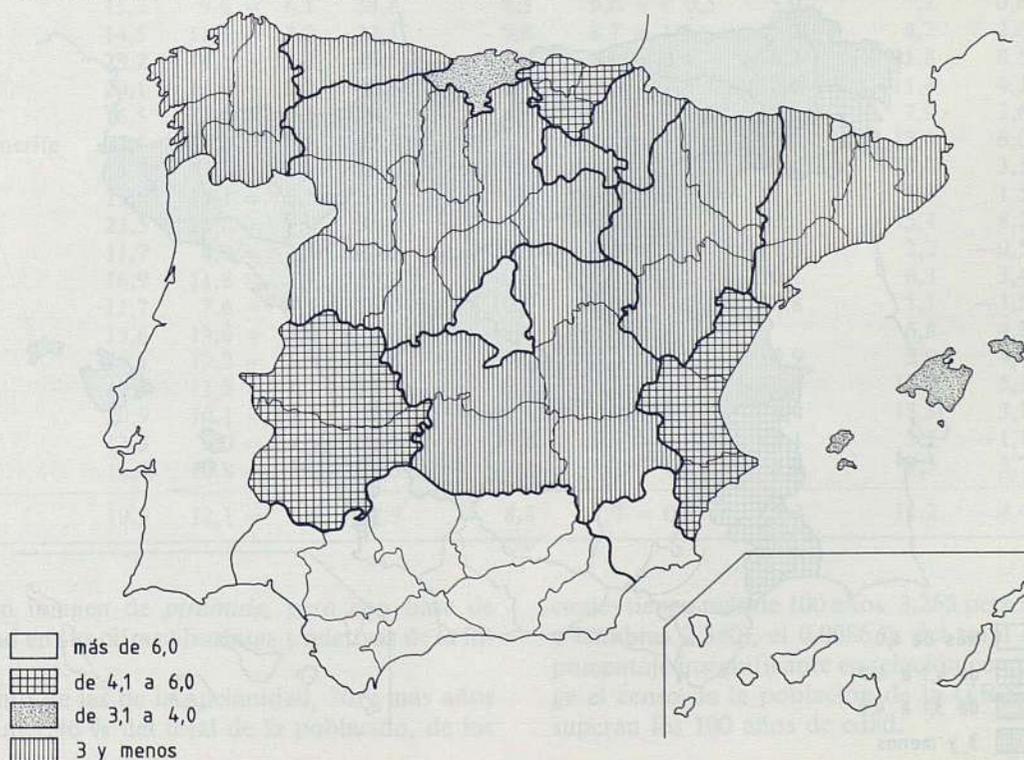


Gráfico 3

ESPAÑA. CRECIMIENTO NATURAL DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, AÑO 1984



dades del Sur: Andalucía, 42,1 %; Extremadura, 42,8 %; Murcia, 48,3 % y Canarias, 59,3 %.

En general, este fenómeno es nuevo para las regiones de nuestra nación. Sólo lo padeció Cataluña en razón de ser una región que va en vanguardia de la llamada civilización europea, tal como uno de nosotros dejara señalado hace ya más de un cuarto de siglo en la monografía *Estudio de la Demografía Sanitaria Infantil en Cataluña*<sup>5</sup>. Y es que Cataluña siempre tuvo la mayor atracción social, cualidad que le permitió frenar el ritmo de disminución de su natalidad al llenar su vacío demográfico con la corriente migratoria de las regiones del Sur de España, las de más alta natalidad. Las personas inmigrantes, en general, eran bien incorporadas a su nueva patria regional, uno de los fundamentales méritos de la cultura catalana. El gran demógrafo catalán Josep A. Vandelles ha estimulado a sus paisanos a remediar esta situación, que definía a «*Catalunya, poble decadent*», habiendo logrado frenar algo el ritmo del declinar de su natalidad y, en consecuencia, el de su crecimiento vegetativo.

## Evolución del crecimiento natural de las provincias españolas

La evolución del crecimiento natural de las provincias en igual período de tiempo, ha sido de disminución en todas ellas (tabla 4) (gráfico n.º 4), habiendo entrado ya

ocho en valores negativos, en fase inicial de despoblamiento a la par que, tanto en algunas de éstas como en otras de España, se va produciendo una paulatina pero progresiva *desertización* del medio geográfico, y que en los últimos años de la serie, 1983 y 1984, tienen los valores que siguen: Teruel, -2,9 y -3,3; Huesca, -0,3 y -0,1; Lugo, -1,9 y -1,6; Orense, -1,5 y -1,5; Cuenca, -0,5 y -1,0; Guadalajara, -0,8 en 1984; Soria, -0,8 y -0,5; Zamora, -0,9 y -1,1. En el año 1984, diez provincias se hallaban a las puertas de entrada del no crecimiento, en los valores que se indican a continuación: Ávila, 0,4; Asturias, 0,6; Segovia, 1,5; Burgos, 1,7; Cáceres, 2,0; Castellón, 2,2; Gerona, 2,2; La Coruña, 2,5; La Rioja, 2,5 y Salamanca, 2,6. Hay diez provincias con valores superiores a seis: Cádiz, 10,4; Almería, 9,1; Las Palmas, 8,5; Sevilla, 8,2; Murcia, 7,7; Málaga, 7,2; Santa Cruz de Tenerife, 6,8; Córdoba, 6,7; Jaén, 6,4 y Madrid, 6,2. Y con valores intermedios, tres a seis, las veintidós provincias restantes.

Esta disminución en el crecimiento natural de la población española ha marcado su expresión en el diagrama de edades del último censo de población, año 1981 (tabla 5) (gráfico n.º 5). Según cifras del mismo, el 16,86 % de los habitantes de España, pertenecen a la infancia, 0 a 9 años de edad, y el 17,46 % a la adolescencia, 10 a 19 años, lo que suma el 34,32 %, poco más de la tercera parte del total de la población. Al antiguo período de la infancia, 0 a 14 años de edad, corresponde el 25,64 %, la cuarta parte, algo inferior -0,78 %— al porcentaje del censo anterior, 26,42 %, lo cual nos indica que España ha iniciado una inversión en el tipo de su población, que continúa siendo

Gráfico 4

### ESPAÑA. CRECIMIENTO NATURAL DE LAS PROVINCIAS, AÑO 1984

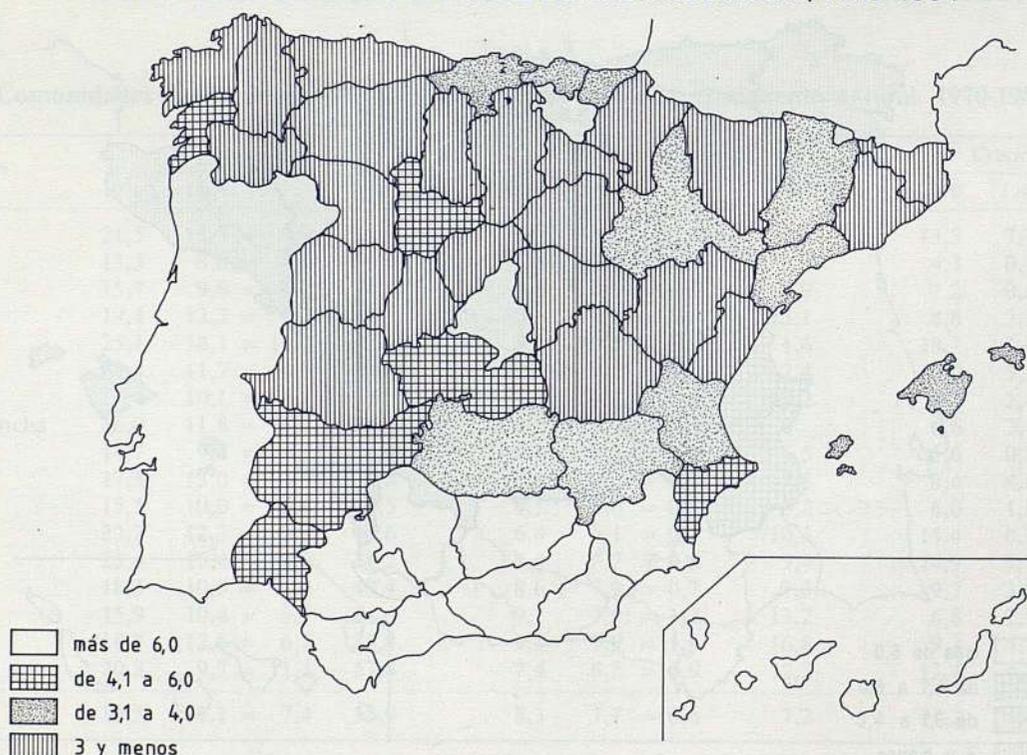


TABLA 4

## España: Natalidad, mortalidad y crecimiento natural, 1970-1984.

Provincias	Natalidad			Mortalidad general			Crecimiento natural		
	1970	1984	%	1970	1984	%	1970	1984	%
Álava	20,4	12,0 = 8,4	41,2	7,9	6,0 = 1,9	24,0	12,5	6,0 = 6,5	52,0
Albacete	20,3	12,6 = 7,7	37,9	9,4	8,7 = 0,7	7,4	10,9	3,9 = 6,0	55,0
Alicante	21,3	12,8 = 8,5	39,9	8,7	7,5 = 1,2	16,0	12,6	5,3 = 7,3	57,9
Almería	21,6	15,9 = 5,7	26,4	8,6	6,8 = 1,8	20,9	13,0	9,1 = 4,1	31,5
Ávila	13,7	9,0 = 4,7	34,3	9,7	8,6 = 1,1	11,3	4,0	0,4 = 3,6	90,0
Badajoz	17,9	14,2 = 3,7	20,8	9,1	9,5 = + 0,4	4,4	8,8	4,7 = 4,1	87,2
Baleares	19,4	12,2 = 7,2	37,1	10,6	9,0 = 1,6	15,1	8,8	3,2 = 5,6	63,6
Barcelona	20,4	9,9 = 10,5	51,5	7,9	6,9 = 1,0	14,5	12,5	3,0 = 9,5	76,0
Burgos	15,3	9,5 = 5,8	37,9	8,6	7,8 = 0,8	9,3	6,7	1,7 = 5,0	74,6
Cáceres	16,1	11,0 = 5,1	31,7	8,7	9,0 = + 0,3	3,4	7,4	2,0 = 5,4	73,0
Cádiz	25,5	17,3 = 8,2	32,1	7,1	6,9 = 0,2	2,8	18,4	10,4 = 8,0	43,5
Castellón	15,8	11,1 = 4,7	29,7	10,6	8,9 = 1,7	16,0	5,2	2,2 = 3,0	57,7
Ciudad Real	17,6	13,2 = 4,4	5,0	8,8	9,2 = + 0,4	4,5	8,8	4,0 = 4,8	54,5
Córdoba	19,7	14,6 = 5,1	25,9	8,2	7,9 = 0,3	3,6	11,5	6,7 = 4,8	41,7
La Coruña	17,2	11,2 = 6,0	34,9	8,5	8,7 = + 0,2	2,5	8,7	2,5 = 6,2	71,3
Cuenca	14,6	9,3 = 5,3	36,3	9,8	10,3 = + 0,5	5,1	4,8	-1,0 = 5,8	120,8
Gerona	16,3	10,9 = 5,4	33,1	9,6	8,7 = 0,9	9,3	6,7	2,2 = 4,5	67,2
Granada	20,9	14,6 = 6,3	30,1	8,2	7,9 = 0,3	3,6	12,7	6,7 = 6,0	47,2
Guadalajara	12,2	10,6 = 1,6	13,1	10,2	9,8 = 0,4	3,9	2,0	-0,8 = 2,8	140,0
Guipúzcoa	21,1	9,6 = 11,5	54,5	7,3	6,4 = 0,9	12,3	13,8	3,2 = 11,6	84,0
Huelva	19,4	14,2 = 5,2	26,8	9,6	8,3 = 1,3	13,5	9,8	5,9 = 3,9	39,8
Huesca	11,6	8,0 = 3,6	31,0	9,1	8,1 = 1,0	10,9	2,5	-0,1 = 2,6	104,0
Jaén	19,7	14,4 = 5,3	26,9	7,9	8,0 = 0,1	1,3	11,8	6,4 = 5,4	45,8
León	15,7	11,2 = 4,4	28,7	8,8	9,0 = + 0,2	2,3	6,9	2,2 = 4,7	68,1
Lérida	15,9	9,8 = 6,1	38,4	9,3	6,5 = 1,8	19,8	6,6	3,3 = 3,3	50,0
La Rioja	15,9	10,4 = 5,5	34,6	9,1	7,9 = 1,2	13,2	6,8	2,5 = 4,3	63,2
Lugo	12,7	9,2 = 3,5	27,5	11,1	10,8 = 0,3	2,7	1,6	-1,6 = 3,2	200,0
Madrid	22,2	12,3 = 9,9	44,6	6,8	6,1 = 0,7	10,3	15,4	6,2 = 9,2	59,7
Málaga	21,5	15,0 = 6,5	30,2	8,0	7,8 = 0,2	2,5	13,5	7,2 = 6,3	46,7
Murcia	23,4	15,4 = 8,0	34,2	8,5	7,7 = 0,8	9,4	14,9	7,7 = 7,2	48,3
Navarra	18,3	10,9 = 7,4	40,4	8,6	7,9 = 0,7	8,1	9,7	3,0 = 6,7	69,1
Orense	12,2	7,5 = 4,7	38,5	9,8	9,0 = 0,8	8,2	2,4	-1,5 = 3,9	162,5
Oviedo	15,7	9,6 = 6,1	38,8	8,5	9,0 = + 0,5	5,9	7,2	0,6 = 6,6	91,7
Palencia	14,5	11,3 = 3,2	22,1	9,8	8,7 = 1,1	11,2	4,7	2,6 = 2,1	44,7
Palmas (Las)	28,2	14,5 = 13,7	48,6	6,4	6,0 = 0,4	6,2	21,8	8,5 = 13,3	61,0
Pontevedra	20,1	11,9 = 8,2	40,8	8,7	7,6 = 1,1	12,6	11,4	4,3 = 7,1	62,3
Salamanca	16,5	11,4 = 5,1	30,9	8,6	8,8 = + 0,2	2,0	7,9	2,6 = 5,3	67,1
Sta. Cruz de Tenerife	22,1	13,8 = 8,3	37,5	6,5	7,0 = + 0,5	7,7	15,6	6,0 = 8,8	56,4
Santander	18,4	17,7 = 6,7	36,4	8,4	8,2 = + 0,2	2,4	10,0	3,5 = 6,5	65,0
Segovia	15,6	10,1 = 5,5	35,2	9,7	8,6 = 1,1	11,3	5,9	1,5 = 4,4	74,6
Sevilla	23,5	15,6 = 7,9	33,6	8,1	7,4 = 0,7	8,6	15,4	8,2 = 7,2	46,7
Soria	11,7	8,9 = 2,8	23,9	9,5	9,4 = 0,1	1,0	2,2	-0,5 = 2,7	122,7
Tarragona	16,9	11,8 = 5,1	30,2	10,6	8,7 = 2,2	20,7	6,3	3,4 = 2,9	46,0
Teruel	11,7	7,6 = 4,1	35,0	10,6	10,9 = + 0,3	2,8	1,1	-3,3 = 4,4	400,0
Toledo	15,6	13,6 = 2,0	12,8	8,8	8,8 = 0,0		6,8	4,8 = 2,0	29,4
Valencia	19,1	12,2 = 6,9	36,1	9,2	8,2 = 1,0	10,9	9,9	4,0 = 5,9	56,6
Valladolid	19,5	11,8 = 7,7	39,5	7,6	6,5 = 1,1	14,4	11,9	5,3 = 6,6	55,5
Vizcaya	20,9	10,1 = 10,8	51,7	7,1	7,0 = 0,1	1,4	13,8	3,1 = 10,7	77,5
Zamora	13,5	9,0 = 4,5	33,3	9,8	10,1 = + 0,3	3,1	3,7	-1,1 = 4,8	129,7
Zaragoza	16,7	10,8 = 5,9	35,3	7,2	7,1 = 0,1	1,4	9,5	3,7 = 5,8	61,0
España	19,5	12,1 = 7,4	37,9	8,3	7,7 = 0,6	7,2	11,2	4,4 = 6,8	60,7

progresivo, con imagen de *pirámide*, pero con base de menor amplitud en sus cifras absolutas y relativas de la infancia.

Y de aumento de las de la ancianidad, 70 y más años de edad, con un 7,46 % del total de la población, de los

cuales tienen más de 100 años, 3.265 personas (varones 925 y hembras 2.340), el 0,0086 % del total de la población, porcentaje insignificante en relación con el 10 % que recoge el censo de la población de la U.R.S.S., para los que superan los 100 años de edad.

TABLA 5

España: Población de hecho según grupos quinquenales de edades y sexos. Censo de 1981.

Años de edad	Varones	Hembras	Ambos	% del total
0 a 4 años	1.572.062	1.484.598	3.056.660	
0 a 9 »	1.172.069	1.585.373	3.297.442	
0 a 9 años	3.284.131 (51,7 %)	3.069.971 (45,3 %)	6.354.102	16,86
<b>Infancia</b>				
0 a 14 años	1.701.954	1.606.058	3.308.012	
6 a 19 »	1.662.431	1.608.696	3.271.127	
0 a 19 años	3.364.385 (51,1 %)	3.214.754 (48,9 %)	6.579.139	17,46
<b>Adolescencia</b>				
0 a 24 años	1.480.652	1.456.680	2.937.332	
0 a 29 »	1.285.147	1.263.323	2.548.470	
0 a 34 »	1.231.660	1.223.078	2.454.738	
5 a 39 »	1.123.185	1.127.141	2.250.326	
0 a 44 »	1.015.198	1.036.699	2.051.897	
0 a 44 años	6.135.842 (50,1 %)	6.106.921 (49,9 %)	12.242.763	32,49
5 a 49 años	1.160.808	1.191.601	2.352.412	
0 a 54 »	1.104.109	1.157.969	2.262.078	
5 a 59 »	969.394	1.046.615	2.016.009	
0 a 64 »	730.689	883.418	1.614.107	
5 a 69 »	634.578	817.976	1.452.554	
5 a 69 años	4.599.578 (47,4 %)	5.097.582 (52,6 %)	9.697.160	25,73
0 a 69 años	10.735.420 (48,9 %)	11.204.503 (51,1 %)	21.939.923	58,22
<b>Edad adulta</b>				
0 a 74 años	521.396	704.082	1.225.478	
5 y más años	585.048	997.278	1.582.326	
0 y más años	1.106.444 (39,4 %)	1.701.360 (60,6 %)	2.807.804	7,46
<b>Ancianidad</b>				
Total	18.490.379 (49,07 %)	19.190.588 (50,03 %)	37.680.967	100,00

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística<sup>6</sup>.

Ahora nos corresponde analizar los dos fenómenos demográficos progenitores del crecimiento natural de la población: natalidad y mortalidad general.

## Caída de la natalidad

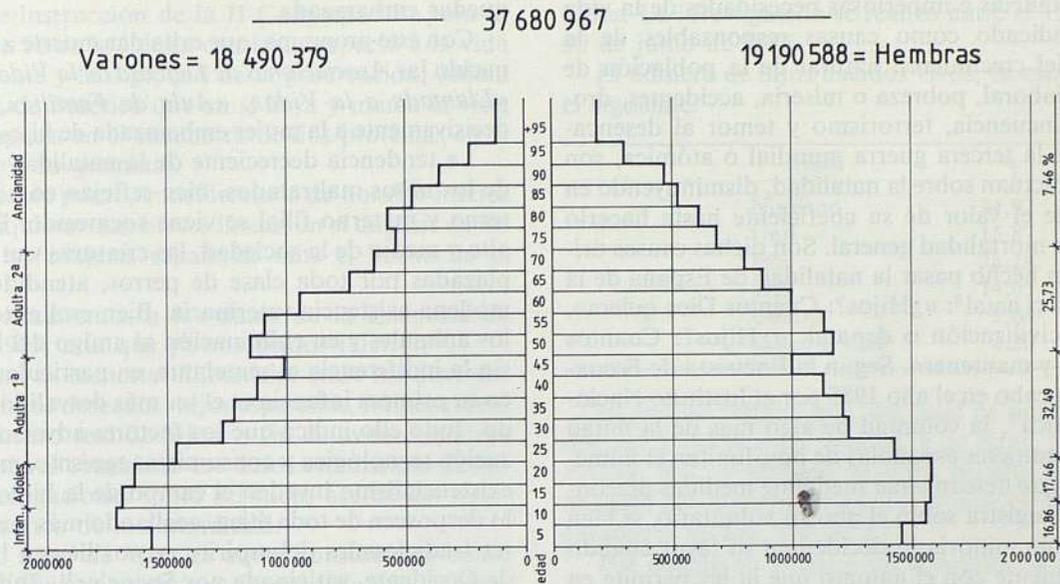
Después de la década de los años sesenta, caracterizada por el desarrollo y el optimismo desarrollista, en la que se incrementaron los porcentajes de la natalidad, este fenómeno demográfico volvió a manifestarse con guarismos decrecientes, en un descenso casi ininterrumpido hasta la actualidad.

Tal evolución, referida a los países del Consejo de Europa, queda detallada en los datos contenidos en la tabla 6, que, en opinión de Díez Nicolás<sup>7</sup>, demuestran los siguientes hechos:

- «La tasa bruta de natalidad en 1981 (o 1980) es inferior a la de 1960 en todos los países, salvo en Irlanda.
- En 1960 había siete países con tasas brutas de natalidad superiores a 20 por 1.000; en 1980 sólo había dos países. En 1960 sólo cuatro países tenían tasas brutas de natalidad inferiores a 17 por 1.000 (y de ellos, sólo uno —Suecia— inferior al 14 por 1.000); en 1980, 11 de los 20 países tenían una tasa inferior a 14 por 1.000.
- La disminución ha sido, en casi todos los casos, ininte-

Gráfico 5

## ESPAÑA. POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDADES, POR QUINQUENIOS, CENSO 1981



rrumpida, con excepciones muy ocasionales y que, por lo general, no pueden considerarse alteraciones a esta tendencia.

- d Sólo en algunos países, como Austria, Francia o el Reino Unido, parece detectarse un cierto incremento de la natalidad en los dos o tres últimos años, aunque es pronto todavía para afirmar que se trata de una tendencia

que vaya a consolidarse e incluso ampliarse a otros países. En todo caso, la alarma ante esta situación se está ya reflejando en una gran preocupación en varios gobiernos de Europa occidental, como se puso de manifiesto en la Conferencia Demográfica Europea al examinarse las políticas demográficas y hacia la familia de los países miembros del Consejo de Europa».

TABLA 6

Tasa bruta de natalidad (nacimientos por 1.000 habitantes). Países del Consejo de Europa, 1960-1981).

Naciones	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Austria	17,9	17,9	15,2	12,5	11,6	11,4	11,4	11,5	12,1	12,4
Bélgica	16,9	16,3	14,6	12,2	12,3	12,4	12,4	12,6	12,6	—
Chipre	—	23,2	19,2	16,0	18,7	18,4	19,3	20,5	21,7	20,6
Dinamarca	16,6	18,0	14,4	14,2	12,9	12,2	12,2	11,6	11,2	10,4
Francia	17,9	17,8	16,7	14,1	13,6	14,0	13,8	14,2	14,9	14,9
R. F. de Alemania	17,4	17,7	13,4	9,7	9,8	9,5	9,4	9,5	10,1	10,1
Grecia	18,9	17,7	16,5	15,7	16,0	15,4	15,5	15,5	15,4	14,5
Islandia	28,0	24,6	19,7	20,1	19,5	18,0	18,6	19,8	19,8	18,8
Irlanda	21,5	22,1	21,9	21,2	21,0	21,1	21,2	21,5	21,9	—
Italia	17,9	18,8	16,5	14,8	13,9	13,1	12,5	11,8	11,3	—
Liechtenstein	22,8	20,4	19,8	12,8	14,3	12,8	12,3	14,3	15	14,6
Luxemburgo	16,0	16,0	13,0	11,1	10,8	11,2	11,2	11,2	11,4	12,1
Malta	26,1	17,6	16,3	19,0	18,7	18,8	18,1	18,5	17,6	16,7
Países Bajos	20,8	19,9	18,3	13,0	12,9	12,5	12,6	12,5	12,8	12,5
Noruega	17,3	17,8	16,6	14,1	13,3	12,6	12,8	12,7	12,5	12,3
Portugal	23,9	23,0	20,0	19,1	19,3	18,6	17,1	16,3	16,3	—
España	21,8	21,1	19,6	18,8	18,8	18,0	17,3	16,1	15,1	14,1
Suecia	13,7	15,9	13,7	12,6	12,0	11,6	11,3	11,6	11,7	11,3
Suiza	17,6	18,8	15,8	12,3	11,7	11,5	11,3	11,3	11,6	11,5
Turquía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reino Unido	17,5	18,4	16,3	12,5	12,1	11,8	12,3	13,1	13,5	13,1

FUENTE: R.E.I.S. n.º 21.

En cualquier caso, y referido a España, se puede comprobar cómo, en veintiún años, la tasa bruta de natalidad ha pasado de un 21,8 por 1.000 a un 14,1 por 1.000.

Las circunstancias e imperiosas necesidades de la vida que hemos indicado como causas responsables de la disminución del crecimiento natural de la población de Europa: paro laboral, pobreza o miseria, accidentes, drogadicción, delincuencia, terrorismo y temor al desencadenamiento de la tercera guerra mundial o atómica, son elementos que actúan sobre la natalidad, disminuyendo en forma creciente el valor de su coeficiente hasta hacerlo inferior al de la mortalidad general. Son dichas causas origen las que han hecho pasar la natalidad de España de la frase de cultura o natal<sup>8</sup>: «¿Hijos?: Cuantos Dios quiera», a la frase de civilización o denatal: «¿Hijos?: Cuantos podamos criar y mantener». Según la Encuesta de Fecundidad llevada a cabo en el año 1985 por el Instituto Nacional de Estadística<sup>9</sup>, la voluntad de algo más de la mitad (52,5 %) de las mujeres españolas de hoy, limitan el número de sus hijos que desean tener mediante medidas preconceptivas. Nada registra sobre el aborto voluntario, si bien sabemos que una minoría lo deciden en su favor cuando lo creen conveniente con el amparo que la ley permite en casos llamados de excepción, no obstante haber interpretado de manera particular el artículo 15 de la Constitución: «*Todos tienen derecho a la vida*». Un sarcasmo para la mayoría parlamentaria que legisló: Hay seres no nacidos que no tienen derecho a la vida.

Las mujeres españolas que abortan en Inglaterra, al amparo de la *Abortion Act* de 1967, han pasado de 6 en 1968 a 21.999, en 1983. En el último de estos años, la proporción de adolescentes menores de 20 años que abortaron, del total de estas españolas consideradas, fue del 12,25 %.

Nada más absurdo y grave para la libertad humana que identificar el aborto del embarazo no deseado con un derecho de la gestante, considerarlo como un acto dependiente de la voluntad. Gran necesidad de educación sanitaria fue una de las principales conclusiones de la Reunión de Sanitarios Españoles, bajo el signo de la O.M.S. que, sobre «*Planificación Familiar y Demografía Española*»<sup>10</sup>, tuvo lugar hace diez años en Mahón, bajo la presidencia del subdirector general de salud, Luis Cañada Royo. En dicha reunión se acordó la necesidad de la planificación familiar en fundamento de las causas que siguen:

1. Superpoblación, considerada factor de malestar social.
2. Los cambios sociales: industrialización, éxodo rural al urbanismo y no creación de nuevas fuentes de trabajo con la rapidez necesaria.
3. Convencimiento casi general de que mientras más grande es la familia, menor es la salud y el bienestar.
4. *Ser estimada como el único medio de concluir con el aborto y sus problemas.*
5. Ser esencia de la nueva ética de la vida familiar y social, que el progreso de la Medicina permite llevar a cabo, en general, en forma sencilla, inocua y eficaz.

Instruida la mujer en el campo sanitario sexual, se hace innecesaria una ley autorizando el aborto sin indicación médica. En la actualidad, la vigente ley del aborto, fundamentada en el disfraz de las excepciones, mina y derrumba

el sentir maternal de la mujer, en una época en la que no hay necesidad alguna de recurrir al aborto para no tener hijos, pues se dispone de fáciles y eficaces medios para no quedar embarazada.

Con este programa, que evita dar muerte a los hijos, han nacido las *Asociaciones de Defensa de la Vida*: «*Pro Vida*», «*Llamada a la Vida*», «*Aula de Familia*», que ayudan decisivamente a la mujer embarazada de hijos no deseados.

La tendencia decreciente de la natalidad y la creciente de los niños maltratados, bien reflejan cómo el amor paterno y materno-filial se viene socavando. En los niveles alto y medio de la sociedad, las criaturas van siendo reemplazadas por toda clase de perros, atendidos en la más moderna asistencia veterinaria. Bien está el tener cariño a los animales y en culminación al amigo del hombre, pero sin la indiferencia al semejante, en particular al niño, que en su primera infancia es el ser más desvalido de este mundo. Todo ello indica que los factores adversos de la civilización tecnológica y consumista: egoísmo, materialismo y existencialismo invaden el campo de la biología humana, lo desposeen de toda ética, acallando más y más los factores tradicionales del espíritu, y nos lleva a la decadencia de Occidente, vaticinada por Spengler<sup>11</sup>. Todo parece dispuesto para erradicar los principios tradicionales de la moral cristiana, siempre la mejor base para la familia.

Sin duda por todo ello, desde que el filósofo Herbert Marcuse<sup>12</sup>, el profesor de una revolución pendiente, determinó en los estudiantes de Berkeley y París la rebeldía llamada *contracultura* —a nuestro juicio, más exacto hubiera sido bautizarla con el nombre de «*contracivilización*»—, la juventud sigue ávida de que se le atienda desde nuevas estructuras, más eficaces y definitivas, en despejados caminos de puesto de trabajo y de la verdad, como lo atestiguan las manifestaciones rebeldes de la juventud madrileña en el mes de marzo del actual año 1987, en los campos de la Educación, Sanidad, Trabajo, Agricultura, etc., pilares ineludibles al pensamiento contemporáneo de un mundo mejor.

La fase actual de la natalidad en España es de tendencia al más bajo valor de su coeficiente, en forma tan acusada que hace pensar que va a conducirla a la peor de las crisis, la del vacío demográfico, que ya ha comenzado en ocho provincias. Bien se explica que la alta natalidad española haya disminuido, pero no tendrá justificación alguna si se la deja caer en valores del crecimiento bajo cero o de despoblamiento<sup>13</sup>.

En este ambiente adverso a la natalidad causa honda satisfacción leer el informe sobre la *Situación Social de la Mujer en España*, realizado por el Instituto de la Mujer, institución que recomienda que se potencie la natalidad para frenar en lo posible la tendencia de disminución, que prevé para la próxima década de los noventa un aumento de los nacimientos, lo que nos parece plausible, pero excesivo optimismo. A tal objetivo considera las mejores medidas de política demográfica «aquellas que aparecen a la vez como elementos de justicia social», tales como las normas generales tendentes a hacer los embarazos más deseables, y sobre todo a anticipar los nacimientos deseados y proyectados. En cambio, considera falsa solución premiar la inactividad económica de la mujer. Sin embargo, no se debe

olvidar que tales normas han dado buenos resultados en otras naciones de la Comunidad Europea.

La reciente instrucción de la II Congregación para la Doctrina de la Fe de la Iglesia católica, respecto a la vida humana naciente y la dignidad de la procreación, señala los principios de Bioética que en sí lleva y marca la vida desde que empieza en el encuentro de dos proteínas en el cigoto del período germinal.

Al llegar a este punto, consideramos de notable interés detenernos, siquiera unas breves líneas, en el análisis de las actitudes de las mujeres españolas ante el hecho de la natalidad.

Para ello acudiremos a los datos de la Encuesta de Fecundidad 1985, a la que ya nos hemos referido<sup>14</sup>.

Previamente, es menester diferenciar entre los distintos conceptos de hijos deseados, hijos esperados, número ideal de hijos y número real de hijos, a fin de evitar erróneas interpretaciones al considerar los datos estadísticos de encuestas e investigaciones sobre actitudes acerca del fenómeno demográfico de la fecundidad.

El número *ideal de hijos* es aquel considerado como óptimamente idóneo para un matrimonio o un determinado grupo social en relación con determinadas variables, características y condiciones que le son comunes.

El número *de hijos deseados* es el que se *desearía* tener, con independencia de las condiciones y circunstancias concurrentes e imaginando que algunas de ellas —las negativas o restrictivas— no se dan.

El total de *hijos esperados* es el que se *espera* tener en virtud de determinados factores y variables y no tiene por qué coincidir forzosamente ni con el número considerado como *ideal* ni con el de los *deseados*. Un matrimonio puede desear tener, por ejemplo, dos o tres hijos, pero espera tener cinco o seis debido a que se han casado muy jóvenes y no tienen intención de emplear ningún sistema de planificación familiar o de control de natalidad. Por el contrario, puede ocurrir que un matrimonio desee tener cuatro hijos y no espera tener más que uno o dos por hallarse ya la mujer en edad próxima al final del período fecundo, por llevar muchos años intentando tener descendencia sin haberlo conseguido, por haber sufrido alguna intervención quirúrgica en el aparato reproductor, etc.

Por *número real de hijos* habidos entendemos el de los efectivamente nacidos de cada mujer a lo largo de su vida fértil.

Alonso Hinojal ha definido el número ideal de hijos y el número deseado. Para este sociólogo, el primero de los conceptos significa «el ideal o norma social que suele ofrecer una notable estabilidad y un constante decrecimiento hacia los dos hijos en las últimas décadas, correlativo al descenso continuado de la natalidad», en el segundo caso, se trataría de un ideal particular «que la pareja mantiene en razón de la percepción de sus propias circunstancias y especiales motivaciones (...), la diferencia entre el ideal y el deseado (I-D) puede tomarse como muestra de la fuerza de la aceptación de la norma social<sup>15</sup>.

Esta Encuesta de Fecundidad, cuyo ámbito de aplicación abarca todo el territorio nacional, comprende a todas las mujeres, de 18 a 49 años, independientemente de su estado civil, las cuales totalizan 8.262.336, siendo de 9.000

el número de elementos de la muestra estratificada y representativa, para la segunda etapa de medición de actitudes. La investigación se realizó entre el 15 de mayo y el 30 de junio de 1985.

El número de hijos nacidos vivos, en estas mujeres, era el siguiente:

Hijos	%
Ninguno	34,92
Uno	15,87
Dos	25,28
Tres	14,05
Cuatro	5,68
Cinco o más	4,20

Es preciso señalar que, del total de mujeres consideradas, un 27,94 % eran solteras, y de éstas, tenían hijos un 2,47 %. Así, el número de hijos nacidos vivos, entre las mujeres del colectivo considerado que están o han estado casadas o unidas, fue de 2,13.

Por cuanto se refiere a las actitudes, la mayor proporción de mujeres expuestas al riesgo de embarazo o embarazadas, *que tienen intención de tener hijos en el futuro*, está en Extremadura, con un 47,02 %, seguidas de las de La Rioja y Canarias, con un 44,83 y un 44,58 %, respectivamente. En el extremo opuesto figuran las mujeres de Cataluña con un 28,25 % solamente.

De entre las mujeres *que tienen intención de tener hijos en el futuro*, hay que señalar que un 31,86 % piensa tener un hijo, un 47,73 espera tener dos, el 15,57 aspira a tener aún tres; cuatro hijos piensan tener todavía el 3 % de estas mujeres y un 0,93 %, considera que aún tendrán cinco o más.

En cuanto al número total de hijos que les *gustaría tener o haber tenido*, desearía no tener o no haber tenido ninguno, el 0,04 %. A un 4,69 les gustaría tener uno; dos a un 50,02 (el «ideal de la parejita»); tres a un 30,05 que se decantan por la ruptura del «equilibrio de la parejita», cuatro al 10,91 y cinco o más al 4,30 % de las mujeres objeto de encuesta.

Los motivos argüidos en primer término, para *no tener* (más) hijos, por orden de importancia porcentual, son los siguientes:

Motivo	%
Tener el tamaño de familia deseado	33,61
Demasiada edad para tener hijos	14,12
Razones económicas	11,96
Pesimismo situación futura para los hijos	10,20
A causa del estado civil de la mujer	8,67
Problemas y molestias de salud	7,25
Temor a que el hijo nazca con problemas de salud	4,74
Preocupación por problemas de tipo general	3,14
Deseo o necesidad de trabajar fuera de casa	2,69
Marido o compañero parado	1,91
Exceso de trabajo en el hogar	0,85
Deseo de seguir estudiando	0,49
Tener vivienda pequeña	0,27
Carencia o carestía de guarderías	0,07
A causa del estado civil del compañero	0,04

De entre las mujeres que manifestaron *no desear* tener (más) hijos (excluyendo las embarazadas, las esterilizadas y las consideradas a sí mismas infecundas), estimaron que la razón —manifestada en primer lugar—, que *les haría cambiar de actitud*, sería, por orden de importancia en el total de las respuestas: Cambio de estado civil, un 6,16 % y mejorar la situación económica, un 6,13 %. No cambiaría de actitud por nada, el 74,74 %.

Por el contrario, las razones dadas para desear tener (más) hijos, también por orden de importancia en porcentajes, fueron las siguientes:

Motivo	%
Le gustan los niños	53,76
Conviene que tengan hermanos	13,39
Alcanzar el tamaño de familia deseado	10,14
Deseo de tener una niña	7,62
Son un soporte material para la familia	6,25
Deseo de tener un varón	3,95
Otros motivos	4,87

Si comparamos estos datos con los de la Encuesta de Fecundidad de 1978, comprobamos cómo ha aumentado sensiblemente, aunque en ambos casos ocupe el primer lugar, la razón de que les gustan los niños, ya que en aquella, el porcentaje era del 31,5 %.

Se mantiene casi en igual proporción la de que son convenientes los hermanos (14,5 frente al 13,39 %).

Ha descendido considerablemente el deseo de tener niña (25,6 frente al 7,62 %) y de tener un varón (12,8 frente a 3,95 %), si bien en ambos casos duplican quienes quieren una niña a los que desean un niño.

Ha desaparecido prácticamente la razón de que «es la voluntad de Dios», ya que en 1978 dieron esta respuesta un 9,5 % de las encuestadas y, en esta de 1985, si ha manifestado tal opinión alguna de las entrevistadas, su parecer ha quedado diluido entre ese 4,87 % de «otros motivos».

Y, por último, procede destacar que ha aumentado sensiblemente el planteamiento que pudiéramos llamar materialista o de los hijos como inversión, ya que de un 1,9 % que, en 1978, consideraban como razón para tener o tener más descendencia el que los hijos son un soporte material, se ha pasado a un 6,25 % entre las mujeres que participan de este criterio. Cabría preguntarse si ello se debe a las negras perspectivas que ven para sí estas mujeres como consecuencia del deterioro de la situación económica que se manifiesta en el paro creciente, la posibilidad de disminución o pérdida de pensiones de jubilación o las jubilaciones anticipadas con sensible reducción en los incrementos en las prestaciones económicas correspondientes, frente a los aumentos salariales de la población con empleo.

Para concluir, nos referiremos, del colectivo de la Encuesta, a las mujeres casadas que viven con sus maridos, o mujeres que viven en unión estable, y que hayan tenido algún embarazo o estuvieran embarazadas en el momento de llevar a cabo la encuesta y que *no deseaban* el último embarazo, según el número de hijos habidos vivos.

Del total nacional, no deseaban el último embarazo el 27,09 %.

De las que no tenían ningún hijo, no lo deseaban el 15,50 %; de las que tenían un hijo, el 16,04; de las que tenían dos, el 18,08; de las que tenían tres, el 39,97; de las que tenían cuatro, el 52,59 y de las que eran madres de cinco o más hijos, no desearon el último embarazo el 57,82 % de las mujeres encuestadas. Lo cual, invirtiendo los términos, nos dice que nada menos que un 42,18 % de las madres de cinco o más hijos, *sí* desearon su último estado gestatorio, según sus propias manifestaciones.

En relación con este último aspecto, es preciso tener en cuenta que, según se ha podido comprobar en diferentes investigaciones, la respuesta de la mujer es diferente, en muchos casos, dependiendo de que se encuentre todavía en estado de gestación o que ya haya nacido el niño y lo haya tenido entre sus brazos. Madres que, durante el embarazo manifestaron no haberlo deseado, interrogadas de nuevo después del parto, afirman categóricamente haber deseado dicho embarazo.

## Permanencia de la mortalidad general

Del otro fenómeno demográfico progenitor del crecimiento natural de la población, la mortalidad general, hemos de hacer constar que, en el período que estudiamos, su valor permanece casi estacionario, razón por la cual, como hemos dejado indicado, las variaciones del mismo las determina casi exclusivamente las del fenómeno natalidad.

En efecto, muy poco varían los valores del coeficiente de mortalidad general en los quince años que examinamos (tabla 1) (gráfico n.º 1) para España. Su valor es de 7,7 en el último año de la serie que examinamos, 1984, el cual ocupa el cuarto lugar de las naciones de Europa de menor valor.

El valor de la tasa de mortalidad general en las Comunidades Autónomas es en torno a dicho promedio nacional, donde tienen los valores más bajos: Madrid, 6,1; Canarias, 6,5 y Vascongadas, 6,5. Y por provincias: Las Palmas, 6,0; Álava, 6,0; Madrid, 6,1; Guipúzcoa, 6,4; Lérida, 6,5; Valladolid, 6,5; Almería, 6,8; Barcelona, 6,9 y Cádiz, 6,9.

En la primera mitad del siglo la mortalidad general era elevada, fundamentalmente por causa del gran número de defunciones en el período de la infancia, en particular en los menores de un año de edad, la denominada mortalidad infantil propiamente dicha. Fueron los progresos en el campo sanitario social, de las inmunizaciones activas y de la extensión de las normas de la higiene infantil mediante los Dispensarios de Puericultura en toda la nación, complementados por el diagnóstico temprano y los tratamientos eficaces con los nuevos poderosos fármacos de las sulfamidas de Domag, los antibióticos: penicilina de Fleming, estreptomycinina de Wasmann, cloromicetina, etc., corticoides, gammaglobulinas generales y específicas, etc., los que hicieron descender alrededor de la mitad la tasa de la mortalidad general, sostenida en valores que parecen irreductibles, al tiempo que duplicaban el índice de esperanza de vida media al nacer.

## Política demográfica a seguir

Cuanto precede, en relación con la evolución de la tasa de crecimiento natural de España, de sus Comunidades Autónomas y sus provincias en el período 1970-1984, nos muestra la inicial declinación de sus poblaciones respectivas hacia los tipos estacionarios y regresivos, a causa de la disminución de la natalidad por los factores sociales negativos, que coetáneamente aminoran la gran fuerza del sentimiento filial y las raíces morales de la ética del humanismo.

De seguir España en igual tendencia de declinación de su natalidad, su población en el futuro inmediato comenzará a sentir los graves problemas derivados del insuficiente relevo generacional. Si en los trece años que restan de siglo no se detiene la caída de la natalidad, en el campo de la demografía se producirá su transformación, al pasar de ser fuente inagotable de vidas a la peor y más triste de sus situaciones, a la falta de jóvenes. Bien está el control de la natalidad, la planificación familiar para evitar los males de la superpoblación, pero sin caer en el extremo opuesto de la infrapoblación, también origen de grandes males, sobre todo cuando a ello se llegue como consecuencia de una nula o defectuosa política de aprovechamiento de los recursos naturales, ya sea con carácter nacional o universal. Es inmoral e inhumano que coexistan el despilfarro con el hambre.

Bien se explica que la alta natalidad de España haya bajado, pero no tendría explicación alguna, y menos justificación, si la deja en valores del crecimiento bajo cero, que son los de despoblamiento.

Consideramos una necesidad insoslayable la prevención del posible problema demográfico nacional, que en el próximo futuro puede causar la actual tendencia de baja natalidad de los matrimonios españoles, mediante la puesta en práctica de una política demográfica de apoyo a la familia, de estímulo a la nupcialidad y a la natalidad, en especial con ayuda económica a los jóvenes matrimonios y a los padres desde la concepción y llegada de los hijos

al mundo, como ya es norma en las naciones hermanas de la Comunidad Europea, donde, en estos aspectos, el actualmente denominado Estado Español ocupa un lugar del que nos podríamos avergonzar y que sería deseable superarse en un futuro inmediato.

Agosto, 1987

## Citas y referencias bibliográficas

1. ARBELO CURBELO, A. y HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G.: *Demografía sanitaria de la ancianidad*. I.S.A.F. - Instituto de Ciencias del Hombre. Editorial Karpos, S.A., Madrid, 1981.
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: *Movimiento natural de la población. Años 1970/1981*. Madrid.
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: *Anuario estadístico. Años 1982, 1983, 1984 y 1985*, Madrid.
4. ARBELO CURBELO, A. y BECANA CRUSELLAS, M.: *Aragón: caída de la natalidad y entrada de la población en el tipo regresivo*. Bol. de la Sociedad de Pediatría de Aragón. (En prensa).
5. ARBELO CURBELO, A.: *Estudio de la demografía sanitaria infantil en Cataluña*. Bol. de la Sociedad Catalana de Pediatría, 2.ª época, vol. XXVII, marzo-abril, 1966, n.º 20, monografía, Barcelona.
6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: *Censo de la población de España del año 1981. Avance de resultados*. Madrid, 1983.
7. Díez NICOLÁS, J.: *La familia en Europa y el cambio social*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, n.º 21, enero-marzo, 1983, págs. 11 a 31, Madrid.
8. ARBELO CURBELO, A. y ARBELO LÓPEZ DE LETONA, A.: *Demografía sanitaria infantil*. Editorial Paz Montalvo, S.A., 3.ª edición, Madrid, 1980.
9. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: *Encuesta de fecundidad 1985. Avance de resultados*. Madrid, mayo de 1986.
10. ARBELO CURBELO, A.: *Planificación familiar y demografía sanitaria*. Tribuna Médica, n.º 718, 11-13, 22 de julio de 1977, Madrid.
11. SPENGLER, O.: *La decadencia de Occidente*. Espasa Calpe, S.A., t. I, 54, 1925; t. IV, 152, 1934, Madrid.
12. MARCUSE, H.: *Razón y revolución*. Alianza Editorial, S.A., 1.ª edición, Madrid, 1971.
13. ARBELO CURBELO, A.: *La natalidad en España: tendencia actual*. Tribuna Médica, n.º 1.140, 6-12 de febrero de 1987, Madrid.
14. Op. cit.
15. ALONSO HINOJAL, I.: *Población y familia*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, n.º 10, abril-junio de 1980, pág. 155, Madrid.

## Revista SELARE

- Al servicio de los Agentes de Pastoral de la Salud.
- Publicación trimestral de los Hermanos de San Juan de Dios, destinada a compartir experiencias, inquietudes y comentarios con los agentes de Pastoral de la Salud a nivel de América Latina.

Dirección: Carrera 8.ª N.º 17-45 SUR. Apartado 40097. BOGOTÁ, D. E. (Colombia)

# 3. COMENTARIOS SOBRE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LOS HOSPITALES

*Antonio Marset Boza*

La reflexión es el primer paso hacia la criticidad, y ésta hacia la creatividad. El autor nos propone ser críticos y creativos para poder sintonizar con propuestas más eficaces para organizar nuestros hospitales.

## 1. Justificación

Los comentarios que en este artículo expongo, como tales, son fruto de una interpretación personal, por tanto discutible, de cuatro realidades:

1. La Empresa.
2. El Hospital.
3. Las teorías administrativas.
4. Su aplicación en la empresa hospitalaria.

Comentar, interpretar, discutir es enriquecer, es crear, es, quizás, innovar, y es la innovación uno de los pocos paradigmas que la ciencia administrativa ostenta como insignia.

El título de este artículo limita el campo administrativo sobre el que reflexionar: la estructura orgánica del hospital.

Sin embargo, creo imprescindible efectuar, a modo de glosario, una puesta en común entre ustedes, lectores de LABOR HOSPITALARIA, y yo; por aquello de hablar y comprender, de asignar al concepto escrito la misma palabra, que, dicho sea de paso, en Administración es cosa difícil. La dificultad semántica y de entendimiento radica, a mi

juicio, en dos grandes *hándicaps*: uno, el empleo, mal empleo, indiscriminado de terminología administrativa desde traducciones de libros originales en inglés. Otro, la *juventud* de esta ciencia que hace que los términos estén en continua evolución y que, incluso, se introduzcan vocablos y conceptos nuevos con tal rapidez que hace difícil su aprehensión.

## 2. Generalidades

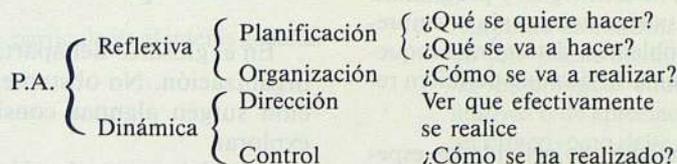
Administrar es una actividad inherente a toda persona y, por tanto, a todo grupo social. No olvidemos que los recursos con los que el hombre intenta satisfacer sus ilimitadas necesidades son escasos. Es, precisamente, con la Administración con lo que el hombre, el grupo social, logra una coordinación eficaz de estos escasos recursos que le permiten satisfacer, lo mejor posible, el mayor número de sus ilimitadas necesidades.

Estas primeras ideas, escasez de recursos, necesidades ilimitadas, coordinación de recursos, deben presidir en todo momento el concepto Administrar. *Administrar es, pues, alcanzar la máxima eficiencia en el logro de los objetivos de un grupo social, mediante la adecuada coordinación de los medios materiales y la colaboración del esfuerzo ajeno, según un esquema preciso de dependencias e interrelaciones entre los distintos elementos que lo constituyen.*

Administrar es un término que entraña en sí mismo una idea de acción, de sucesión de hechos que conduzcan hacia la consecución de unas metas prefijadas. Esta idea de acción hace que la puesta en práctica de la Administración se convierta en un proceso, el Proceso Administrativo (P.A.).

El P.A. es la Administración en acción, o más precisamente, el conjunto de fases o etapas sucesivas a través de las que se efectúa la Administración, interrelacionándose y formando un proceso integral.

Cuadro 1



Las etapas del P.A. responden a las preguntas:

- ¿Qué se quiere hacer?
- ¿Qué se va a hacer?
- ¿Cómo se va a realizar?
- Ver que efectivamente se realice.
- ¿Cómo se ha realizado?

La división de las etapas del P.A. varía según autores, no obstante, y con ánimo de simplificar, propongo, como método en este artículo, estas cuatro etapas:

1. **Planificación:** ¿Qué se quiere hacer?  
¿Qué se va a hacer?
2. **Organización:** ¿Cómo se va a realizar?
3. **Dirección:** Ver que efectivamente se realice.
4. **Control:** ¿Cómo se ha realizado?

Estas cuatro etapas corresponden a dos fases esenciales:

- Fase reflexiva:** Creación de una estructura en la que, a partir de uno o más fines, se determina la mejor forma de obtenerlos.
- Fase dinámica:** Se ejecutan todas las actividades para lograr lo establecido en la fase reflexiva.

Sintéticamente se podría reflejar en el cuadro 1.

Una vez hemos sido capaces de ponernos de acuerdo ustedes y yo reconociendo las fases y etapas del P.A., es conveniente volver sobre la idea de acción que debe presidir a la Administración para efectuarse, para ponerse en marcha, para convertirse en P.A.

Los sinónimos de proceso, «sucesión», «transcurso», imprimen un carácter cibernético, de cambio, en que la Administración se manifiesta en una sucesión continua de una etapa sobre otra.

Estos criterios, a simple vista antitéticos, estructura por etapas y sucesión continua, dan a la Administración (P.A.)

su verdadero carácter. Cada etapa da elementos a la siguiente produciendo un círculo cerrado y continuo.

Así, la planificación da elementos para poder *organizar* y éstos para poder *dirigir* y todos ellos para poder *controlar*, y del control se producen elementos para, de nuevo, poder *planificar* (cuadro 2).

A esta puesta en común es necesario añadirle una nueva idea, que como las anteriores debe presidir cualquier acción administrativa, y es que sólo por metodología debemos separar las etapas del P.A. ya que, en realidad coexisten, esto es, se producen a la vez. Así, cuando se *planifica*, se organiza, se dirige y se controla; cuando se *organiza*, se planifica, se dirige y se controla; cuando se *dirige* se planifica, se organiza y se controla y cuando se *controla*, se planifica, se organiza y se dirige.

*En síntesis, el proceso administrativo es una sucesión integrada de fases y etapas que se retroalimentan y cuyo fin es administrar.*

A modo de glosario, las etapas del P.A. y sus principales apartados se podrían definir:

- **PLANIFICACIÓN.** Es determinar los objetivos que se quieren alcanzar, eligiendo las estrategias para conseguirlos, de acuerdo con ciertos plazos, el empleo de determinados recursos concretados en un programa que se pueda controlar constantemente.
  - **Filosofía.** Son y representan las aspiraciones fundamentales de la empresa, son finalidades de tipo cualitativo que la empresa persigue de forma permanente.
  - **Objetivos.** Son fines a alcanzar, son los resultados futuros que la empresa espera alcanzar en un plazo previsto y en una cantidad y calidad determinada.
  - **Estrategias.** Son líneas de acción general que muestran el camino, entre varios posibles, a seguir para alcanzar los objetivos previstos.
  - **Políticas.** Son los datos y premisas en que se funda la actividad que se pretende para que todos los componen-

Cuadro 2



tes del grupo social de la empresa actúen de forma unidireccional en la realización de estrategias y programas.

En definitiva, indican las orientaciones de la empresa frente a determinados problemas, determinan esquemas de actuación y establecen criterios que permiten resolver situaciones futuras.

- **Programas.** Es el establecimiento de actividades específicas a desarrollar según una secuencia lógica y una jerarquía de prioridades respecto a los objetivos a conseguir, señalando el tiempo requerido para efectuar cada una de sus partes, así como los recursos que se precisan.
- **Presupuestos.** Es la asignación en términos económicos a todas las actividades de la empresa.
- **ORGANIZACIÓN.** Es la parte del P.A. que, respondiendo a la pregunta ¿Cómo se va a realizar?, define la división del trabajo, la jerarquización de actividades, la agrupación o departamentalización de los mismos y una coordinación entre todos ellos, logrando constituir la estructura orgánica de la empresa.
  - **División del trabajo.** Es la separación y delimitación de las actividades, con el fin de realizar una función con la mayor precisión, eficiencia y mínimo esfuerzo/costo.
  - **Jerarquización.** Consiste en disponer todas las funciones de una empresa en orden de rango, prioridad, grado e importancia.
  - **Departamentalización.** Es agrupar las funciones y actividades similares en unidades específicas y separarlas de otros grupos.
  - **Descripción de funciones.** Definir con claridad las tareas, actividades y obligaciones que deberán desarrollarse en cada departamento, en cada puesto de trabajo.
  - **Coordinación.** Es sincronizar, armonizar los esfuerzos del grupo social con el fin de realizar eficazmente el trabajo.
- **DIRECCIÓN.** Es el proceso por el cual se ejecutan los planes de la empresa, coordinando los recursos materiales y conduciendo los esfuerzos del grupo social a través de la motivación, la integración, la comunicación y la supervisión.
  - **Motivación.** Es guiar, conducir, llevar a la acción.
  - **Integración.** Es dotar a la estructura y sus componentes de todos los recursos necesarios para poder efectuar en condiciones óptimas las actividades que lleven a conseguir los objetivos previstos.
  - **Supervisión.** Es vigilar y guiar a los componentes del grupo social estructurado de tal forma que realicen adecuadamente las actividades asignadas.
  - **Comunicación.** Es transmitir un mensaje de una persona a otra, en forma tal que esa persona nos muestre que recibió el mensaje reaccionando como esperábamos.
- **CONTROL.** Es un proceso de carácter permanente, cuyo fin es la medición y evaluación de cualquier actividad, supuesto una fijación precisa de estándares o metas a alcanzar y a la concreción de las posibles desviaciones que se pudieran presentar respecto a dichos estándares/metad de referencia.

### 3. Conceptos de organización

En el glosario del apartado 1 he definido el proceso de organización. No obstante, de la meditación de la definición surgen algunas consideraciones que es importante explorar.

La palabra organización tiene muchas acepciones, desde la que designa a una entidad o grupo social, pasando por la etimológica (del griego *organón*) para nombrar un instrumento, o la que aquí utilizamos para designar a la parte del P.A. que responde a la pregunta: ¿Cómo se va a realizar? Algunos autores utilizan este vocablo para designar a todo el proceso, esto es, a la Administración.

Una vez hemos sintonizado, ustedes y yo, sobre la utilización del vocablo *organización* y se ha decidido qué se quiere hacer, *planificación*, es imprescindible decidir cómo se va a realizar, *organización*; de forma que se debe establecer la mejor manera de lograr los objetivos de la empresa; suministrando los métodos para efectuar las actividades programadas de forma eficiente, por tanto, evitando la duplicidad de los esfuerzos y delimitando las funciones, comunicaciones y responsabilidades.

De lo expuesto se deduce la importancia de la *organización*, o dicho de otra forma, la importancia de la creación de la estructura orgánica.

Para crear la *organización*, de un plan previamente establecido, es necesario contemplar los siguientes elementos:

1. **Estructura.** Creación de un esquema formal de relaciones, comunicaciones y responsabilidades.
2. **Sistemas.** Creación de una definición de las actividades necesarias para alcanzar los objetivos programados.
3. **Agregación.** Necesidad de agrupar, dividir y asignar funciones, con el fin de especializar.
4. **Jerarquía.** Hay que establecer niveles de autoridad y responsabilidad, después de haber establecido los sistemas y haber agrupado las funciones.

Estos elementos enumerados no conducirán necesariamente a contraer la misma estructura en condiciones similares. Así podemos encontrar empresas parecidas, con *organizaciones* diferentes y obteniendo todos buenos resultados.

Esto nos hace pensar en que existe otro elemento esencial a tener presente: el tiempo y las condiciones hacen de la *estructura* orgánica un elemento *vivo* y en continuo *desarrollo* y adaptación al medio interno y externo de la empresa.

Debido a esta adaptación continua la *organización* debe respetar algunos principios esenciales, recordando que éstos deben ser flexibles y adaptables a cada situación.

Fayol, en su «Administración Industrial y General», ya señala algunos principios que él denomina de administración, que tuvo «que aplicar con frecuencia».

- División de trabajo.
- Autoridad.

- Disciplina.
- Unidad de mando.
- Unidad de dirección.
- Subordinación de intereses particulares al interés general.
- La remuneración.
- La centralización.
- La jerarquía.
- El orden.
- La equidad.
- La estabilidad del personal.
- La iniciativa.
- La unión del personal».

Sintetizando estos principios de Fayol:

1. **Definición.** Clara y precisa de los objetivos y de la estructura organizativa. Esto significa determinar claramente y con exactitud el contenido y los límites de las tareas, de los puestos, de las áreas, de los departamentos, así como de los procedimientos y de las relaciones de autoridad que se desarrollen.
2. **Unidad de mando.** Tradicionalmente, desde que fue enunciado por Fayol, este principio se ha convertido en paradigmático para la administración: cada subordinado ha de tener un solo jefe, ha de recibir órdenes sólo de una persona.  
Hoy, este principio se está poniendo en tela de juicio ya que existen estructuras orgánicas con rendimiento altamente satisfactorio que no lo cumplen, como es la estructura *adhocrática*, o la estructura *reticular*.
3. **Unidad de dirección.** Al *organizar*, es imprescindible adoptar idénticas soluciones ante situaciones idénticas. Esto es, seguir un criterio único para cada conjunto de acciones encaminadas a alcanzar un objetivo.
4. **Autoridad, responsabilidad.** A cada grado de autoridad debe conferírsele idéntico grado de responsabilidad. Así, no se puede responder de aquello que no tie-

ne autorización y nadie puede recibir autoridad sin quedar obligado a rendir cuentas de su actividad.

5. **Amplitud de control.** Sobre la extensión del control que un jefe puede ejercitar existen muchas teorías. Desde las matemáticas enunciadas por *Graicunas*, a las cualitativas o de apreciación (por ejemplo, Urwick dice que un directivo no debe ejercer autoridad directa a más de cinco o seis subordinados). No obstante, creo que el límite de la extensión del control es variable y dependerá simplemente del número de personas que permitan al jefe, en condiciones normales, una acción de dirección eficaz.
6. **Comunicación.** Para que realmente la creación de una estructura orgánica produzca los beneficios deseados, es imprescindible que ésta sea conocida por todos los componentes de la empresa.

## 4. Tipos de organización

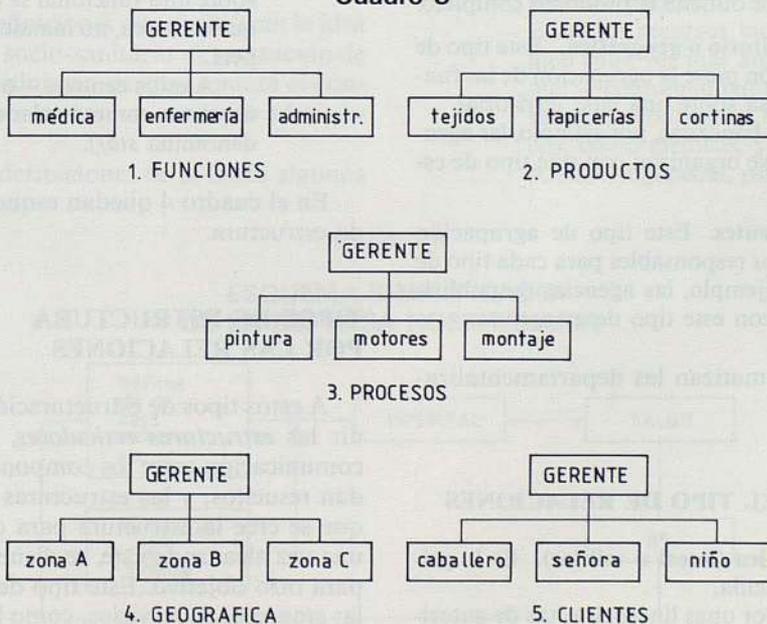
Dependiendo de los diferentes criterios que se puedan aplicar para dividir el trabajo en una empresa y de las relaciones que se deban producir entre sus partes, podemos distinguir sintéticamente los siguientes tipos de estructuras orgánicas.

### 1. DEPENDIENDO DE LA DEPARTAMENTALIZACIÓN

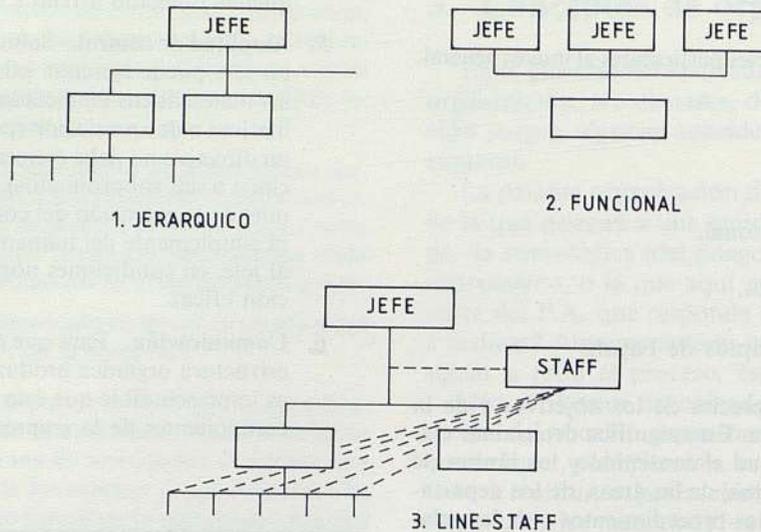
— **Estructura por funciones.** Es el más común y difundido y consiste en la agrupación de las actividades de una empresa según la función que desarrolla dentro de la misma.

Así, si agrupamos tareas similares en un hospital nos encontraremos con tres departamentos por

Cuadro 3



Cuadro 4



funciones clásicas: El Departamento Médico, donde se agrupan las funciones, actividades y tareas médicas y similarmente, los departamentos de Enfermería y Administración.

— **Estructura por productos o servicios.** Consiste en agrupar alrededor de un órgano responsable cada sector de producción de la empresa.

Así cada departamento se ocupará de efectuar un producto o servicio concreto.

Este tipo de estructura es conveniente a empresas muy amplias o que fabrican productos netamente diferentes. Así, departamentos de tejidos, de confección, de tapicería, en una empresa textil.

— **Estructura por procesos.** Consiste en agrupar las funciones, actividades y tareas en base a unos determinados procesos de fabricación.

Así, en una empresa de automóviles tendríamos los departamentos de montaje, pintura, motores, etc., hasta que al final se obtiene el producto completo.

— **Estructura por territorio o geográfica.** Este tipo de departamentalización prevé la agrupación de las funciones de la empresa sobre una base territorial.

Así, las agencias bancarias, por ejemplo, las agencias de publicidad se organizan con este tipo de estructura orgánica.

— **Estructura por clientes.** Este tipo de agrupación lleva a crear órganos responsables para cada tipo de clientes. Así, por ejemplo, las agencias de publicidad se organizan con este tipo de estructura.

En el cuadro 3 se esquematizan las departamentalizaciones apuntadas.

## 2. DEPENDIENDO DEL TIPO DE RELACIONES

— **Estructura jerárquica (lineal o militar).** Es la primera y la más sencilla.

Se caracteriza por unas líneas directas de autori-

dad entre los más altos dirigentes y los intermedios y los ejecutantes.

Se cumple a rajatabla el paradigma de «Unidad de mando».

— **Estructura Funcional o de Taylor.** Su característica fundamental consiste en el hecho de que cada subordinado está conectado a la dirección por más de un jefe, ya que puede tener cuatro o cinco jefes especialistas que controlen otras tantas funciones que deba ejecutar. Fomenta, por tanto, la especialización.

— **Estructura lineo-funcional o de Fayol.** Fayol propone la creación de unos especialistas como los que Taylor diseña en su estructura funcional pero sin autoridad directa, propone la creación de centros (o puestos) verdaderamente especialistas a modo de *estado mayor* que asesoren en su mayoría a los jefes con autoridad directa, esto es, funcional.

En síntesis, este tipo de estructura propone que sobre uno funcional se creen centros especializados que asesoren, no manden, en la materia que les compete.

A estos centros —puestos— especializados que asesoran como verdaderos *estados mayores* se les denomina *staff*.

En el cuadro 4 quedan esquematizados estos tres tipos de estructura.

## TIPOS DE ESTRUCTURA POR LAS RELACIONES

A estos tipos de estructuración clásicos podríamos añadir las *estructuras reticulares*, en que los problemas de comunicación entre los componentes del grupo social quedan resueltos, y las estructuras adhocrásticas (*Ad hoc*) en que se cree la estructura para cada objetivo planificado; una vez alcanzado éste, se disuelve y se crea otra diferente para otro objetivo. Este tipo de organización es típico de las empresas de servicios, como las auditoras o de consulta.

## 5. El hospital como empresa de servicios

Dar una contestación definitiva sobre qué es un hospital, qué es la empresa hospitalaria, no resulta fácil. Podríamos hacer un recorrido por la extensa bibliografía y seguro que nos encontraríamos con mil definiciones, con multitud de matizaciones, con infinito número de respuestas.

### Concepto de Hospital

No obstante, nos centraremos, para definir el Hospital de una manera filosófico-sanitaria, en los documentos que la OMS ha enumerado a lo largo de su historia.

Así, en 1957, define el Hospital como:

«Parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social».

En 1968, la OMS define el Hospital:

«Como una institución donde permanecen los enfermos para recibir la asistencia médica y de enfermería».

En 1973:

«El Hospital es un establecimiento con personal médico organizado con instalaciones permanentes que incluyen camas para pacientes internos, y con servicios médicos que incluyen atención por médicos y cuidados continuos de enfermería, para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los pacientes».

He apuntado algunas definiciones que aproximan la idea de Hospital a la del grupo socio-sanitario de prestación de servicios; sin embargo, en ninguna de ellas apunta el concepto de hospital como empresa con un concepto administrativo.

Si superponemos a las definiciones de la OMS algunos

conceptos administrativos, estaremos en disposición de formular una definición particular:

«Grupo socio-sanitario organizado en el que, a través de la administración del capital y el trabajo, se producen unos servicios médicos que incluyen atención médica y cuidados continuos de enfermería, tendentes a satisfacer las necesidades de diagnóstico y tratamiento de la comunidad».

### RECURSOS DE LA EMPRESA HOSPITALARIA

Después de definir la empresa hospitalaria desde un punto de vista administrativo no nos resultará difícil enumerar los recursos del Hospital, ya que serán conceptualmente los mismos que los enumerados para la empresa en general. Esto es:

#### 1. Materiales

1.1. *Material fijo o inventariable.* Estructura arquitectónica del hospital, valor material de instalaciones, equipos técnicos, instrumental, herramientas, maquinaria, etc...

1.2. *Material fungible o no inventariable.* Jeringas, agujas, medicamentos, útiles de un solo uso, bolígrafos, papel, etc.

#### 2. Técnicos

— Planes de atención, sistemas y protocolos de actuación, sistemas de control de calidad y resultados, sistemas administrativos, etc.

#### 3. Financieros

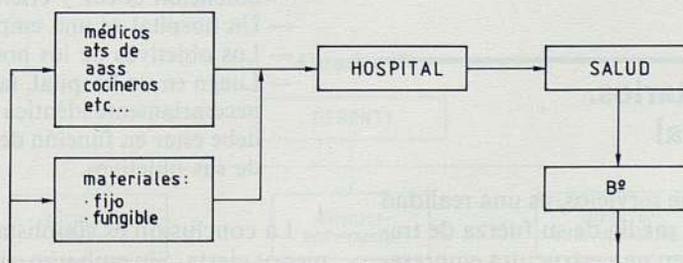
— Propios.  
— Ajenos.

#### 4. Humanos

— Los más importantes en la empresa y los más trascendentales en la empresa hospitalaria, debido a la peculiar prestación de servicio: la salud.  
— Entre los recursos humanos encontramos un abanico cada vez más amplio de profesiones y oficios que se coordinan para obtener el producto final, la salud. Encontramos desde los profesionales clásicos, como médicos, y enfermería, hasta cocineros, AA.SS., logopedas, psicólogos, economistas, limpia-

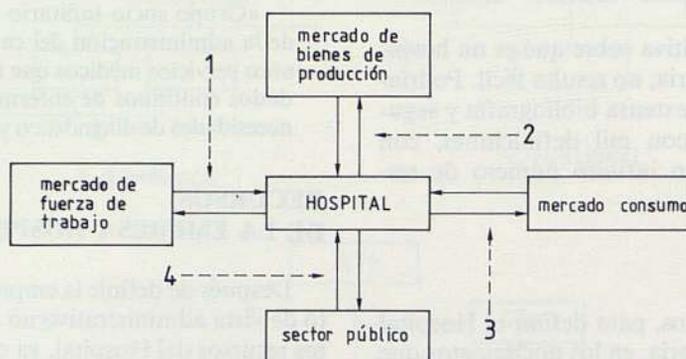
Cuadro 5

### ESQUEMA SIMPLIFICADO DE LA EMPRESA HOSPITALARIA



Cuadro 6

## RELACIONES DE LA EMPRESA HOSPITALARIA



dores, hematólogos, maestros, abogados, oficinistas, etc.

- No podemos olvidar que el recurso humano es tan importante en la empresa hospitalaria, no tan sólo por su peculiar *producto*, si no también por el costo económico que representa, alrededor de un 65 % del presupuesto anual.

## EL SERVICIO SALUD COMO PRODUCTO FINAL

Volviendo de nuevo a la comparación, por otra parte ociosa por evidente, de la empresa con el hospital, elaboraremos un esquema que resulta de la aportación de recursos (inputs) y la obtención de resultados (outputs) (ver cuadro 5).

## RELACIONES DE LA EMPRESA HOSPITALARIA. ORGANIZACIÓN EXTERNA

La empresa hospitalaria mantiene unas relaciones intensísimas con la sociedad, unas relaciones que afectan a éste y a la propia sociedad de forma singular (ver cuadro 6).

Así, mantiene relaciones con: 1) Mercado de fuerza de trabajo, y estas relaciones están reguladas por el Derecho Laboral; 2) Mercado de recursos materiales, y estas relaciones están reguladas por los Derechos Mercantiles, Civil y Administrativo; 3) Mercado de consumo de Servicios, y estas relaciones están reguladas por el Derecho Civil, Penal, Mercantil y Administrativo; 4) Sector Público, y estas relaciones se regulan con el Derecho Administrativo.

rial mecanicista; nada más lejano, la producción es auténticamente artesanal.

El producto-servicio que se obtiene es altamente complejo, impreciso y evasivo a una definición cuantificable: la salud-enfermedad es una realidad múltiple.

Los procesos que, dentro del hospital, tienen lugar como los técnicos, profesionales, coordinación entre distintas y diferenciadas fuerzas de trabajo, alta tecnificación y sistema artesanal de producción son, sin duda alguna, un hándicap para organizar; esto es, para dividir el trabajo, jerarquizar y departamentalizar las actividades y describir las funciones de una forma precisa.

A todo ello, hay que sumarle las relaciones con su entorno (estructura externa), las comprometidas relaciones estructurales con los mercados de fuerza de trabajo, bienes de producción y con el sector público que, en un alto porcentaje, ejerce funciones limitantes en el mercado de servicios, bien por concertos económicos, bien por los sistemas de acreditación de la estructura de los hospitales y del control de los resultados.

Así pues, la oferta asistencial, los objetivos de producción del Hospital, en gran parte está orientada —*planificada*— desde los programas establecidos por las instituciones sanitarias públicas.

En cualquier empresa, la organización está en función, es instrumento, de la consecución de sus objetivos, la empresa hospitalaria no se puede, no se debe sustraer a esta teoría. Sin embargo, lo hace. Los objetivos sanitarios, la oferta asistencial no es idéntica, no debe ser idéntica, en todos los centros de salud, en todos los hospitales.

Haciendo con estas simples reflexiones un silogismo, nos daría el siguiente resultado:

- En la empresa, la organización está en función de la obtención eficaz y eficiente de sus objetivos.
- Un hospital es una empresa de servicios.
- Los objetivos de los hospitales son diferentes.
- Luego en un hospital, la organización no tiene que ser necesariamente idéntica a la de otro hospital, sino que debe estar en función de la obtención eficaz y eficiente de sus objetivos.

## 6. Los objetivos sanitarios.

### La oferta asistencial

El hospital, como empresa de servicios, es una realidad compleja. La alta cualificación media de su fuerza de trabajo hace pensar, en principio, en una estructura empresa-

La conclusión es simplista y evidente, pero no por ello menos cierta. Sin embargo, siendo simple y evidente, no se

cumple. La organización en los hospitales es única y de obligado cumplimiento, olvidando, por tanto, que los objetivos sanitarios y empresariales son diferentes para cada centro de salud, aun siendo de igual categoría.

Justificar que los objetivos sanitarios son, deben ser diferentes, es obviamente sencillo: los resultados de los estudios epidemiológicos no son idénticos (seguro). El planteamiento para su consecución eficaz y eficiente puede, debe, tener enfoques creativos y, por tanto, diferenciados.

Insistiendo en la conclusión del silogismo planteado:

«La organización no tiene que ser necesariamente idéntica en todos los hospitales, sino que debe estar en función de la obtención eficaz y eficiente de sus objetivos».

## 7. El modelo actual de organización

La actual organización sanitaria, basada en un modelo estructuralista, contempla, como todos conocemos, dos bloques organizativos, uno de organización macroestructural y, otro, de organización empresarial propio de cada hospital.

La organización macroestructural nos describe y coordina los recursos sanitarios de nuestro Estado en función de los objetivos de salud planificados por el Gobierno. Su síntesis queda plasmada en el Sistema Nacional de Salud. Este bloque de organización general, como es obvio, no es tema de comentario en este artículo. Sí que lo es, sin embargo, el segundo bloque organizativo: la creación de la estructura empresarial propia de cada hospital.

A grandes rasgos, diremos que la estructura orgánica de los hospitales:

1. Es de obligado cumplimiento, por tanto frena cualquier posibilidad creativa.
2. Es un modelo de departamentalización por funciones —función médica, función enfermera, función administrativa—, por tanto fomenta la especialización y la incomunicación entre los departamentos funcionales, siendo inexistentes, orgánicamente, líneas de comunicación entre las tres grandes divisiones hospitalarias.
3. Es un modelo de jerarquización en línea, que si bien es más eficaz la dirección y el control, también provoca una excesiva burocratización y aumento de personal, frenando en muchos casos las aportaciones creativas de los subordinados. Fomenta, por tanto, un modelo de dirección autocrático, si no paternalista.
4. Es un modelo que contempla funciones asesoras en for-

ma *staff* de una manera falsa. Tenemos como ejemplo la infinidad de comités, comisiones, juntas, etc., con misión de asesores de forma *staff* a los tres grandes departamentos, que no han cumplido (casi nunca) ni su función asesora, ni de forma *staff*.

Estos comités, comisiones, juntas, etc., han generado —generan— un costo económico altísimo, fruto de una gran cantidad de horas de trabajo dedicadas por sus componentes, sin un fruto eficaz y eficiente.

Una razón, entre otras, podría ser que los componentes de estas líneas asesoras tienen otras funciones orgánicas definidas en la estructura que requieren realmente su dedicación, y el tiempo de trabajo a la línea *staff* es *prestado*.

5. Por último, y como compendio, todos los hospitales tienen, en líneas generales, el mismo organigrama para la cúspide de su pirámide (ver cuadro 7).

Por tanto, no existe posibilidad de buscar cualquier otro modelo más adecuado para una empresa de servicios sanitarios —hospital— más acorde con los objetivos de salud obtenidos de los análisis epidemiológicos de la población. No existe posibilidad de hacer y conseguir una oferta sanitaria acorde con la realidad social de su área de influencia.

## 8. ¿Otras alternativas?

La búsqueda de soluciones no es motivo de este artículo («comentarios sobre la estructura...»). No obstante, de los comentarios pueden salir reflexiones, unas a favor, otras en contra; de las reflexiones, análisis serio y conclusiones.

Las conclusiones, si son fruto de análisis riguroso, son siempre positivas y enriquecedoras.

Permítanme, por favor, dar dos consejos antes de que empiecen a ordenar sus juicios:

1. Profundicen en teoría administrativa, en Economía de Empresa.
2. No «asesinen su creatividad». Soluciones eficaces y eficientes para coordinar los recursos disponibles existen muchas. («siempre existe un método mejor»).

## 9. Conclusiones

1. Un hospital es una empresa de servicios.
2. Los objetivos sanitarios no son idénticos para todos los hospitales, aun siendo de la misma categoría.

Cuadro 7



3. La organización es una herramienta para conseguir los objetivos sanitarios.
4. El actual modelo de estructura orgánica no debe ser único, ni de obligado cumplimiento.
5. Sí debe existir un modelo único para la macroestructura sanitaria (S.N.S.).
6. Son necesarias nuevas soluciones —soluciones creativas— que permitan mejorar las estructuras existentes.

## 10. Bibliografía

1. FREIRE, P.: *Educación y acción cultural*. Ed. Zero, S.A., Bilbao, 1980.
2. PARRA LUNA, F.: *Balance social y progreso empresarial*. Ed. Circe, A.S., Madrid, 1980.
3. GARCÍA ECHEVARRÍA, S.: *Balance social de la empresa*. Revista de estudios sindicales, Madrid, 1975.
4. MERRIL, H.: (compilador): *Clásicos en Administración*. Hawthorne y la Western Electric Co. (pág. 361), Ed. Limusa, México, 1985.
5. ALLEN, L. A.: *Teoría y práctica de la dirección profesional*. APD, Madrid, 1975.
6. BERTALANFFY, L. y otros: *Tendencias en la teoría general de sistemas*. Alianza Editorial, Madrid, 1978.
7. TARRAGÓ, F.: *Iniciación a la Economía de la Empresa*. Ed. Hispano Europea, S.A., Barcelona, 1983.
8. *Diccionario de la Real Academia Española*.
9. FERNÁNDEZ PIRLA, J. M.: *Economía y gestión de la empresa*. Ed. I.C.E., Madrid, 1981.
10. URÍA, R.: *Derecho Mercantil*. Madrid, 1982.
11. DALE, E.: *La struttura organizzativa aziendale*. Ed. Franco Angeli, Milán, 1963.
12. FAYOL, H.: *Administración industrial y general*. Ed. Orbis, Barcelona, 1985.
13. *Serie Informes Técnicos, n.º 122*. Ed. OMS, Ginebra, 1957.
14. *Administración de Hospitales*. Informe de un Comité de expertos, n.º 395, Ed. OMS, Ginebra, 1968.
15. *Glosario de términos hospitalarios*. Ed. OMS, Ginebra, 1973.
16. URWICK, L. BRECH, E. F. L.: *La historia del management*. Ed. Orbis, Barcelona, 1984.
17. ZERILLI, A.: *Fundamentos de organización y dirección general*. Ed. Deusto, Bilbao, 1981.
18. TAYLOR, F. W.: *Principios de la Administración científica*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1981.
19. VROOM, U. H. y DECI, E. L.: *Motivación y alta dirección*. Ed. Trillas, México, 1982.
20. MCGREGOR, D.: *El aspecto humano de las Empresas*. Ed. Diana, México, 1969.
21. OUCHI, W.: *La teoría Z*. Ed. Orbis, Barcelona, 1985.
22. MUNCH, L. y GARCÍA, J.: *Fundamentos de Administración*. Ed. Trillas, México, 1982.
23. GUILBERT, J. J.: *Guía pedagógica para personal de salud*. Ed. I.C.E., Universidad de Valladolid, 1981.
24. BRECH, F. E. L.: *Management, su naturaleza y significado*. Ed. Orbis, Barcelona, 1984.
25. BATTERSBY, A.: *Planificación y programación de proyectos complejos*. Ed. Ariel, Barcelona, 1973.
26. KOONTZ, H.: *Curso de Administración moderna*. Ed. MacGraw-Hill, México, 1971.
27. SCANLAN, B. K.: *Principios de dirección y conducta organizacional*. Ed. Limusa, México, 1978.
28. MARSET, A.: *El hospital, la empresa y las teorías de Administración*. Ed. G.G.A.S., Barcelona, 1986.
29. MARSET, A.: *Introducción al Proceso Administrativo*. Ed. G.G.A.S., Barcelona, 1987.
30. BELZUZ, L.: *La Planificación*. Ed. G.G.A.S., Barcelona, 1986.
31. ESEVERRI, C., BELZUZ, L. y MARSET, A.: *Diseño funcional de una División de enfermería*. Ed. Consejo Gral., A.T.S./D.E., Madrid, 1985.
32. ESEVERRI, C.: *Enfermería hospitalaria: Planificación, Dirección y Control*. Ed. Científico Médica, Barcelona, 1981.

## NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Ediciones Paulinas, en colaboración con los Hermanos de San Juan de Dios, acaban de publicar los dos primeros libros de su *Colección Biblioteca Hospitalaria*.

### N.º 1 POR UN HOSPITAL MÁS HUMANO

*Marchesi - Spinsanti - Spinelli*

- Humanicemos el Hospital.
- La ética para una medicina humana.
- La aportación de las ciencias humanas a la obra de humanización del personal sanitario.

132 págs. P.V.P. 750 ptas.

### N.º 2 MORIR EN LA TERNURA (Vivir el último instante)

*Christiane Jomain*

- La muerte y su proximidad.
- El enfermo terminal y los otros.
- El moribundo es una persona viva.
- Aprender a cuidar a los moribundos.

184 págs. P.V.P. 900 ptas.

Solicítelos en cualquier establecimiento de la red de Librerías San Pablo, o pídaoslos a L.H. (a nuestros suscriptores se les efectuará el 10 % de descuento).

## 4. «ABOUT HOSPICE»

### HOSPICE: Un nuevo concepto en la atención de los pacientes con enfermedad terminal

*Josep Porta i Sales \**

Hasta hace poco, enfermedad y muerte eran acontecimientos comunes a la vivencia antropológica. Después, durante un tiempo muy fugaz, el cientificismo médico favoreció la implantación de la fantástica utopía de una victoria omnipotente sobre enfermedad y muerte. Y entonces —de modo correlativo—, ellas, la enfermedad y la muerte, tuvieron que esconderse —de modo vergonzante— a la mirada del hombre.

Pero la realidad es terca; las fantasías sólo válidas para los sueños y los *viajes oníricos*. Por eso, la enfermedad y muerte aparecieron, de nuevo, como los viejos y fieles compañeros de la aventura humana.

LABOR HOSPITALARIA, siempre atenta al menor latido de la experiencia humana, quiere recoger, usando la terminología freudiana, esta «vuelta de lo reprimido» a la conciencia vígil del hombre de hoy. El doctor Porta es el testigo y relator de este espacio privilegiado —el HOSPICE— en el que se puede encontrar la más vieja de la experiencia humana: la del dolor, la enfermedad y la muerte. El doctor Porta nos devuelve, así, algo que era nuestro y, al mismo tiempo, nos obliga a pensar sobre dos cosas importantes: sobre el concepto de CUIDADOS, cuando ya es imposible curar, y sobre el concepto de HUMANIDAD, cuando sea necesario dar un sentido a nuestra propia vida.

se me antojó una tarea extremadamente grata pero a la vez difícil, ya que siempre es un riesgo intentar transcribir experiencias que afectan tan profundamente a las personas. De cualquier manera, si hay que contar una historia, lo mejor será empezar por el principio.

#### Una preocupación y un anhelo

Todo empezó a mediados de 1985, cuando en el servicio de Medicina Interna se suscitó de forma abierta un problema que hasta aquel momento, y a pesar de ser paciente, no se había afrontado, ¿se podría hacer algo más por aquellos pacientes que padecían una enfermedad incurable? Como en la mayoría de los casos estas preguntas no surgen por casualidad, había un motivo claro para que fuese formulada. En nuestro hospital, como en la mayoría de centros asistenciales, una parte importante de los pacientes son personas ancianas con enfermedades crónicas y algunos de ellos con cáncer. Estos pacientes eran un reto y nuestros recursos pocos. Entonces fue cuando el doctor Ferrer propuso: *hospice*. Desde aquel momento iniciamos un trabajo de documentación y contactos que como resultado tuvo la posibilidad de visitar el St. Christopher's Hospice en Londres y más tarde el poder trabajar en él.

#### Un poco de historia

El St. Christopher's Hospice fue fundado por la doctora Cecily Saunders en 1967. El St. Christopher's no es el primer hospice, al contrario, constituye el resultado de una larga tradición que arranca desde la época romana, pasando por los hospitales de la Edad Media y que se consolidó con la obra de san Vicente de Paul cuando fundó sus hos-

#### Punto de partida

Cuando se me encargó por parte de LABOR HOSPITALARIA que escribiese este artículo sobre el significado del movimiento de los hospices británicos y su funcionamiento,

\* Equip de Control de Síntomes. Servei de Medicina Interna. Hospital Creu Roja. Barcelona.

picios (léase, en francés hospice). El sentido actual de hospice, como centro dedicado a la atención de pacientes con enfermedad terminal, aparece a principios del siglo pasado cuando la madre Mary Aikenhead (Hermanas Irlandesas de la Caridad) funda en Dublín el Our Lady's Hospice. Esta congregación fundó en 1905 el St. Joseph's Hospice en Londres, donde precisamente la doctora

Saunders inició el uso racional de la farmacología en beneficio de un mejor control de los síntomas físicos de los enfermos y a valorar la importancia de la problemática psicosocial y espiritual de estos pacientes.

## El St. Christopher's Hospice

El St. Christopher's Hospice apareció como resultado del esfuerzo de la doctora Saunders y de donaciones privadas, que le permitieron poner en práctica su larga experiencia en la asistencia de enfermos terminales, primero como enfermera, luego como asistente social y finalmente como médico.

El St. Christopher's aporta *algo nuevo y diferente* en el mundo de los hospices y es que incorpora a la faceta asistencial, la investigación y la docencia, con lo cual los cuidados terminales se extendieron rápidamente por todo el mundo.

Para la doctora Saunders y para sus seguidores, el hospice representa algo más que un edificio, es toda una filosofía que pretende dar una salida a toda la problemática de estos pacientes y sus familias. Afrontar este período tan importante de la vida humana de forma positiva, como un período de realización donde la vida todavía existe y tiene algo que ofrecer. El hospice entiende que no sólo existe un dolor físico, sino también un dolor psíquico, espiritual y social que debe tenerse en cuenta y controlarse. Es lo que la doctora Saunders *denomina Dolor Total*. Como puede entenderse fácilmente, un hospice no es un establecimiento sanitario común, es algo que va más allá, es un modo de pensar y de ver al ser humano en toda su dimensión, humana y espiritual.

## Medicina en el hospice

Al contrario de lo que pueda pensarse, la medicina dentro de un hospice es muy importante y se aplica con el mismo rigor científico como podría aplicarse en el mejor de los hospitales. El conocimiento de la patología y farmaco-

logía son básicos para poder ofrecer a los pacientes el máximo bienestar físico. Pero todo ello no sería nada si el médico que trabaja en el hospice no fuera consciente de que su papel no es la simple prescripción de unos fármacos o la utilización de unas técnicas determinadas, sino que la visión ha de ser global y tener en cuenta todas las necesidades del enfermo y su familia.

Pasar visita en el St. Christopher's es algo muy diferente a lo que estamos acostumbrados en los hospitales. En primer lugar, antes de ir a visitar a los enfermos, el médico y la enfermera encargada de la sala discuten, uno a uno, cada paciente y evalúan cuáles son los cambios en el estado de los enfermos y los acontecimientos más importantes desde la última visita. Es más tarde cuando el médico y la enfermera pasan visita juntos. Este pase se realiza sentándose al lado del enfermo y dejando que sea él el protagonista, dándole el tiempo que precise para que exponga sus puntos de vista, sus preocupaciones, sus temores e ilusiones.

Dar al paciente y a su familia tiempo es importante y hacerles ver que realmente estamos interesados y preocupados por él como persona y no como caso clínico más o menos interesante.

La *enfermería* es básica dentro de la estructura sanitaria de un hospice, ya que ellas son, principalmente, las que más tiempo están con el enfermo y por lo tanto, las que pueden adquirir un conocimiento más próximo de su realidad.

La enfermería no sólo está para administrar la medicación y realizar las curas, las enfermeras tienen tiempo para hablar con los pacientes, sondear los problemas y ofrecer soluciones.

Por otra parte, la enfermera del hospice ha de poseer un conocimiento adecuado de los fármacos que más frecuentemente se usan y utilizarlos según el estado del paciente, ya que generalmente el médico prescribe los fármacos con dosis móviles y es el criterio de la enfermera el que determina la dosis adecuada, en aquel momento, para el enfermo. Todo ello permite un excelente control y el poder solucionar instantáneamente cualquier emergencia. Como puede deducirse, la relación del médico y de la enfermera pasa por una auténtica colaboración basada en la confianza mutua.

## Aspectos sociales en el hospice

Los *pacientes* que ingresan en un hospice, generalmente, tienen una larga historia de sufrimientos y frustraciones que han colaborado a un retraimiento en sí mismos, circunscribiendo sus relaciones al círculo familiar más íntimo. Su enfermedad, o las consecuencias de ella, hacen que este aislamiento de la vida social sea muy marcado y se *sientan de alguna forma marginados*. Darles la bienve-

nida cuando llegan al hospice es la primera cosa que se debe hacer y que se hace.

Ellos son importantes por sí mismos como seres humanos y sin ningún otro tipo de condicionamiento.

*La familia* también lleva a cuestras un largo viacrucis de noches sin dormir, de incontinencia, de situaciones angustiosas en las que no han encontrado una mano que aligere su carga. Frecuentemente, la familia se muestra culpable por no saber o por no haber podido atender al paciente hasta el final. En el hospice se comprende esa situación y se les debe apoyar y hacer comprender que ellos han hecho todo lo humanamente posible; pero que todo el mundo necesita en ocasiones la ayuda de otros y que todo el personal que trabaja en el hospice comprende su situación y está allí para ayudarles. Todo ello sólo es el principio, ya que los conflictos que suelen aparecer en el transcurso de una crisis, como es la enfermedad de un miembro de la familia, altera la estabilidad social y aparecen un cierto número de asuntos que deben solucionarse. La asistencia social del hospice puede ayudar en este sentido y de hecho lo hace.

No todos los pacientes que ingresan en un hospice mueren o desean morir allí, muchos anhelan morir en casa y en su cama. El hospice, a través de la asistencia domiciliaria, coordinada con los servicios de la comunidad y el médico de cabecera es capaz de continuar su trabajo en el domicilio del paciente. De cualquier forma, todo paciente que es dado de alta sabe que en el momento que lo precise podrá obtener una cama en el hospice.

## Aspectos espirituales en el hospice

La mayoría de los hospices británicos tienen una gran influencia cristiana, católica o protestante. Ello posiblemente, tiene una *doble razón*, por una parte: *a)* la actitud cristiana de ayuda al prójimo, especialmente, a los más necesitados y, *b)* el constante contacto con la muerte no puede pasar indiferente sin crear preguntas e inquietudes sobre su sentido trascendente. *La religión proporciona ese apoyo y esa confianza en que morir significa algo más que dejar de vivir.* Aunque mayoritariamente la población británica es anglicana, en los hospices no existe discriminación alguna, al contrario, son tenidas en cuenta todas las religiones, ya que debido al ingente número de inmigrantes hay pacientes budistas, mahometanos y de otras diferentes sectas y creencias.

El *capellán* tiene un papel de amigo y compañero sin una posición redentora ya que el respeto a las creencias de cada cual es mantenido de forma estricta, como una forma más de respeto a la persona. De cualquier manera, aun en las personas más agnósticas, acostumbra a saltar esa chispa de duda que les hace reflexionar sobre el sentido de su propia muerte y que precisan consejo o simplemente

liberar sus tensiones, entonces el capellán está allí para ofrecer su ayuda.

## Eutanasia y hospice

Para el hospice el proporcionar una *buena muerte*, aun siendo importante, no es su finalidad. Es mucho más importante el proporcionar una *buena vida*, una vida sin sufrimientos inútiles y todavía con posibilidades de ofrecer y enriquecerse tanto humana como espiritualmente. Cuando alguien clama para que terminen con su vida, pregúntele la razón y, a buen seguro, encontrará una larga historia de dolor no aliviado, de incomprensión o de abandono. ¿Es que ante tal situación sólo cabe el homicidio por compasión? El hospice ofrece una alternativa positiva frente a una actitud tan negativa.

En los hospices ni se alarga ni se acorta la vida, simplemente se vive y cuando la muerte llega, ésta es recibida sin aspavientos ya que la muerte forma parte de la propia naturaleza humana.

## Hospice en nuestro medio ¿es ello posible?

Como ya he dicho anteriormente, *hospice no es un lugar, es una manera de afrontar una situación y darle soluciones.* El cúmulo de circunstancias que en su momento fueron los desencadenantes de la aparición de los hospices en Gran Bretaña hacen que ese movimiento sea irreplicable y por lo tanto sería un fracaso el intentar copiar el modelo británico a nuestro medio. Todo ello no quiere decir que no pueda atenderse correctamente a los enfermos terminales y sus familias en cualquier parte de España. En todo caso se debería adaptar el modelo que nos proporciona la experiencia de Gran Bretaña a la idiosincrasia de cada comunidad española. Hago referencia al modelo británico y su adaptación a propósito ya que es el más cercano a nosotros, pero obviamente siempre se debe tener en cuenta la experiencia de Estados Unidos y de Canadá, aunque por más remotos las diferencias son mayores.

Los pocos meses de experiencia en el Equipo de Control de Síntomas del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, no permiten ofrecer resultados concluyentes pero sí hay algunos aspectos que son interesantes y dignos de ser resaltados.

Al contrario de lo que se podría pensar, la respuesta de la gente es en general parecida a la población británica y quizás se deba a que en cualquier parte

del mundo el hombre es hombre y cuando se enfrenta a una situación tan general e igualatoria como es la muerte, las respuestas se hacen también comunes e independientes a los condicionantes sociales que tenían importancia hasta aquel momento.

Pero todo ello significa tiempo, explicar qué sucede y qué se puede esperar, cuáles son los objetivos y cómo podemos ayudarles. Las respuestas son diferentes, pero tan diferentes e individuales como personas hay; por lo cual no caben esperar recetas universales, *es el acercamiento del hombre al hombre* y por lo tanto siempre diferente, siempre cambiante.

Es curioso, pero la experiencia de Barcelona me permite decir que hasta ahora hemos atendido pacientes y familias de origen gitano, andaluz, catalán, asturianos, castellanos y, a pesar de posicionamientos inicialmente diferentes, cuando se ha buscado la esencia que permite que les podamos ayudar de forma efectiva, *todas las diferencias han desaparecido* y es que, como indicaba anteriormente, sólo somos seres humanos.

## Sobre el hospicio

### *Traducción del folleto informativo de ABOUT HOSPICE*

#### 1 ¿QUÉ ES UN HOSPICIO?

Es una determinada manera de cuidar a personas con enfermedades terminales, y de atender a sus familiares.

##### 1.1 El hospicio se preocupa globalmente de la persona

Una enfermedad terminal puede traer consigo consecuencias muy distintas como son:

- Dolor y molestias.
- Temor y soledad.
- Preocupación por la familia y amigos.
- Ansiedad por lo que pueda suceder en el futuro.

El hospicio pretende responder a todas las necesidades del paciente (físicas, emocionales, sociales y espirituales), así como también las de la familia.

##### 1.2 La idea del hospicio no es algo nuevo

De hecho, los hospicios han proporcionado confort, cariño y alimentación a las personas que lo han necesita-

## ¿Qué puede ofrecer este trabajo?

Para algunas personas puede ser frustrante e inaguantable el tener que tratar cada día con pacientes que no vas a poder curar y que sabes que morirán; con familias angustiadas y desesperadas ante el drama que se les presenta. Las satisfacciones son muchas; por una parte: la mejoría del paciente, el haberle liberado de esa terrible tenaza que es el dolor y, por otra: el honor de conocer personas y familias, cuya historia es única y que aparecen sin esa máscara que cotidianamente todos llevamos.

A parte de las consideraciones anteriores, el movimiento de los hospices, en las sociedades donde se ha implantado, ha conseguido algo extremadamente importante: *ha devuelto el sentido humano a la medicina*. En Gran Bretaña, la calidad asistencial (que no la cantidad) ha mejorado sustancialmente, con el intercambio continuo de profesionales entre los hospices y National Health Service.

En resumen, los hospices abordan la problemática de los pacientes con enfermedad terminal y sus familias, dando soluciones, tanto a los problemas físicos, emocionales, sociales y espirituales que desencadena la muerte, reivindicando de forma prioritaria la vida y no la muerte. El hospicio, como concepto, es aplicable en cualquier sociedad, teniendo que adaptarse a la estructura y las necesidades de la misma.

do, hace ya cientos de años. Hoy día los hospicios ofrecen confort a las personas que ven aproximarse el término de su viaje por la vida.

##### 1.3 ¿Por qué es importante la ayuda que proporciona el hospicio?

Se trata de una ayuda importante, ya que el hospicio proporciona unos cuidados que no son posibles en una organización tradicional dedicada a la salud (por ejemplo, en un hospital convencional).

##### 1.4 El hospicio nos asegura:

*Un reencuentro con la familia.* A través del hospicio la familia está directamente implicada en la toma de decisiones y en la ayuda a las personas amadas. El hospicio sirve a la familia del enfermo como una unidad y es sensible a cualquier necesidad concreta que se pueda presentar.

*Un mayor control de los pacientes.* Siempre que sea posible, el hospicio facilita a las personas con enfermedades terminales a que tomen decisiones importantes, como por ejemplo, dónde y cómo desean pasar el resto de su vida.

La sensación de saberse protegidos y controlados ayuda

a mantener en los pacientes un elevado estado de ánimo, de modo que puedan aprovechar bien cada día.

2

## EL HOSPICIO SE PREOCUPA ESPECIALMENTE DE LAS NECESIDADES CONCRETAS DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS

Se presta especial atención a:

### 2.1 Necesidades físicas

Para muchos enfermos la supresión del dolor mediante una adecuada medicación es una parte fundamental de los cuidados que le proporciona el hospicio. También hay otras medidas concretas que proporcionan a los enfermos más comodidad, tales como:

- Frecuentes cambios de posición corporal.
- Masajes y fricciones en la espalda.
- Esmerada atención a la dentadura y encías.
- Higiene personal.
- Atención y preocupación por otros mínimos detalles.

Un importante objetivo del hospicio es ayudar al enfermo a valerse, en la mayor medida posible, atendiendo a su posibilidad y capacidad físicas.

### 2.2 Necesidades sociales

A menudo cosas que podrían parecer insignificantes, tienen un efecto muy favorable sobre el enfermo. A pesar de que las personas gravemente enfermas probablemente no sean tan activas como acostumbraban a serlo antes, muchas de ellas todavía disfrutaban con pequeñas cosas, como por ejemplo:

- Comer sus platos favoritos.
- Escuchar música.
- Compartir su tiempo con familiares y amigos.
- Vestir bien y con elegancia.

El hospicio puede ayudar a conseguir todo esto y además ofrecer al enfermo otras ayudas concretas, si fuera preciso, como ordenar y supervisar asuntos económicos y financieros.

### 2.3 Necesidades emocionales

El hospicio ayuda a los pacientes a combatir la soledad, el aislamiento y el temor a quedar abandonados. Los pacientes:

- Son tratados del tal manera que llegan a convencerse que siguen siendo importantes para los demás.
- Se les da respuestas sinceras y claras a todas sus preguntas.
- Se les anima a expresar cómo piensan y qué es lo que realmente sienten.

El hospicio, a su vez, ayuda a las familias y amigos del paciente a expresar sus sentimientos.

### 2.4 Necesidades espirituales

El hospicio reconoce la importancia de los asuntos espirituales. Los pacientes pueden compartir sus sentimientos con:

- Su propio ministro, sacerdote o rabino.
- Con un capellán que puede formar parte integrante del equipo del hospicio.

Estos miembros de los distintos grupos religiosos pueden atender igualmente a las necesidades de los miembros de la familia o amigos que necesiten apoyo.

3

## ASPECTOS ESPECIALES QUE CARACTERIZAN A UN HOSPICIO

El hospicio se caracteriza por concentrar sus esfuerzos, no en curar, sino en cuidar al enfermo. El hospicio pone su énfasis en:

### 3.1 Control del dolor

Uno de los mayores temores de los pacientes gravemente enfermos es el temor al dolor. El hospicio dispone de medicación para cualquier paciente que tenga problemas de dolor. El objetivo es conseguir un constante control del dolor sin disminuir la conciencia.

### 3.2 Vivir la vida plenamente

El hospicio ayuda a los pacientes a conseguir bienestar físico y emocional, de manera que puedan llegar a vivir la vida lo más plenamente posible.

A los enfermos se les estimula a permanecer activos mientras su capacidad lo permite, a participar en aquellas actividades que son de su agrado, a aprender cosas nuevas, a realizar algo que siempre habían soñado realizar y a intentar la mejor calidad de vida.

### 3.3 Cuidados a domicilio

Siempre que sea factible, los familiares o los amigos cuidan a los enfermos en su propio domicilio, en el ambiente familiar y rodeados de sus seres queridos.

Los cuidados a domicilio pueden ayudar a los pacientes y a sus familiares a estar más unidos y a enriquecer sus vidas. Puede también, y en cierta manera, ayudar a los parientes y amigos a perder el miedo de enfrentarse algún día a su propia muerte.

### 3.4 Tratar a los pacientes y a sus seres queridos

Cuando alguien padece una enfermedad terminal, las personas allegadas, sus seres queridos, lo pasan también mal. Por ello el hospicio trata a los pacientes y a sus familiares como una unidad. Los programas de los hospicios pueden proporcionar suplente a algunos cuidadores para descargarlos de sus obligaciones personales.

4

## MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONA EL HOSPICIO

### 4.1 Un «Equipo» cuida de los enfermos

En honor a la verdad, y para poder ser realmente eficaces, tenemos que reconocer que no es posible que una sola persona reúna toda la capacidad y habilidad como para atender a una persona gravemente enferma.

Por este motivo en el hospicio se trabaja en equipo. Esto supone que muchos con distintas habilidades trabajan unidos buscando el bien del enfermo y de su familia. El equipo se reúne periódicamente para coordinar su labor.

#### 4.2 La familia y los amigos aprenden técnicas para cuidar al enfermo

Las personas que tienen a su cuidado —a domicilio— a uno de estos enfermos, deben estar especialmente entrenados en:

- Administrar medicación.
- Ayudar al enfermo a mantenerse lo más activo y móvil posible.
- Tomar decisiones necesarias y concretas en determinados casos.

Compartir los esfuerzos de cuidar a un ser querido es una dura labor, pero tiene ciertamente sus compensaciones.

#### 4.3 Siempre dispuestos a ofrecer ayuda

La familia o los amigos que cuidan de un enfermo en su domicilio pueden solicitar ayuda por teléfono en cualquier momento:

- Las 24 horas del día.
- Los 7 días de la semana.

Un miembro del equipo del hospicio acudirá a casa del enfermo siempre y cuando sea requerido.

#### 4.4 Igualmente se ofrece consejo y apoyo en ocasión de la pérdida de un ser querido

A pesar de que el hospicio haya preparado con antelación a la familia para la posible pérdida de un ser querido, frecuentemente se necesita una atención especial cuando ocurre la muerte de la persona amada. El hospicio puede ayudar, a las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido, a superar la tristeza mediante:

- Acompañando al individuo o a la familia.
- Visitas del voluntariado.
- Programas de distracción.
- Grupos de apoyo.
- Profundizar en la comprensión de la pérdida y de la tristeza que comporta, para asumirlas.

Algunos hospicios se preocupan también de cómo organizar los funerales.

### 5

#### ¿QUIÉNES SON LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE UN HOSPICIO?

Se trata de gente especialmente preparada para ayudar a los pacientes a que se encuentren lo mejor posible.

Los miembros del equipo pueden no ser idénticos en todos los hospicios, pero generalmente presentan esta composición:

- Un coordinador o director del hospicio.
- Médicos.
- Enfermeros.
- Psiquiatras.
- Psicólogo.

- Capellán.
- Asistente social.
- Dietetista.
- Farmacéutico.
- Terapeutas (físico, ocupacional...).
- Voluntariado.

Los pacientes, los familiares y los amigos son también miembros importantes del equipo, ya que el hospicio está para atender a sus necesidades.

### 6

#### ¿DÓNDE SE IMPARTEN ESTOS CUIDADOS?

Allí donde se pueda atender mejor a las necesidades del paciente y de los que le cuidan que, en la práctica, será:

##### 6.1 En el domicilio del enfermo

El domicilio es el lugar habitual donde se atiende a los pacientes que pertenecen al hospicio.

Un miembro de la familia, un amigo o un familiar asume el papel de responsable de servicios. Esta persona cuenta, siempre que sea necesario, con el apoyo del personal del hospicio.

##### 6.2 Posibilidades para pacientes ingresados

En algunas áreas que carezcan de hospicio propiamente dicho, el enfermo podrá ser atendido en:

- Unidades anexas a un hospital.
- Unidades independientes, no anexas a ningún hospital.
- En una casa con servicio de enfermería.

Esto puede ser de utilidad siempre que no se disponga de una persona que asuma el papel de cuidar al enfermo o si el paciente necesita cuidados médicos que no pueden ser administrados en el domicilio.

##### 6.3 Una combinación de lugares

Si se dispone de las dos posibilidades (cuidados en casa y un centro próximo adecuado), los pacientes pueden repartir su tiempo en ambos lugares según lo necesiten en cada caso.

### 7

#### ¿QUIÉN PAGA LOS SERVICIOS DE LOS HOSPICIOS?

Las fuentes financieras pueden variar mucho de un hospicio a otro.

##### 7.1 Fundación inicial de un centro

- Donaciones o subvenciones.
- Contribuciones o aportaciones de fundaciones privadas.
- Fondos locales del Gobierno.
- Contribuciones individuales.

##### 7.2 Financiación habitual y permanente

A menudo se recibe a través de:

- Aportaciones de fondos locales.

- Donaciones en recuerdo de alguien.
- Aportaciones voluntarias.
- Recibos o cantidades por servicios prestados a pacientes (que disponían de dinero para pagar).

### 7.3 Reembolso por servicios prestados

- Atención médica.
- Ayuda médica.
- Los que disponen de seguros privados.

Algunos pacientes no reúnen los requisitos para un reembolso, y en estos casos se les cobran los honorarios. Pero es importante saber que se acepta a los pacientes mirando sus necesidades respecto a la salud y no a sus posibilidades económicas (algunos hospicios proporcionan servicios gratuitos).

## 8

### ¿CÓMO LOCALIZAR EL SERVICIO DE UN HOSPICIO?

Para saber si existe algún hospicio en el área donde usted vive, póngase en comunicación con:

#### 8.1 De ámbito local

A saber:

- Su propio médico (él es el que habitualmente encamina a un paciente al hospicio).
- El hospicio más próximo.
- El departamento de su área de salud.
- La organización estatal de hospicios.
- Organizaciones religiosas.
- Una agencia de casas de salud.
- La organización sanitaria de visitantes.

#### 8.2 La Organización Nacional de Hospicios

Escribir o llamar a:

National Quarter..., etc...

La información sobre los servicios de la salud a domicilio se encontrará también en el servicio de información del cáncer. Telefóneese gratuitamente: 1-800-4 CÁNCER.

## 9

### ALGUNAS PREGUNTAS Y RESPUESTAS

#### 9.1 Los hospicios ¿son sólo para gente mayor?

No. Personas de toda edad pueden beneficiarse de los servicios del hospicio. Algunos hospicios prestan servicios especiales a niños con enfermedades incurables en estado terminal.

#### 9.2 ¿Qué clase de servicios presta el voluntariado?

Los voluntarios puede asistir de forma directa a pacientes y familiares ayudando, por ejemplo, en las tareas domésticas, hacer recados, cuidar a las personas, etc.

Proporcionar compañía y apoyo a los enfermos son cosas muy importantes para un voluntario de hospicio.

#### 9.3 ¿Qué hay que hacer para poder llegar a ser voluntario en un hospicio?

Póngase en comunicación con el hospicio más cercano. Seguramente le pedirán:

- Una entrevista.
- Rellenar un cuestionario donde se hará constar sus actitudes para con los enfermos terminales.
- Participar en unas sesiones de preparación.

### ASÍ, PUES...

#### EL HOSPICIO Y LOS CUIDADOS QUE OFRECE TIENEN POR FINALIDAD PRIMORDIAL LA CALIDAD DE VIDA

Si usted, o alguien que está a su cuidado, se encuentra gravemente enfermo:

- Averigüe si hay un hospicio en su área.
- Considere los beneficios que comporta ser atendido en un hospicio.

El hospicio hace que la vida —y sus achaques— para mucha gente resulten más llevaderos.

La Organización Nacional de Hospicios es la única organización en que las personas trabajan gratuitamente, con una dedicación exclusiva a los hospicios en Estados Unidos.

La ONH promueve y realiza un buen servicio en relación a los enfermos incurables y a sus familias.

Esta organización mira de integrar el hospicio al sistema de servicio sanitario en Estados Unidos. Como representante de los que buscan y de los que ofrecen servicio en el hospicio, la ONH promueve activamente áreas de interés a fin de establecer y formar nuevos hospicios que incluyan:

- Criterios estándar.
- Investigación y evaluación.
- Reembolso.
- Títulos.
- Intercambios profesionales.
- Ética.
- Información pública.
- Legislación sobre el hospicio.
- Educación.

### Bibliografía recomendada

- LAMERTON, RICHARD: *Care of the Dying*. Penguin Books Ltd., 1980.
- ROBBINS, JOE: *Caring for the Dying Patient and the Family*. Harper & Row Ltd., London, UK., 1983.
- STODDARD, SANDOL: *The Hospice Movement: A Better Way of Caring for the Dying*. Jonathan Cape Ltd., London, UK., 1979.
- SAUNDERS, CICELY M.: *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1980.
- HINTON, JOHN: *Dying*. Penguin Books Ltd., 1967.
- STEDFORD, AVERIL: *Facing Death, Patients, Families and Professionals*. William Heinemann Medical Books Ltd., London, UK., 1984.
- CORR, CHARLES A. y CORR, DONNA M.: *Hospice Care, Principles and Practice*. Springer Publishing Company, Inc., New York, USA, 1983.

# 5. MONSEÑOR ANGELINI HABLA PARA L.H.

*Miguel Martín Rodrigo*

Parece que fue el otro día. Pero ya han pasado dos años y siete meses desde que Juan Pablo II creara, mediante el Motu Proprio *Dolentium hominum*, la Pontificia Comisión para los Agentes Sanitarios.

Han pasado ya los cien días de cortesía para que, siguiendo las costumbres parlamentarias, nos lancemos a la crítica de lo realizado. Pero no es tal nuestro objetivo, no puede serlo. Ni estamos en un foro político al uso, ni nuestra misión es la de ejercer de oposición.

Pero sí que el tiempo ya transcurrido ofrece una plataforma para el diálogo. Poco a poco se va perfilando una realidad que se asoma con el cortejo de posibilidades y dificultades propias de cuanto existe bajo el sol. Y es de ello de lo que queremos hablar con monseñor Fiorenzo Angelini, máximo responsable, en su calidad de Pro-Presidente, de la Pontificia Comisión.

Por ello, le abordamos en una de las visitas que ha realizado a España. No tardó en aceptar. Al contrario, rápidamente se dispuso a nuestro interrogatorio. Como buen italiano no le tiene ningún miedo a la polémica, se siente a gusto en ella.

Se acomoda en el sillón y da la señal de partida: *cuando guste*. Se le ve suelto, relajado, no parece atisbar peligro alguno o, al menos, se sabe con las fuerzas suficientes para salir airoso del mismo.

A su lado, el padre Redrado, secretario de la Comisión y anteriormente director de nuestra revista, se ha dispuesto a ejercer la misión de intérprete. Monseñor Angelini no parece necesitarlo demasiado. Tan sólo de cuando en tanto le solicita alguna matización. Da la impresión, a veces, de ser más un truco para ganar un tiempo a la hora de responder que una auténtica necesidad de comprensión.



**L.H.** Monseñor, nos gustaría que nos aclarase el lugar que ocupa la Comisión que usted preside dentro del organigrama del Vaticano.

**F.A.** Bien, usted ya sabe que la Curia Romana está formada por varios Dicasterios y Congregaciones. Sus nombres pueden cambiar, ya que ello depende de la época en que fueron instituidos.



Monseñor Angelini  
conversando con el hermano  
Miguel Martín,  
director de L.H.

Por otro lado, el Concilio Vaticano II ha mostrado a la Iglesia nuevas exigencias del mundo. La actualidad de la pastoral se ha manifestado a lo largo y ancho del mundo con perspectivas cada vez más válidas. Así, nada más terminado el Concilio, Pablo VI promovió la institución de nuevos Dicasterios Pontificios: Unión de los Cristianos, No Creyentes, Consejo de los Laicos, etc.

En esta misma línea, Juan Pablo II ha instituido, en el noveno año de su Pontificado, tres nuevas Comisiones Pontificias: para la Cultura, la Familia y para los Profesionales Sanitarios, que es la nuestra.

El hecho de ser Comisión Pontificia le da un carácter permanente y es incorporada entre los Dicasterios como órgano oficial de la Santa Sede. Al igual que sucedió en sus comienzos, a la Pontificia Comisión de la Familia que fue unida, momentáneamente, con el Apostolado de los Laicos, lo mismo ha ocurrido a la nuestra. Para esta unión orgánica no le resta en absoluto su autonomía operativa; sus atribuciones le son conferidas al Pro-Presidente, en este caso un servidor, mediante un Motu Proprio del Santo Padre.

“La Pontificia Comisión nace como una exigencia que sólo este Papa ha sabido comprender”

**L.H.** *Y, en concreto, ¿a qué exigencias responde la creación de este organismo?*

**F.A.** Esta Pontificia Comisión se coloca como una exigencia, lo digo como expresión de reconocimiento y gratitud, y que solamente este Papa ha sabido comprender: que la Iglesia siente fuertemente la necesidad de seguir más de cerca, de una manera más orgánica, más coordinada y con

“¿Nuestro credo? Creemos en la vida, en la salud y en la existencia del sufrimiento, el templo más grande de la humanidad”

una presencia más real y eficaz, como debe ser, su presencia en el mundo.

Con esto no quiero decir que la Iglesia no se haya interesado antes por los enfermos y por los profesionales sanitarios, ya que ha estado siempre presente (y ejemplo es la Orden Hospitalaria) en la asistencia de enfermos, realizando y continuando la evangelización querida por Jesucristo.

La Pontificia Comisión para los profesionales sanitarios corona, de manera orgánica, con un organismo nuevo que debe animar, promover y coordinar la Pastoral Sanitaria, y unificar todos los movimientos religiosos y laicos que trabajan en el mundo sanitario y que hoy de modo particular es un sector pastoral de la Iglesia, grande en cuanto es grande la Pastoral Universal de la misma Iglesia.

**L.H.** *¿De qué credo parte la Comisión a la hora de realizar esta significativa presencia pastoral?*

**F.A.** Reconocemos la fe en la vida, la fe en salud, la fe en la existencia del sufrimiento, el templo más grande de la humanidad.

De ahí que hoy, la pastoral moderna descubre lo mismo que hizo Jesús durante su vida terrena, y de aquí que la Iglesia por Él fundada y nosotros sus sacerdotes podamos y debamos atender a la humanidad. Atender aquella hu-

“¿Problemas? La preparación humana y cristiana de los sacerdotes, la adecuada presencia de los laicos...”

manidad que no podremos ir a buscar arbitrariamente, sino que la providencia y la economía de Dios nos envía.

**L.H.** *Dando por supuesto que ello exige la integración en una pastoral de conjunto.*

**F.A.** Efectivamente. Los problemas de la preparación de los sacerdotes, humana y cristiana, y del apostolado de laicos, y el gran problema de la necesidad de la exaltación de la presencia de éstos en la Iglesia, que son parte importante de ella...; por todo ello urge la necesidad de un trabajo conjunto, en equipo, obispos, sacerdotes, religiosos(as), laicos..., para formar un *todos-uno* operativo, para continuar la obra de evangelización que no terminará nunca.

---

“Decir que la Iglesia ha abandonado el mundo del dolor sería una afirmación gravísima y una injusticia”

---

**L.H.** *Ha afirmado antes que la Pontificia Comisión que usted preside responde a una exigencia pastoral. Supongo que dicha exigencia estaba ya planteada con suficiente anterioridad. El enfermo no es una novedad de nuestros tiempos.*

*¿Creando esta Comisión puede decirse que la Iglesia ha entonado su particular mea culpa al respecto? ¿Toma conciencia, al menos, del abandono en que su estructura jerárquica ha tenido al mundo del dolor?*

**F.A.** Yo no diría que la Iglesia ha abandonado al mundo del dolor y de la salud. Sería una afirmación gravísima y una injusticia hacia la Iglesia. Ella ha estado siempre interesada por los enfermos y por el mundo del sufrimiento. Eso sí, dejando todo a la libre iniciativa de aquellos que dirigen las Iglesias locales: obispos y sacerdotes, y a los que fueron los mendicantes de la sanidad, como san Juan de Dios, san Camilo de Lelis, y como otros que han instituido las Órdenes religiosas hospitalarias.

La Pastoral Hospitalaria también estuvo dejada a la libre actividad del voluntarismo de personas prestigiosas, que trabajaron intensamente entre los enfermos.

La Iglesia ha estado siempre interesada, hasta tal punto que ha suplido al Estado en sus deberes de asistencia. Usted sabrá que la presencia de la Iglesia es mayor, más fuerte y eficaz donde el Estado no tiene posibilidad de intervenir. Por ejemplo, en la India la Iglesia está presente con 2.000 estructuras sanitarias.

Donde el Estado emerge, la Iglesia puede y debe orientarse donde más necesidad hay. Y esto no quiere decir que la Iglesia deba desinteresarse donde el Estado es perfecto y organizado con sus leyes apropiadas en lo que se refiere a los aspectos sanitarios.

La Iglesia está presente, y al lado a un tiempo, de todo

---

“Hoy es necesario pensar y meditar profundamente sobre la falta de humanización y de humanidad en la asistencia”

---

lo que constituye al enfermo, por disposición divina de Dios. No puede delegar este deber y misión suya.

Actualmente, la Iglesia ha comprendido que no es posible continuar como antes, sino que es necesario organizarse más fuertemente y dar vitalidad a las mismas Órdenes Religioso-Hospitalarias, que con el tiempo servirá también para reforzar e incrementar vuestras vocaciones a la hospitalidad.

Es cierto también que la Iglesia, a través de la Pontificia Comisión instituida, es consciente de que hay que dar esperanza, consuelo, y una perspectiva a nuestro apostolado, que no es un oficio, sino una vocación sagrada. Piense en san Juan de Dios, en el beato Pampuri y en otros miembros de su Orden.

**L.H.** *Y toda esta actividad que están llamados a desarrollar ¿dentro de qué dinámica operativa piensan llevarla a cabo?*

**F.A.** A nivel operativo, y junto con el padre Redrado, nuestro primer compromiso es dar a conocer esta Pontificia Comisión, las motivaciones que han llevado al Papa para instituir la, y su finalidad. Movernos y no pararnos en nuestros trabajos para andar peregrinos por el mundo.

Hemos estado dos veces en Estados Unidos; en tres o cuatro países del África; hemos recorrido Europa...; iremos dentro de poco a Ginebra, invitados oficialmente por la OMS, para hablar y discutir sobre algunas realidades que pueden constituir un trabajo común, y sobre sus directrices concretas.

Yo ya he propuesto el tema de la Humanización, con invitación a participar a otras religiones, en un Congreso Ecueménico, reconociéndonos todos bajo el mismo denominador común de la vida contra la enfermedad y el sufrimiento.

---

“Los médicos han de pensar y aceptar que la suya es una misión, la cual les viene como consecuencia de una vocación”

---

Hemos estado también en toda la América Latina, donde hemos encontrado a los obispos predispuestos a la Pastoral Sanitaria, lo mismo que médicos, enfermeros y asociaciones de voluntarios.

Debemos ir todavía a un Congreso en Portugal, y al Congreso Internacional de Médicos Católicos en la India.

Tenemos también la revista, que exige mucho tiempo y compromiso. Tiene ediciones en cinco idiomas, y posiblemente se edite además en portugués. Es un trabajo que estamos llevando adelante con un gran empeño por parte de la Comisión.

Querría, además, que todos los sacerdotes del mundo llegasen a estar contagiados de la pasión por el mundo sanitario.

**L.H.** *Yendo un poco más al fondo del asunto, Monseñor, ¿cuáles serían los puntos centrales en los que debería situarse el diálogo Iglesia-Mundo de la Salud?*



La entrevista transcurrió con un diálogo fluido y provechoso.

“Tenemos el deber de dar el sentido humano, la verdadera realidad humana a todo lo que tiene relación con la vida, la salud, el sufrimiento y la enfermedad”

**F.A.** Buscar sólo un punto esencial no es posible. Si pudiésemos concentrar tantas proyecciones en una sola, creo que hoy es necesario pensar y meditar profundamente sobre la falta de humanización y de humanidad en la asistencia. De aquí, que es necesario insistir en la humanización de la medicina, convertir los hospitales en un lugar humano. Humano porque el progreso científico de la tecnología ha traído como correlación un desplazamiento negativo que yo lo llamo *deshumanización* de la medicina y de todo aquello que ella comporta: la asistencia. Por ello, las profesiones sanitarias corren el riesgo de convertirse en un oficio.

El Papa, en el Congreso Mundial de Médicos Católicos de 1982, insistió fuertemente en la afirmación de que no basta con decir profesión médica, sino misión. Es un término que a médicos y enfermos, especialmente a los médicos, no les gusta mucho, hasta tal punto de que algunos no quieren ni escucharlo, como si fuese una disminución o la aceptación de haber sido derrotados frente a todas las demás categorías, precisamente porque la salud es necesaria para todos.

Esto es una confusión ideológica que hay en la profesión médica. Los médicos no sólo no deben sentirse minvalorados por pensar y creer que la suya es una misión, la cual les viene como consecuencia de una vocación.

Frente a un obrero de fábrica, por ejemplo, un médico no puede compararse, ya que el construir un mueble o una máquina, no es lo mismo que tener en sus manos la vida de la persona humana. Por eso, es necesario insistir sobre el término *misión* y sobre su contenido. La Pontificia Co-

misión insistirá mucho, hasta el punto que hemos pensado hacer la segunda conferencia internacional del año próximo sobre la *Humanización de la Medicina*.

Esta es una exigencia y una petición que proviene de todas las partes del mundo. Es inútil hablar de bioética, de cosas importantes del campo sanitario, si falta la base sobre la que poder estar para pensar, para hablar... De ahí el deber de dar el sentido humano, la verdadera realidad humana a todo lo que tiene relación con la vida, con la salud, el sufrimiento y la enfermedad.

**L.H.** ¿No constituirían los derechos del enfermo uno de los quicios esenciales de este diálogo?

**F.A.** Los derechos de los enfermos son un argumento fundamental, como la humanización, en el sentido de que no puede hablarse de humanización si no se reconocen los mismos.

Sobre los derechos de los enfermos, tengo algunas ideas personales. Los enfermos tienen derechos, pero también deberes. Se necesitaría comenzar a hablar de los deberes del enfermo. Precisamente por esto, los derechos y deberes del enfermo deben ser promovidos, reivindicados, y sobre todo, realizados.

*Derechos del enfermo...*, es un término muy amplio, porque el derecho a la salud es el derecho al acceso al tratamiento y a los centros de asistencia y hospitalización, que no todos hoy lo tienen en este mundo, incluso en países como Estados Unidos, ya que las leyes y las políticas son diversas y varían en cada país.

“Se necesitaría comenzar a hablar de los deberes del enfermo. Precisamente porque tiene deberes hay que promover y defender sus derechos”

## CURRÍCULUM VITAE DE MONS. FIORENZO ANGELINI

- Arzobispo. Pro-Presidente de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.
- Nacido en Roma, 1 de agosto de 1916.
- Ordenación sacerdotal, 3 de febrero de 1940.
- Bachiller de Filosofía.
- Doctor en Teología.
- Asistente Eclesiástico Nacional para los hombres de la Acción Católica Italiana, 1945-1959.
- Nombramiento papal como Comendador del Santo Espíritu y Delegado para la asistencia religiosa en los hospitales y universidades y clínicas de Roma, 15 de septiembre de 1955.
- Nombrado Obispo Titular de Messene, Auxiliar de Roma, 27 de junio de 1956.
- Consagrado Obispo, 29 de julio de 1956.
- Asistente Eclesiástico Nacional para la Asociación de Médicos Católicos Italianos.
- Presidente de la Escuela de Enfermería del Hospital San Juan de Dios de Roma, 1958-1979.
- Miembro honorífico de la Academia Lancisiana, 1964.
- Profesor extraordinario de Deontología Médica en la Universidad del Salvador de Buenos Aires, 1969.
- Profesor invitado de la Universidad de Santo Tomás de Manila.
- Miembro de la Academia de Ciencias de Nueva York, 1983.
- Miembro honorífico de la Conferencia de Coordinadores Diocesanos de Asuntos Sanitarios en Estados Unidos, 1985.
- Miembro honorífico de la Academia de la Historia del Arte Sanitario, 1985.
- Cart. Hermandad Hermanos San Juan de Dios.
- Medalla de Oro de Mérito en la Sanidad, Italia, 1961.
- Medalla de Oro de Mérito Social en la lucha contra la tuberculosis, 1961.
- Medalla de Oro por el Estudio de Donantes de Sangre, 1966.
- Medalla de Oro por el Estudio del Abuso de Drogas y Problemas Sociales Relacionados, 1970.
- Medalla de Oro de la Organización Mundial de la Salud durante la XXVI Sesión (1973) sobre el tema «Papel y responsabilidad del médico en la lucha contra las enfermedades sociales, especialmente en los países en vías de desarrollo»; estuvieron presentes representantes de 135 naciones.
- Medalla de Oro de la Federación Nacional de Médicos por el libro *El médico, un hombre para todos*, 1974.
- Promotor y Director de cursos sobre Ética Médica (17 ediciones), con la participación de Premios Nobel y especialistas tanto italianos como extranjeros.
- Fundador y Director de la serie *Medicina y Moral* (17 tomos).
- Miembro de los comités promocional, organizativo y ejecutivo de los congresos nacionales e internacionales de Médicos Católicos.
- En el más reciente de los citados congresos (Roma, octubre del 82) a nivel internacional, participaron representantes de 71 naciones, y el papa Juan Pablo II les dirigió un mensaje.
- Ponente oficial en los congresos de médicos católicos.
- Organizador y guía de viajes para médicos italianos que han visitado universidades y hospitales de Europa, África, Australia, Estados Unidos, Canadá, Brasil, Argentina, Venezuela, Guatemala, India, Japón, Unión Soviética, China...
- Promotor de numerosos proyectos sanitarios para países del Tercer Mundo.
- Autor de 350 libros y artículos sobre medicina, ética, asistencia sanitaria en su dimensión social y religiosa.
- Premio Humanismo en la Medicina, concedido por la Universidad de Georgetown (Washington, Estados Unidos), 25-VI-86.

Lo mismo sucede con los derechos que tienen una particular referencia a nosotros, sacerdotes de la Iglesia: el derecho a la asistencia religiosa, el derecho a ejercitar la profesión y confesión de fe, como el enfermo quiere y no según una rígida programación de nuestra actividad como sacerdotes.

Derechos que obligan a los sacerdotes a estar a dedicación plena y mejor organizados.

---

“En algunas congregaciones religiosas hay riqueza..., demasiada riqueza, y esto no puede ser admisible en la Iglesia. Si la caridad produce riqueza, debe ser invertida en caridad, especialmente en donde más se sufre”

---

**L.H.** *La humanización y los derechos del enfermo que usted enmarca, especialmente el primero, como puntos básicos de este diálogo, parecen dejar traslucir un determinado estilo, una determinada impronta pastoral. ¿Lleva implícita la misma la aceptación del ya clásico esquema de humanizar-evangelizar-sacramentalizar?*

**F.A.** Esta división, si es una división rígida, es peligrosa y, según mi opinión, puede que también sea una división equivocada. Parte de un enfermo de media o larga estancia. Pero en un enfermo de urgencia (por ejemplo, una madre que va al hospital para dar a luz a un niño), usted no puede vivir ni hacer estas subdivisiones, pues para cuando empieza a hacer el planteamiento de humanización, la señora ya ha sido dada de alta.

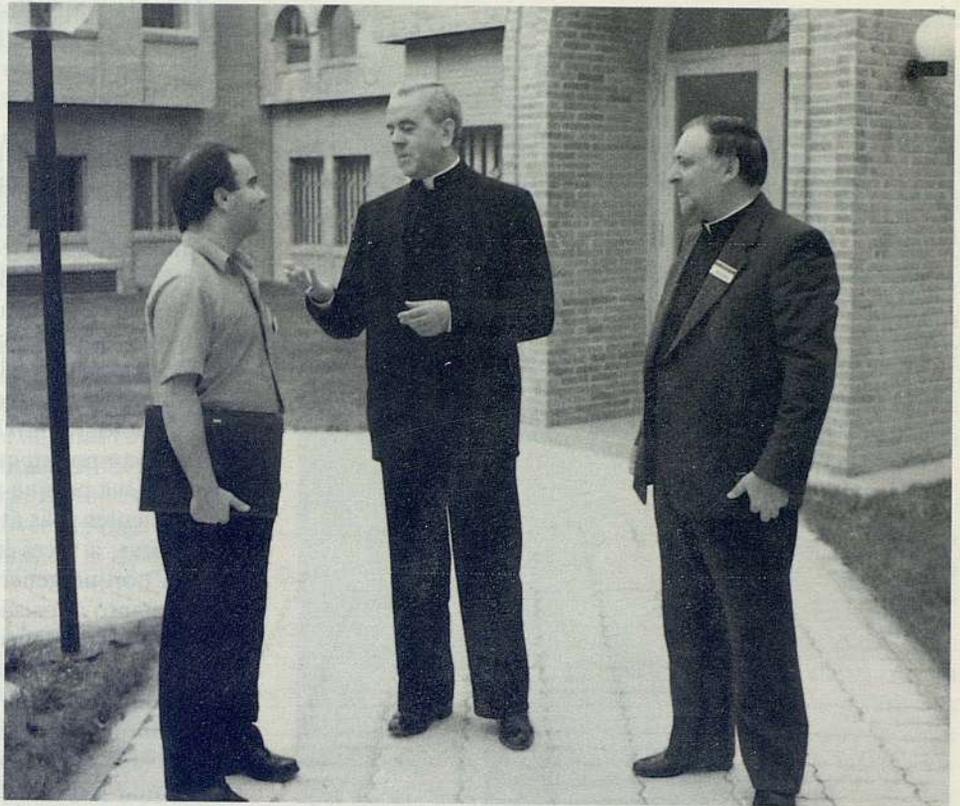
Es irracional esta división. Es decir, es necesario distinguir, para que no sea irracional, los momentos y el tipo de estancia. Es necesario, asimismo, tener presente que existe una acción pastoral que yo llamaría *de urgencia* (de rápida intervención) y que existe una Pastoral Sanitaria a largo plazo. Nosotros podremos realizar esta pastoral para todos, cuando tengamos las personas (sacerdotes, religiosos, laicos) preparados y un tipo de enfermo que ha asumido su responsabilidad de enfermo.

---

“Es necesario ser misioneros, pero no con el modo absoluto de sentirnos los portadores de todo, pensando que las personas a quienes nos dirigimos no tienen nada”

---

Es necesario ser misioneros, pero no en el modo absoluto de sentirnos los portadores de todo, pensando que las personas que tratamos no tienen nada. Hay siempre una cultura y una formación en ellos. Nosotros debemos apoyarnos sobre esa cultura, y sobre todo, debemos responder a la voluntad y a la libertad de la persona. No puedo esquematizar del mismo modo con todos. No puedo dar la catequesis igual a un obrero que a un profesor universitario. Todo cambia y todo se debe adecuar a la individual cultura y formación de la persona. Como paradigma teórico está muy bien, pero en la aplicación concreta, según mi opinión, no lo es tanto.



Monseñor Angelini  
junto a los hermanos  
José Luis Redrado  
y Miguel Martín.

**L.H.** *¿No vendrá usted ahora defendiendo un puro sacramentalismo ritual como el paradigma más adecuado de la pastoral de la salud?*

**F.A.** *Sacramenta propter hominis*, y no viceversa. Los Sacramentos no son cosas materiales que aplicamos. Debemos confiarnos en la voluntad, en la libertad y en el conocimiento de la persona, y apoyarnos sobre la verdad de la fe. Por eso no podemos ser jueces. Es Dios quien ve, quien actúa y entra en el interior, y hace eficaz al Sacramento, además, por nada.

Por tanto, la esquematización en orden a una enseñanza teórica y doctrinal, es bellísima, va muy bien. Pero en la praxis de la asistencia religiosa hay que aplicarla con mucha precaución. Si yo soy capellán en un hospital, por ejemplo de enfermos de cáncer, lo que quiere decir que los enfermos estarán ingresados semanas y meses, entonces va bien que actúe según el planteamiento de los tres niveles. Pero cuando me encuentro en un hospital de enfermos agudos, que después de 7 ó 10 días son dados de alta, creo que debo hacer también algo. Pero ¿qué puedo hacer? Hay una economía divina de la salvación que incluso a nosotros, sacerdotes, nos hace dudar a veces.

El esquema es óptimo desde un punto de vista teórico y pedagógico. En la praxis es distinto y será equilibrado según las circunstancias.

**L.H.** *Estoy convencido que estará muy presente en su agenda el tema de la ética...*

**F.A.** Es fundamental. Cuando nosotros hablamos de la humanización del hospital, siempre añadimos tam-

bién la humanización de la medicina. No es posible ejercitar la medicina (hablo de médicos, enfermeros y técnicos), ni hacer pastoral sin el fundamento de la ética, y para nosotros, cristianos, sin el fundamento de la moral cristiana. He aquí por qué hoy se está incrementando y acentuando la promoción de profesores de bioética y de los comités de bioética en los hospitales. Esto es fundamental, porque si el hombre, especialmente en los momentos de emergencia, de peculiaridad de su existencia como son la salud y la muerte, prescindiese de la realidad de la ética o de la moral cristiana, nosotros no estaríamos nunca entre los hombres.

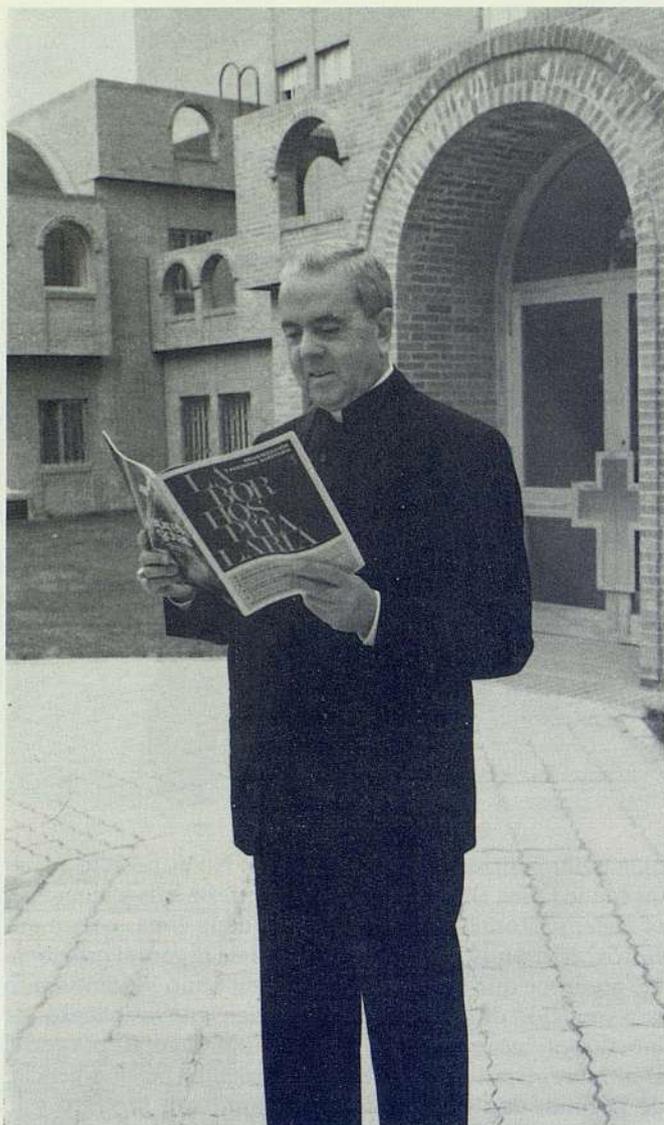
---

“Sé lo que es el sufrimiento físico. He sido operado en seis o siete ocasiones, alguna de urgencia”

---

**L.H.** *Monseñor, cuando esta Pontificia Comisión ha llagado se ha encontrado con la existencia secular de un tipo de presencia específica de Iglesia: los religiosos(as). Un potencial incalculable, un talante aquilatado junto al enfermo, unos riesgos imprevisibles...*

**F.A.** El carisma de la hospitalidad no sólo está en los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios y de los Camilos. Se encuentra, además, en muchos otros hospitales y congregaciones, especialmente femeninas. El riesgo es que, haciendo caridad y recibiendo el ciento por uno del Evangelio, la *hacienda* tome el predominio sobre la obra institucional, lo que es un grave peligro por supeditar sus posibilidades a la riqueza.



Monsieur Angelini mostró vivo interés por L.H.

En algunas congregaciones religiosas hay riqueza..., demasiada riqueza, y esto no puede ser admisible en la Iglesia. Si la caridad produce riqueza, debe ser invertida en caridad, especialmente donde más se sufre.

**L.H.** *Presencia de los religiosos hoy cuestionada desde dentro y desde fuera. Los unos porque se sienten incómodos en medio de un mundo tan complejo como es el hospitalario; los otros porque ven en ellos una especie de lastre o porque ideológicamente no concuerdan...*

**F.A.** ¡... Ay, si los hospitales y residencias son privados de la presencia y de la acción de sacerdotes, religiosos(as) y laicos comprometidos, que son el motor de estas instituciones de la Iglesia!

Es verdad que hay más comprensión y atracción hacia otras actividades, especialmente de carácter social. Este es un grave peligro porque el mundo de la salud es un mundo

en el cual la evangelización tiene mayor posibilidad, es más probable y menos difícil.

Por otro lado, hoy vivir en el hospital se ha vuelto una actividad muy dura y pesada. Sobre todo por el contacto con el personal laico, desesperado en las reivindicaciones sociales y sindicales, y, sobre todo, porque falta por parte de los Gobiernos programas de formación humana que serían necesarios. Quien trabaja en un hospital debe comprender que no lo puede hacer como quien trabaja en cualquier fábrica u oficina, es distinto. Y esto, sobre todo, lo han de tener en cuenta los religiosos.

En otros países, no existe el riesgo de que en los hospitales se prescindiera de las religiosas, aunque gobiernen partidos con distinta ideología, o en contraste con nuestra fe (por ejemplo, Italia). El riesgo que existe es que las religiosas se vayan por su cuenta, sea por la disminución de vocaciones, sea porque al envejecer no son sustituidas. También se sienten más atraídas por la variedad de actividades apostólicas, a veces imprevistas, que les dan mayor satisfacción porque generan relaciones sociales.

En cuanto a los sacerdotes, religiosos o laicos, es necesaria una mayor atención para no mandar a los hospitales el clero que no sirve, a los ancianos, o como castigo. Para ejercer de médico se necesita estar licenciado. No me explico por qué para hacer de capellán mandan a quienes no sirven para nada. Sobre todo hoy, que la medicina está socializada y que el hospital abre sus puertas a todos: al profesor universitario y al pobre trabajador, al ignorante...; ello exige una plurivalencia en el sacerdote porque debe tener la capacidad de tratar a todos.

---

“Si para ejercer de médico se necesita ser licenciado, no me explico por qué para ejercer de capellán mandan a quienes no sirven para otra cosa”

---

**L.H.** *¿Qué papel cree que representa esta Pontificia Comisión para todos los religiosos que desarrollan su misión en el mundo de la salud?*

**F.A.** Mire, el papel es formidable. Creo que especialmente vosotros, los hermanos de san Juan de Dios, deberíais estar orgullosos de que el Papa haya instituido nuestra Pontificia Comisión; es igualmente un gran reconocimiento para los padres Camilos y para otras muchas congregaciones. Es un gran reconocimiento de la Iglesia.

Tenga en cuenta que el Santo Padre ha aceptado que en los vértices de la Comisión hubiese un hermano de san Juan de Dios y un padre Camilo. Si sabéis aprovechar este Organismo Pontificio tendréis muchas más vocaciones que las que podríais tener ahora. Hoy, el Papa y la Iglesia, a través del Dicasterio, os está ensalzando y celebrando cada día. De ahí que vuestro papel no sólo sea importantísimo, sino que debéis sentir esta Pontificia Comisión como vuestra, y debéis ser los primeros que tenéis que potenciarla.

Debéis sentir como vuestra la revista *Dolentium Hominum*, pues nació de vuestra iniciativa.

¡Este Dicasterio es esencialmente vuestro!, de la Orden Hospitalaria, del voluntariado, del laicado en el mundo de

la sanidad. Pero sois vosotros quienes tenéis que fomentarlo y animarlo, y colaborar en aquello que la Pontificia Comisión debe hacer.

**L.H.** *Como usted bien señala, el reto que tiene la Iglesia en este campo es serio. Afrontarlo con garantía va a exigir no descuidar ni uno sólo de los detalles por más mínimo que resulte. Y no es este el caso de la formación: universidades católicas, escuelas universitarias de enfermería, seminarios...*

**F.A.** Es una de las cosas que tienen prioridad dentro de los grupos de trabajo. Yo ya he mantenido contacto con miembros de la Congregación para la Educación Católica, pero es necesario aclarar previamente algunas cosas. Entre tanto, sería importante unir y coordinar las facultades de medicina de las universidades católicas de todo el mundo; promover un congreso unitario para ver algunas acciones comunes en el campo del pensamiento, de la doctrina, de la ideología.

“Por parte de muchos religiosos hay más comprensión y atracción hacia otras actividades apostólicas, especialmente de carácter social. Esto es un grave peligro...”

En cuanto a la formación en los seminarios, creo que la Pastoral Sanitaria no puede ser una cosa así ligera... En Roma, la Universidad Gregoriana tiene una asignatura de Pastoral Sanitaria, a cargo del Vicario General de los padres Camilos. En la Universidad Lateranense hay un curso del padre Sprogli, y los padres Camilos tienen desde hace tres años un Instituto de Pastoral Sanitaria, que pronto formará parte de una de las universidades pontificias. También estamos viendo la necesidad de que los simonistas, novicios, etc., vayan a los hospitales a hacer un poco de práctica en liturgia y animación y ayuda, junto a los capellanes.

**L.H.** *Permítame, Monseñor, que me acerque un poco a su vida personal. La Iglesia le ha colocado al servicio del mundo del dolor, al lado del enfermo. ¿Conoce usted el dolor, ha estado, en alguna ocasión, seriamente enfermo?*

**F.A.** Es una pregunta que, en cierto modo, me *disgusta* que me la haya hecho. Debo decir cosas que no querría. He sido intervenido sobre la mesa de operaciones seis o siete veces... He tenido el instrumental varias veces sobre mi carne..., incluso de forma inesperada (intervención de urgencia); hace 6 ó 7 años fui operado dos veces...

Sé lo que es el sufrimiento físico, porque el Señor me lo ha dado a probar. En 1955 me operaron así, de repente, sin saber exactamente lo que tenía, de urgencia, y estuve 23 días ingresado. Esto sucedió cuando acababa de salir mi nombramiento como Delegado de Pastoral Sanitaria para los hospitales de Roma. Sí, gracias al Señor, porque me daba esta preparación inmediata antes de asumir, meses después, mi nueva misión. El sufrimiento físico y también el sufrimiento interior creo que sirve, ¡¡a mí me sirvió tanto!!

**L.H.** *En nuestro país, Monseñor, las Comisiones no gozan de muy buena fama. Se llega a decir que «cuando no se quiere afrontar en serio un tema con ánimo de resolverlo, se crea una Comisión...».*

**F.A.** No es verdad, en nuestro caso. Este Papa, que ha creado la Comisión, es una persona que cuando piensa una cosa la pone en práctica enseguida. Y quiere que se haga de cualquier modo posible. En cuanto a mí se refiere, soy una persona que cuando el Papa me confía su deseo voy hasta el fin con la mayor esperanza y con el mayor empeño.

Lo dicho: monseñor Angelini se mueve bien en este campo. Tiene tablas. No es, ciertamente, la primera vez que se ve en estas situaciones.

Pero no todo son tablas. Se le adivina fácilmente estar convencido de cuanto dice. Es más, tengo la profunda convicción de que está enamorado de su trabajo. Un algo le traiciona...

No está mal. Todo hará falta para hacer rodar el nuevo engranaje: tablas, cariño, paciencia y esfuerzo.

Traducción: Jesús Ruiz  
Fotografía: Rude

# 5.1 PLAN DE ACCIÓN DEL SECRETARIADO NACIONAL DE PASTORAL SANITARIA TRIENIO 1987-1990

**FINALIDAD.** *Vivir, anunciar y testimoniar a Jesucristo en el mundo de la salud.*

**OBJETIVO 1. Iluminar problemas y situaciones actuales del mundo de la salud y sus implicaciones pastorales.**

*Acciones*

1. Promover la reflexión teológico-pastoral sobre:
  - Humanización de la asistencia sanitaria.
  - Ley de Sanidad.
  - Problemas éticos en psiquiatría.
  - Instituciones sanitarias de Iglesia, etc.
2. Publicar documentos y notas breves y sencillas sobre temas importantes de la vida cristiana y de la pastoral en el mundo sanitario:
  - Servicio de asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios.
  - Objeción de conciencia.
  - Atención a los enfermos terminales, etc.
3. Elaborar y presentar en una asamblea plenaria de la C.E.E. un documento sobre *Iglesia y Salud en el año 2000.*

**OBJETIVO 2. Fortalecer de manera efectiva la comunión eclesial.**

*Acciones*

1. Fomentar el *sentido de Iglesia* y la coordinación de los agentes de Pastoral Sanitaria y sus organizaciones entre sí y en el conjunto de la Pastoral de la Iglesia.
2. Tratar de que los *organismos* de Pastoral Sanitaria (parroquiales, diocesanos, interdiocesanos y de ámbito nacional), las *reuniones* que se celebren y las *actividades*

que se organicen sean cauces para fortalecer la comunión eclesial.

3. Participar en las jornadas que se celebren en la Iglesia española, durante el trienio, con el fin de fortalecer la comunión eclesial.

**OBJETIVO 3. Evangelizar a los enfermos más necesitados y desasistidos, con ellos y desde ellos.**

*Acciones*

1. Descubrir los enfermos más necesitados y desasistidos en nuestra sociedad y en nuestra Iglesia, analizar su situación y las causas de la misma.
2. Promover una solidaridad afectiva y efectiva en la Iglesia y en la sociedad con los enfermos más desasistidos en España y en el mundo.
3. Dejarnos evangelizar por los enfermos más desasistidos, estando junto a ellos en actitud de dar y recibir.

**OBJETIVO 4. Promover un laicado participante y apostólico en el mundo de la salud**

*Acciones*

1. Constituir dentro del ENPS la comisión de profesionales sanitarios cristianos.
2. Elaborar un plan de acción de cara a promover un laicado participante y activo en el mundo de la salud.
3. Celebrar jornadas de profesionales sanitarios cristianos, de ámbito nacional.
4. Apoyar y promover los grupos de *voluntariados* que trabajan en el mundo de la salud, tanto en los hospitales como en el ámbito de las parroquias.

**OBJETIVO 5. Impulsar la formación específica y permanente de los agentes de Pastoral Sanitaria.**

**Acciones**

1. Elaborar el plan de formación de agentes de pastoral que sirva de guía para las diferentes actividades formativas.
2. Alentar y apoyar las actividades de formación que se organicen en los distintos ámbitos y sectores.
3. Elaborar y difundir materiales formativos prácticos:
  - Bibliografía y medios audiovisuales.
  - Dossiers de documentación sobre temas de Pastoral Sanitaria.
4. Organizar cursos de formación para agentes de Pastoral Hospitalaria.
5. Introducir *oficialmente* la Pastoral Sanitaria en los planes de estudio de los seminarios...

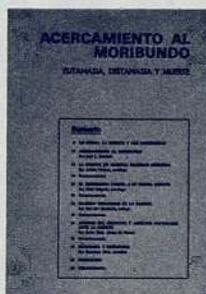
**OBJETIVO 6. Promover la renovación de la Pastoral Hospitalaria, mediante un servicio de asistencia religiosa católica que sea: evangélico, eclesial y organizado.**

**Acciones**

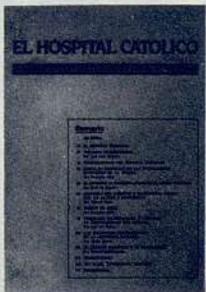
1. Fomentar la formación específica y permanente de los agentes de Pastoral Hospitalaria.
  - Estudio de las orientaciones del SARC.
  - Organización de cursos de formación.
2. Ofrecer medios e instrumentos que faciliten a los agentes de Pastoral Hospitalaria su labor.
3. Apoyar, acompañar y estimular a los capellanes y personas idóneas en el desempeño de su misión.
4. Fortalecer la comunión eclesial de manera efectiva en la Pastoral Hospitalaria.

- 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)
- CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS Y NORMATIVOS ÉTICO-JURÍDICOS RECIENTES N.º 202 (1986)

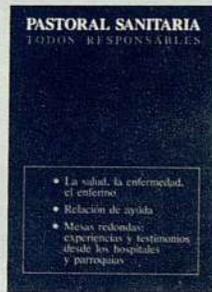
**Números monográficos de Labor Hospitalaria**



PLANIFICACION FAMILIAR  
EMERSON MEDICA, SOCIOLOGICA, PSICOLOGICA Y ETICA



DERECHOS DEL ENFERMO



*Pídalos a la dirección de la Revista*

## 5.2 PLAN DE ACCIÓN DE LA COMISIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS

La Comisión de Profesionales Sanitarios Cristianos, creada dentro del Equipo Nacional de Pastoral Sanitaria, asume el siguiente plan de acción. Basado en las reflexiones sobre el tema llevadas a cabo en las reuniones de Pastoral Sanitaria y en el Congreso de Evangelización y muy especialmente en el plan de acción de la Conferencia Episcopal Española para el trienio 1987-90, ha sido enriquecido con las aportaciones de los participantes en las I Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos.

### 1. Situación actual de los profesionales sanitarios cristianos

El análisis de la situación actual de los profesionales seculares sanitarios cristianos presenta unos rasgos que son en buena parte comunes a los que presentan los profesionales sanitarios no cristianos y los profesionales cristianos de otros campos. Éstos podrían ser los más significativos:



- El descontento y desmoralización generalizados entre los profesionales sanitarios, junto a la desmotivación en aumento, debido entre otras razones a la actual situación de la sanidad, tanto dentro como fuera de los centros hospitalarios.
- Disociación entre la vida de fe y el ejercicio de la profesión: son muchos los profesionales seculares cristianos comprometidos individual y asociadamente pero no en el ámbito del trabajo sino en otros, tales como el de los movimientos familiares, comunidades cristianas, parroquias, etc. Sus centros de interés y su actuación no difieren de los otros profesionales.
- Los profesionales cristianos, tanto en éste como en otros campos, tienen serias reservas a la hora de manifestar su fe o de asociarse: temor a ser señalados, individualismo, falta de credibilidad de la Iglesia y de algunos cristianos, instalación en posturas cómodas y miedo al compromiso, falta de tiempo, pasividad, etc.
- La deficiente formación cultural, religiosa, ética, política y social en los actuales profesionales sanitarios.
- La falta de cauces de encuentro y reflexión que respondan a lo que hoy están necesitando los profesionales sanitarios cristianos.
- Consecuencia de lo anterior es la inexistencia de una voz de los profesionales seculares cristianos que ilumine los graves problemas que hoy tiene planteada la Sanidad y los que trabajan en ella.

## 2. Necesidades más importantes de los profesionales sanitarios cristianos

A la vista de esta situación, la Comisión de Profesionales Sanitarios Cristianos considera que las dos grandes necesidades a tener presentes en un futuro son:

- La formación en orden a lograr cristianos adultos en su fe, que se comprometan a promover y defender la humanización de la asistencia sanitaria, los derechos y deberes de los profesionales y, en especial, de los enfermos, sean capaces de insertarse como levadura en medio de las instituciones sanitarias y de sus organismos, estén al servicio de la vida y de su máxima realización incluso en su debilidad, creen fraternidad en todo momento poniendo el sello del amor cristiano en las relaciones sociales, manifiesten su postura en cuestiones ético-morales en el ejercicio de su profesión, y sean así testigos de Jesús en el mundo de la salud.
- La creación de cauces y ámbitos de encuentro donde los profesionales sanitarios cristianos puedan intercambiar opiniones y experiencias, profundizar en su identidad cristiana, estimularse y apoyarse en el ejercicio de su profesión, vitalizar y celebrar su fe, fortalecer su sentido eclesial y su comunión con otros profesionales.

## 3. Objetivo fundamental del plan

*Promover un laicado comprometido cristianamente en el mundo de la salud.*

## 4. Líneas de acción

### a) Sensibilización

- Motivar a los profesionales sanitarios cristianos.
- Darnos y dar a conocer, tanto a nuestros compañeros como a la Dirección de los centros en que trabajamos, lo que vayamos haciendo y proyectando, a través de los contactos personales y de cuantos medios estén a nuestro alcance.
- Elaborar un tríptico que explique quiénes somos y qué pretendemos.

### b) Promover la formación de los profesionales sanitarios cristianos

- Profundizar en la identidad y misión del profesional secolar cristiano en el mundo de la salud y en la Iglesia, promoviendo grupos de estudio y reflexión con el fin de iluminar los problemas sanitarios y situaciones conflictivas que les afecten.
- Promover la celebración de congresos, jornadas, ciclos de conferencias y otros medios de formación a escala nacional, autonómica, diocesana y local.
- Difundir materiales de formación que ya existen.
- Promover la formación ética de los profesionales sanitarios y de los estudiantes de la ciencias de la salud.

### c) Promover una presencia activa de los profesionales sanitarios cristianos en el mundo de la salud

- Apoyar, acompañar y estimular a los profesionales sanitarios cristianos en el desempeño de su misión.
- Fomentar y difundir *experiencias* de participación de profesionales cristianos en la construcción de un mundo sanitario más justo y humano y en la pastoral sanitaria.
- Realizar acciones para mejorar las situaciones de deshumanización de nuestro entorno.
- Elaborar un *boletín informativo* nacional para establecer una interconexión entre los profesionales sanitarios cristianos, con intercambio de experiencias y proyectos, tanto intra como extrahospitalarios.
- Mantener contacto con el Servicio de asistencia religiosa del hospital y comprometerse con los equipos de Pastoral Sanitaria de las parroquias.
- Participar en los órganos representativos del centro sanitario, especialmente en los Comités de Humanización y de Ética.

### d) Promover e impulsar el mutuo conocimiento y comunión de los profesionales sanitarios cristianos entre sí y con el resto de los miembros de la Iglesia

### e) Creación de una asociación de profesionales sanitarios cristianos

- Su misión es ser el medio de facilitación de las otras líneas de acción.

# 6. LIBERACIÓN Y CURACIÓN

*Bernhard Häring*

Puramente hablando, este artículo no es un artículo de ética. ¿Por qué acogerlo, pues, en esta sección? ¿Será ético hacerlo?

Su autor es una pieza maestra en la reflexión teológica moral de los últimos años de la Iglesia. Ni más ni menos, ni menos ni más que el padre Bernhard Häring.

Un hombre que, sin abandonar el vasto campo de la moral, se ha internado en el mundo de la salud, plenamente relacionado con el mensaje de la liberación, en el que ha descubierto el filón de la más pura esencia del mensaje evangélico.

Fruto de ello es su libro, recientemente publicado, *FE Y SALUD*, así como el presente artículo.

Es el pensamiento de un hombre honrado y que, como creyente profundo que es, ha llegado, en su madurez humana, cristiana e intelectual, al centro del mensaje de Jesús.

En su discurso programático pronunciado en la sinagoga de Nazaret, Jesús, el Cristo (consagrado por el Espíritu), revela la triple dimensión de su misión: 1) proclamar la buena noticia a los pobres, 2) liberar a los prisioneros y oprimidos y 3) devolver la vista a los ciegos. «El Espíritu del Señor está sobre mí, por el que me consagró, me envió a anunciar la buena nueva a los pobres, la liberación a los presos, a devolver la vista a los ciegos, la libertad a los oprimidos» (Lc. 4, 18; cfr. Is. 61. 1). A la luz de este texto, intento proponer una visión sintética de una teología y una espiritualidad de liberación. El énfasis estará en la virtud liberante de la opción por los pobres para quien anuncia la buena nueva.

Hablamos con una mirada a la experiencia liberante y sanante de san Francisco de Asís. Al encontrar un leproso, Francisco hizo lo mismo que hicieron el sacerdote y el levita en la parábola del Samaritano misericordioso: se fue por otro camino. Pero después, arrepentido, volvió para abrazar al leproso y cuidarlo. El efecto fue estupendo: Francisco fue liberado de su miedo a la contaminación, liberado del rechazo que tuvo el burgués rico ante la vista del míse-

ro, del marginado, y fue curado de la ceguera espiritual y social.

El significado simbólico y real de este suceso se me hizo más claro cuando la gente pobre en Rusia me enseñó la espiritualidad de la oración perenne: «Jesús, hijo de David, hijo de María, hijo de Dios, hijo del hombre, ten piedad de mí». Se trata de la oración del ciego que tanto deseaba recuperar su vista (Mc. 10, 46; Mt. 20, 30). Esta



es la historia que me contaban unos campesinos rusos, la oración que tenían en la mente cuando rezaban la oración perenne: «¡Jesús, ten piedad de mí, ten piedad de nosotros!»: Pedro al comenzar el Adviento dijo a sus hijos: «Hijos, la noche de Navidad vendrá Jesús a visitarnos. Pero para poder verlo y reconocerlo deben orar con insistencia, “Jesús, ten piedad de mí, ten piedad de nosotros”». La noche de Navidad Pedro y sus hijos estaban llenos de expectativas. Cuando alguien llamó a la puerta Pedro corrió, abrió la puerta, entró un olor terrible: era un mendigo con la ropa deshecha, con heridas pestilentes, sórdido. Pedro lo acogió con alegría, lo lavó, le dio su vestido de fiesta, le curó las heridas, lo sentó a su mesa y con la mayor alegría lo sirvió. Cuando vinieron los hijos a preguntar: «Papá, ¿cuándo vendrá Jesús a visitarnos?», por un momento Pedro se entristeció y llorando preguntó a sus hijos: «¿Todavía están ciegos? ¿Acaso no han rezado «Jesús ten piedad de nosotros, abre nuestros ojos?»». La conversión total de Pedro al pobre era el signo de que su oración perenne había sido escuchada; había obtenido los ojos de la fe.

Esta oración —modelo de la oración perenne— los campesinos rusos me la han explicado no sólo con palabras, sino con el hecho evidente de su comportamiento: una vez me acogieron unos campesinos pobres, junto con unos heridos y enfermos graves, alemanes y rusos; nos cuidaron con tanto cariño como puede hacerlo una madre con sus hijos. Antes de partir, les pregunté: «Díganme, ¿por qué con tantos sacrificios y tantos riesgos han demostrado un amor tan generoso incluso a gentes de un pueblo que les ha causado tantos sufrimientos?». La madre fue quien me respondió: «Nosotros tenemos cuatro hijos en el ejército ruso. ¿Cómo podremos decir “Padre nuestro” y rezar para que nos los haga regresar, si no hubiésemos pensado que su mamá ruega al mismo Padre del cielo por la misma cosa?». Esta palabra, junto con la experiencia de salvación, me vale más que muchos tratados abstractos de doctores teólogos.

En el ministerio y en el misterio de Jesucristo no se pueden separar los tres momentos: evangelizar a los pobres, liberar a los oprimidos y cautivos, y curar a los ciegos. Los que siguen a Cristo forman parte del cuerpo de Cristo y obtendrán los tres carismas si realmente los desean a los tres y cumplen las condiciones para su acogida.

## Anunciar la buena nueva

Jesús se hizo pobre, vivió con los pobres y para los pobres. Ninguna riqueza material debe esconder las riquezas de su amor y de su buena noticia. Para anunciar efectivamente la alegre noticia de la redención y de la liberación el Hijo de Dios se ha hecho Uno-de-nosotros, como se traduce la expresión bíblica «hijo del hombre». Lo reconoce-

rán y acogerán su mensaje que alegra, sana y libera a aquellos que están con los pobres, viven con ellos, llevan una parte de su carga.

La iglesia clerical viviendo en una especie de «santa alianza entre el trono y el altar» estaba disminuida para su tarea principal, esto es, «anunciar la buena noticia a los pobres». ¿Por qué?

Una parte de esta alegre noticia es que allí donde se acoge la invitación a entrar en el Reino de Dios y de su Cristo los ricos no oprimirán más a los pobres, ya no los despreciarán más, sino que con Cristo llegarán a ser individual y colectivamente «uno-de-nosotros-los-pobres».

Los ricos y poderosos y sus aliados harán su más grande y bello descubrimiento, esto es, que son personas delante de Dios, que tienen la verdadera dignidad de persona humana, sólo desde el momento en que reconozcan tal dignidad en el pobre, en el leproso, en el marginado, en el pueblo bajo y hasta entonces despojado.

Esta es una verdad quemante: que el rico que se estima superior al pobre a causa de sus riquezas; el blanco, a causa de su pertenencia a los de raza blanca, reconoce en sí y por sí mismo solamente el valor de cosas materiales, de poca sustancia. Acoger y reconocer al pobre en su dignidad de persona, de hermano o hermana de Cristo y tratarlo como tal le trae al rico la mejor noticia: ahora podrá ser curado de su ceguera, obtener la visión de la verdad, se hará hermano de todos, y particularmente de los pobres. En cuanto rico que presume de su riqueza, de su poder, e incluso de su violencia, está ciego, degradado, prisionero de la más estúpida ideología; así reniega de su dignidad de persona.

Emmanuel Levinas, hebreo nacido en Rusia, que sufrió en los campos de concentración primero con Stalin y después con Hitler, una vez salvado, no guardó ningún rencor; al contrario, tuvo la más profunda compasión con quienes lo habían maltratado. El mensaje de su comportamiento y de su palabra se sintetiza brevemente; la grande y alegre experiencia de Dios Padre será dada a quien permita al más pobre reclamarle su derecho a ser amado, respetado y ayudado.

Korie ten Boom, la gran protectora de los judíos en Holanda, que en su casa y en otras muchas escondió a los judíos reclamados por los nazis, fue traicionada. Junto con su hermana Betti encontró gran consuelo en el lager más terrible al poder anunciar a los demás el evangelio. Junto a la hermana reconoció gradualmente en aquellos que la habían torturado a los más pobres que tienen necesidad de ser ayudados para reencontrar su dignidad e integridad. Cuando la hermana murió a causa del trato más cruel, le dejó su testamento a Korie ten Boom: «Cuando tú te salves, los curarás». En efecto, cuando, por un error administrativo, fue liberada, ella tuvo cuidado en primer lugar del hombre que la había traicionado; le dio su alegre noticia: «También tú puedes ser curado y perdonado». Después de la guerra, abrió dos casas de rehabilitación para ex guardias de los campos de concentración nazis.

Al ver personas con tal libertad, con tal salud espiritual y tal visión de fe, podemos orar de un modo nuevo: «Jesús, hijo de David, ten piedad de mí, te pido recobrar la vista».

## Liberados y curados, podemos anunciar la buena nueva

Jesús dio a sus apóstoles y a los setenta y dos discípulos y después a todos sus auténticos seguidores la misión de anunciar la buena nueva, ser luz del mundo y curar a los enfermos. «Estos son los milagros que acompañarán a los que crean: expulsarán los demonios en mi nombre...; impondrán las manos a los enfermos y quedarán curados» (Mc. 16, 17s).

Pero Jesús en muchas ocasiones con sus palabras y con su ejemplo ha enseñado a sus apóstoles y discípulos las dos grandes condiciones para poder verdadera y efectivamente anunciar la buena nueva a los pobres y a los que viven en la miseria y curar a los enfermos: deben asimilarse a él, *siervo y pobre*.

La consecuencia que se sigue es evidente: los asociados a los ricos y poderosos, a los violentos y opresores, a los que marginan a la masa de los pobres no pueden ni anunciar efectivamente la buena nueva a los pobres ni abrir los ojos a los ciegos.

Durante el Concilio Vaticano II fui invitado varias veces por un grupo notable de obispos que meditaban y reflexionaban juntos sobre la conversión a la pobreza y a los pobres. Ellos esperaban conseguir en el Concilio un documento en el que los participantes manifestasen su compromiso firme con tal conversión. De hecho en todo el mundo, pero particularmente en América Latina, una gran parte de los sucesores de los apóstoles se han liberado del abrazo de los ricos *bienhechores de la Iglesia*, de los que tradicionalmente daban limosnas al alto clero para construir iglesias y para distribuir limosna a los pobres (demasiado a menudo con la intención más o menos clara de lograr así una *buena conciencia* para su status quo: para poder usar a la Iglesia con el fin de establecer el orden social, económico y político que hace más ricos a los ricos y más pobres a los pobres).

La conversión de los obispos y de todo el clero a los pobres y así también a la pobreza y a la *dignidad* de servidores de los pobres es uno de los cambios más grandes, pero siempre inacabado, siempre hay que seguir conquistándolo y profundizándolo para poder asociarnos a la triple misión de Cristo y de su Iglesia:

1) anunciar la buena noticia a los pobres, 2) abrir los ojos a los ciegos, 3) liberar a los oprimidos y a los opresores.

Todos nosotros debemos preguntarnos si ya estamos liberados del abrazo aprisionante y cegador de los ricos-poderosos-privilegiados. Este abrazo nos perjudica y busca contaminarnos, hacernos ciegos y prisioneros por medio de la tentación de llegar a ser también nosotros *uno-de-ellos*, ricos y poderosos, privilegiados. Si caemos en esa tentación, seremos contaminados y contaminadores, ciegos. Tomaremos parte en la violencia estructural y mental, etc.

## Los grandes enemigos: violencia y falsedad

La nota característica del Mesías prometido, del Siervo de Yahvé sufriente es: «en él no se encontró ni violencia ni falsedad» (Is. 53, 9). En Cristo se ha cumplido esta profecía. Nos ha liberado por medio de su amor no-violento, se ha manifestado como *la Verdad*. Él nos ha revelado que el objetivo de la liberación y de la curación es: fraternidad perfecta, veracidad y no-violencia; y este objetivo debe determinar también los medios, el camino. Para poder participar de su triple ministerio debemos caminar con él por caminos de absoluta veracidad, buscar infatigablemente la verdad y la salvación, el verdadero rostro del amor que salva y que libera.

La causa del diluvio, de la casi destrucción del género humano fue la violencia y la falsedad. «Todos los pensamientos de su corazón eran sólo maldad... El fin de toda criatura ha llegado ante mí porque la tierra está llena de violencia a causa de los hombres» (Gen. 6, 5.13).

La obra de la redención y de la liberación realizada por Cristo es su testimonio vivido hasta la muerte en la cruz, testimonio de la suprema verdad de que Dios es amor; el hijo de Dios hecho uno-de-nosotros es imagen perfecta del Padre; y aquellos que animados por su Espíritu viven esta verdad son artífices de paz, justamente llamados hijos de Dios; son los no-violentos que recibirán la tierra en herencia.

Los seguidores libres y fieles de Cristo no consideran a nadie como enemigo, aunque alguno se comporte como enemigo; consideran el odio, la violencia, el rencor, la falsedad, la mentira, como los enemigos de todos, la enfermedad mortal de la cual los redimidos pueden ser curados y curarse recíprocamente. No se dejan vencer por el mal, sino que buscan vencer al mal con el bien (Rm. 12, 21).

Los que oprimen al pobre se comportan como enemigos de los pobres, despojados y explotados; pero en realidad son enemigos de sí mismos, son prisioneros del egoísmo individual y colectivo. Precisamente porque son violentos y mantienen estructuras injustas y violentas, están enfermos y fuera de juicio, caminan en las tinieblas. No les llamo pobres para no deshonrar a los pobres verdaderos, pero les llamo míseros y enfermos del corazón y de la cabeza, prisioneros. ¿Quién puede liberarlos y curarlos, abrir sus ojos para que vean la verdad y el camino de la paz?

Respondo: los pobres que están curados de la ceguera y de la violencia; los no-violentos que tienen hambre y sed de justicia que libera y sana, los artífices de la paz. Todos los creyentes configurados con Cristo Siervo humilde, con Cristo dispuesto a sufrir y dejarse golpear antes que golpear y hacer sufrir a los demás, son los sucesores de los apóstoles y de la Iglesia apostólica liberados del abrazo de aquellos ricos que querían usar a la Iglesia para su egoísmo privado y de clase injustamente privilegiada.

## La opción por los pobres como opción de Iglesia a favor de todos

Sería un error y una difamación de la Iglesia latinoamericana pensar que la opción preferencial por los pobres sea una injusticia contra la clase dirigente rica y poderosa. Ciertamente es una opción que se opone al orgullo, al despojo, a la opresión, pero no a los ricos; porque tal opción es la condición irrevocable de la Iglesia para poder evangelizar a todos: pobres y ricos, para poder participar de la triple misión de Cristo: *anunciar la buena nueva* fielmente tanto a los pobres reales como a los miserables por causa de su egoísmo de clase e individual. Los verdaderos pobres que no envidian a los que oprimen, sino que los compadecen y anuncian a los ricos (materialmente) que espiritualmente son míseros; estos pobres son un evangelio viviente, anuncian la paz incluso cuando reclaman sus derechos humanos, porque no lo hacen sólo por su propio interés, sino por el de todos y, particularmente, de aquellos que se encuentran en la vieja cárcel de la violencia, de ideologías que justifican la violencia y la opresión e incluso la tortura. Sin el anuncio de los pobres y sin la opción clara de la Iglesia de convertirse a los pobres, los ricos-poderosos-violentos no podrían ser evangelizados, curados y liberados.

**La recuperación de la vista:** San Francisco recibió la visión clara del evangelio después de haber abrazado al

leproso y haberse liberado del abrazo de los ricos; así él podía con su predicación y con su estilo de vida abrir los ojos a tantos pobres, ricos, e incluso obispos y cardenales: «Podemos, queremos, debemos vivir el evangelio». Si san Francisco en alguna ocasión pudo curar la ceguera física de algunos, esto era sólo un símbolo débil de su capacidad de curar a muchos de la ceguera del corazón. Sólo una Iglesia al lado de los pobres, convertida a los pobres de modo que la multitud de los pobres puedan reconocerla como Iglesia de Aquél que se ha hecho *uno-de-nosotros*, sólo una tal Iglesia podrá con claridad y firmeza profética y con gran compasión anunciar a los ricos-poderosos: también ustedes están invitados al banquete de la verdadera fraternidad, a la victoria de la verdadera justicia; vuestro caso no es desesperado. Los pobres de la Iglesia y los Pastores de la Iglesia al lado de los pobres se lo aseguran: jamás nos rebajaremos hasta el punto de odiarles; por grande que sea el mal que nos hacen, los sufrimientos que nos afligen, jamás dejaremos de amarles e invitarles a la salvación, a la libertad de los hijos de Dios.

Así, por medio de los pobres libres de todo odio y de toda envidia por imitar a los ricos, por medio de una Iglesia convertida a Cristo Siervo, pobre, sufriente, la Iglesia renovada anuncia a todos: salgan de la prisión del egoísmo privado y de clase. Entren en la tierra prometida para los hijos de Dios, en la tierra de los no-violentos, vengan al banquete de aquellos que viven el evangelio de la paz y de la justicia.

### 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:

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)

# 7. INFORMACIONES

## II Conferencia Internacional sobre *La Humanización de la Medicina* (Ciudad del Vaticano,

10-12 de noviembre de 1987)

Organizada por la Pontificia Comisión para los Agentes Sanitarios, se va a desarrollar en la Ciudad del Vaticano, del 10 al 12 de noviembre, la II Conferencia Internacional sobre *La Humanización de la Medicina*.

Los temas a debatir durante la misma son los siguientes: Vida y Derecho a la Vida (día 10), El hombre y la Salud (día 11), El Hombre y la Medicina (día 12).

LABOR HOSPITALARIA permanecerá atenta al desarrollo de la misma y, en su caso, mantendrá informados a sus lectores de todo aquello que considere de su especial interés.

## Monseñor Angelini, miembro del Sínodo

Monseñor Fiorenzo Angelini, Pro-Presidente de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, ha sido nombrado por S.S. Juan Pablo II miembro de la próxima Asamblea General Ordinaria del Sínodo de los Obispos.

Al mismo tiempo que felicitamos a monseñor Angelini, agradecemos el gesto del Santo Padre por dicha designación.

Creemos que la misión apostólica que desempeña la Comisión Pontificia antes mencionada incide muy directamente en el tema del laicado que es hacia donde se va a orientar el Sínodo.

Con esta designación, el mundo de la salud queda justamente representado en esta significativa asamblea de la Iglesia universal.

## El doctor Francisco Vilardell Viñas ha sido nombrado nuevo presidente del CIOMS

Resulta una satisfacción y un orgullo para nosotros la noticia del nombramiento del doctor Francisco Vilardell para la presidencia del CIOMS en sustitución del norteamericano Alfred Gellhorene.

El doctor Vilardell, jefe del Servicio de Patología Digesti-

va del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona desde 1963, es una persona entrañable y muy querida por todos sus colaboradores y por los que, en una u otra circunstancia, hemos tenido ocasión de tratarle.

Sus grandes dotes de relación humana y sus inquietudes por la persona integral del paciente y del hombre en general, han hecho que su gran preparación científica haya trascendido los concretos límites de su especialidad y haya sido reconocido, no sólo en nuestro país sino también en los ámbitos internacionales.

En este aspecto creemos que el doctor Vilardell puede llevar a cabo una gran labor al frente del Consejo Internacional de Organizaciones Médicas. Sus inquietudes por los problemas éticos que plantean los avances científicos y tecnológicos estamos seguros que harán enriquecer los informes que el CIOMS ha dado a la ONU en estos campos (véase el número monográfico de L.H. de diciembre de 1986).

Por otra parte, creemos que la coordinación del CIOMS por parte de un médico español del prestigio del doctor Francisco Vilardell contribuirá a acrecentar entre nosotros la conciencia ética de los problemas científicos y contribuirá a subrayar la importancia de la preparación bioética entre nuestros profesionales.

## Symposium Informática Hospitalaria

Organizado por el Colegio de Economistas de Cataluña para los días 13, 14, 15 y 16 de abril de 1988.

El tema genérico *Sistema integral de informatización en los hospitales y en las áreas de salud: informática sanitaria para la década de los 90*, se desarrollará a lo largo de estos días con ponencias como:

**Día 13.** «Sistema de informatización integral para la gestión hospitalaria». Coordinador: Antonio Caro.

**Día 14.** «Conjunción global de la información en un centro hospitalario». Coordinador: Lorenzo Sotorres.

«La informatización en los centros de asistencia pública de París: actualidad y previsiones de futuro».

**Día 15.** «Sistemas de información en las áreas de salud». Coordinación: José Pallarés.

«A national approach to health service management information services (Scotland)».

**Día 16.** «Aspectos de futuro para la informática sanitaria». Coordinación: Carmen Sons.

«Informática sanitaria para la década de los 90».

*Información e inscripciones*

COL·LEGI D'ECONOMISTES DE CATALUNYA  
Avinguda Diagonal, 508, 1.<sup>er</sup>  
08006 Barcelona  
Tel. 237 16 04/81

**Recensión**

Hemos recibido de editorial Grijalbo las dos obras siguientes:

**PRÁCTICA PROGRESIVA EN ENFERMERÍA**

PATRICIA BENNER

La obra nos muestra cómo Enfermería actúa frente a las diversas situaciones en las que se puede encontrar, pero de una forma distinta, racional y progresiva.

A través de los ejemplos, la autora evidencia la adquisición de experiencia por parte del personal de Enfermería con la práctica cotidiana, siendo conscientes de que esto conlleva un estudio continuo y una profundización del modelo o modelos utilizados.

Patricia Benner, aplicando el modelo de Dreyfus, demuestra que la enfermera contribuye de forma muy importante al mundo del trabajo cotidiano y al contexto profesional por medio de la madurez personal, el cambio de orientación intelectual, la selección y reajuste de conocimientos y criterios.

Significa, pues, una importante aportación en la bibliografía dedicada a Enfermería.

**DICCIONARIO DE MEDICINA PARA ENFERMERAS**

Este diccionario recopila de forma atractiva términos médicos relacionados con la práctica profesional en todos los campos.

Hay que resaltar el carácter práctico y de consulta de los apéndices, con las tablas de valores de distintos parámetros considerándolos de franca utilidad.

Representa un apoyo interesante en la aclaración de terminología técnica, especialmente en las referencias que se hacen entre distintas voces.

Texto interesante, de fácil manejo incluso para el estudiante de enfermería.

**II Symposium Nacional de Enfermería Pediátrica**

Barcelona, 3, 4 y 5 diciembre, 1987

La prestación de cuidados de Enfermería requieren:

- Intercambio de opiniones.
- Comentarios enriquecedores.
- Avances científicos.

- Descubrimientos de nuevos caminos.
- Nuevas perspectivas profesionales.

El intercambio de opiniones enriquece.

El comentario profesional medido, científico, produce avances.

El trabajo en grupo, en equipo, produce resultados más ventajosos. Con todo ello, queremos, desde este II Symposium, ser el instrumento que facilite la consecución de:

- Intercambios.
- Comentarios.
- Avances.
- Descubrimientos en el campo de la Enfermería Pediátrica.

**Programa**

*Jueves, 3 de diciembre*

- 9.00 Recogida de Credenciales y Documentación.
- 9.30 Inauguración.
- 10.00 *I Ponencia*. «Atención de Enfermería, cuidados del niño enfermo: aspectos somáticos». *Coordina:* Don Emili Comas i Miró, Jefe de Área Pediátrica, Hospital Clínico, Barcelona. *Elaboran:* Doña M.<sup>a</sup> Luisa Montes Pérez. Doña Margarita Pla Consuegra. Doña Isabel Riera Vilarubia. Doña Pilar Vilamajor Andrés. Doña Rosa Yrurzun Andreu.
- 11.30 Descanso y Desayuno.
- 12.00 *Comunicaciones a la Ponencia*.
- 13.00 Descanso y comida de trabajo.
- 16.00 *II Ponencia*. «Atención de Enfermería, cuidados al niño enfermo: aspectos psicológicos». *Coordinan:* Doña Nuria Llistar Verdú. Doña M.<sup>a</sup> José Martínez Lapeña. Adjuntas Formación continuada Residencia «Valle Hebrón», Barcelona.
- 17.30 Descanso.
- 18.00 *Comunicaciones a la Ponencia*.
- 19.00 Final Jornada.

*Viernes, 4 de diciembre*

- 10.00 *III Ponencia*. «Atención de Enfermería, cuidados al niño enfermo: aspectos socio-culturales». Doña M.<sup>a</sup> del Carmen García Amado, directora de Enfermería, Hospital Provincial, Madrid.
- 11.30 Descanso y Desayuno.
- 12.00 *Comunicaciones a la Ponencia*.
- 13.00 Descanso y comida de trabajo.
- 16.00 *IV Ponencia*. «Formación en Enfermería Pediátrica». *Coordinadora:* Doña Pilar Torres Egea, Directora Técnica E.U.E. San Juan de Dios. *Elaboran:* E.U.E. San Juan de Dios; E.U.E. Universidad de Barcelona; E.U.E. Príncipes de España.
- 17.30 Descanso.
- 18.00 *Comunicaciones a la Ponencia*.
- 19.00 Final Jornada.

*Sábado, 5 de diciembre*

- 10.00 *V Ponencia*. «Comentarios sobre la estructura orgánica de los Hospitales». *Coordinan:* Don Jordi Cayetano i Andrés. Don Antonio Marset Boza.

*Elaboran:* Doña Teresa Santaliestra Fierro. Doña Rosa Bartrons i Casas. Don Víctor Cañabate Lorenzo. Don Pere A. Montserrat i Ollé. Don Javier Muñoz López. Don Tomás Asensio Torres. Don Miguel A. Astiz Sala. Dirección de Enfermería, Hospital San Juan de Dios, Barcelona.

11.30 Descanso y Desayuno.

12.00 Resumen y Conclusiones del Symposium.

13.00 Clausura.

## Documento del seminario de estudio sobre *Los Comités de Ética*

Promovido por la asociación de médicos católicos italianos en colaboración con la Fundación Smith Kline (1-3 mayo 1987)

La constitución y funcionamiento en varias partes del mundo de Comités para los problemas éticos, tanto en la estructura sanitaria pública como privada, antes de investigación y de la industria farmacéutica, han promovido a nivel internacional la redacción de *recomendaciones* destinadas a guiar a los médicos en las decisiones y en la investigación que tienen por objeto la persona humana desde su concepción hasta su conclusión natural.

Estas recomendaciones, la primera la de Helsinki en 1964, seguida por otras tres, con las cuales quisiéramos recordar el proyecto Organización Mundial de la Salud y el Consejo para las Organizaciones Internacionales de la Ciencia Médica, son continuamente puestos al día y elaborados en consensos internacionales, el último de los cuales ha tenido lugar en Ottawa (Canadá) el 5 de abril de 1987.

Estas normas intentan descubrir toda la compleja problemática de la bioética y pueden ser recibidas a nivel de las naciones concretas con alguna modificación aconsejada por la diversa realidad legislativa, religiosa, social y de las tradiciones de los diferentes países. La Asociación de Médicos Católicos Italianos ha promovido durante los días 1/3 de mayo, en colaboración con la Fundación Cultural Smith Kline, un seminario de estudio sobre los Comités Éticos para valorar no sólo la finalidad, el contenido y los valores de referencia irrenunciables sino también la oportunidad de su correcta puesta en marcha especialmente en los grandes hospitales.

Los participantes estamos de acuerdo, de entrada, en el individualizar por los Comités de Ética el objetivo fundamental de reforzar el enlace entre el ejercicio de la Medicina y su referencia natural a los valores éticos derivados de la centralidad del hombre. Se trata, es decir, de reafirmar el concepto sintético, humanístico, de la medicina que proviene de su tradición hipocrática, fundada sobre el principio laico del respeto a la persona, que siempre debe ser considerada como fin

y nunca como medio. Esto es un patrimonio universal recogido en las codificaciones deontológicas, en los derechos del hombre proclamados por los organismos internacionales y en las leyes nacionales y regionales.

Los Comités de Ética insertos, por tanto, en la prospectiva de un servicio ofrecido al hombre y a la sociedad civil, han de convertirse, en definitiva, en lugar de diálogo y de confrontación donde se pueda reafirmar el valor primario del hombre y su puesto central en el respeto a la profesión sanitaria.

Parece ser, por otra parte, necesario previamente a la institución de los Comités de Ética una fase preparatoria para realizar la necesaria sensibilización a los problemas éticos en el ejercicio de la medicina con conferencias, cursos, seminarios, etc., y al fin llegar al convencimiento de la oportunidad de instituirlos de una manera permanente.

Se han individualizado cuáles son los objetivos próximos y más fácilmente practicables:

- a) La recopilación de la documentación de carácter ético y legislativo sobre problemas éticos concretos.
- b) Una acción constante de formación y de clasificación de casuística que pueden presentarse en general en la práctica hospitalaria y local con el fin de ver todos los aspectos éticos y legales.
- c) La verificación, a solicitud de los interesados, de los protocolos de investigación y experimentación clínica de los fármacos.

En esta primera fase, los Comités de Ética podrían no afrontar casos singulares que necesitan de un parecer inmediato de dictamen en el fragor de la situación. Estas decisiones, en efecto, deben reservarse para los enfermos y los profesionales interesados, y a los cuales se les podrán aportar los datos y la documentación en el campo ético.

Posteriormente, con la graduación que el ambiente sociocultural nos sugiera, se llegará a la constitución de los Comités asignados a la función de expresar un parecer consultivo al director sanitario y/o a los responsables de los servicios de diagnóstico y tratamiento sobre el tema de ética médica.

Los Comités de Ética no desarrollan ninguna actividad que interfiera en la de los órganos encargados del gobierno de unidades asistenciales o policlínicas universitarias, ni interferirán con la autonomía técnica de los responsables de los servicios de diagnóstico y tratamiento; sus decisiones, además, no deben tener acción supletoria en el ámbito de la responsabilidad profesional y/o asistencial.

En la prospectiva de la constitución de un Comité Ético Nacional, la A.M.C.I. se pone a disposición para una colaboración de estudio y por la mejor actuación, sea cultural o legislativa, al servicio de la vida humana en su integridad.

La A.M.C.I. expresa su deseo que los Comités Éticos sean rápidamente constituidos en el ámbito de los hospitales de inspiración cristiana y puedan constituir un estímulo y un modelo a ofrecer a la reflexión de todos.

**TELESCOPIOS CELESTRON**



**SUPER  
C8  
PLUS**

Tipos Catadióptricos Schmidt-Cassegrain, Maksutov-Cassegrain, Reflectores, Reflectores Newton, Cámaras Schmidt y de CO<sub>2</sub>, Oculares Ortho, Erfle y Plossl, Filtros, Computadora Sky-Sensor... Prismáticos

**telescopios MIZAR**



**Modelo  
ALTAIR-15**

**TELESCOPIOS REFLECTORES Y REFRACTORES**

Amplia gama a precios asequibles

**TELESCOPIOS CELESTRON**



**PRISMÁTICO  
"GIGANTE"  
11x80**

Tipos Catadióptricos Schmidt-Cassegrain, Maksutov-Cassegrain, Reflectores, Reflectores Newton, Cámaras Schmidt y de CO<sub>2</sub>, Oculares Ortho, Erfle y Plossl, Filtros, Computadora Sky-Sensor... Prismáticos

**telescopios MIZAR**

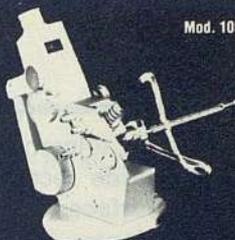


**Modelo  
LX-150 SL**

**TELESCOPIOS REFLECTORES Y REFRACTORES**

Amplia gama a precios asequibles

**SHIBUYA OPTICAL  
REFRACTOMETRO  
DE ABBE**



**Mod. 105**

Refractómetros de Abbe, mano, clínicos y gemológicos. Espectroscopios. Polarímetros. Microtomos.

**SHIBUYA OPTICAL  
MICROTOMO  
ROTACION**



**Mod. 520**

Refractómetros de Abbe, mano, clínicos y gemológicos. Espectroscopios. Polarímetros. Microtomos.

**BAADER PLANETARIUM**  
Planetario para enseñanza con o sin cúpula de proyección. Sencillo, asequible y altamente didáctico.

Un nuevo concepto en la descripción de las constelaciones, movimientos de los planetas, eclipses, etc.



**MICROSCOPIOS KYOWA  
Japón**



**Platina  
Invertida**

**Serie TCM  
Mod. TCM-PH**

Trioculares, binoculares, monoculares. Biológicos, Metalúrgicos. De Polarización. Estereoscópicos. Amplia gama de accesorios: Iluminadores de fibra óptica, halógenos o luz Koehler, equipos contraste de fases, visores, cámaras Polaroid y Reflex...

**ASTRONOMIA Y MICROSCOPIA  
¡¡750.000,- Ptas. en PREMIOS!!**

En este año se cumple el 50 Aniversario de la muerte del insigne astrónomo catalán, COMAS SOLA.

Coincidiendo con esta efemérides, una de las principales firmas españolas en el ramo de la Óptica Científica y especialmente en el campo de la ASTRONOMIA y de la MICROSCOPIA, inaugura nuevos locales.

Importador  
y  
Distribuidor



EE.UU.  
U.R.S.S.  
JAPON

**MICROCIENCIA, S.A.**

TEL. 410 58 56-55 - TELEX 54785 MICC E  
Montnegre, 2-6 - 08029 BARCELONA

y ofrece a los aficionados de toda España, la oportunidad de optar, sin exigírseles contraprestaciones, a importantísimos

**PREMIOS:**

- 1.º Telescopio astronómico CELESTRON (EE.UU.), mod. C-6 150 mm Ø, tipo NEWTON, montura ecuatorial New-Polaris.
- 2.º Microscopio estereoscópico (lupa binocular) KYOWA (Japón) mod. SE-3.

- 3.º Microscopio binocular mod. BIOLAM S-11 (U.R.S.S.), aumentos 1350x.
  - 4.º, 5.º y 6.º Telescopio astronómico ecuatorial MIZAR (U.R.S.S.), 110 mm Ø, tipo NEWTON, pie metálico, aumentos 169x.
  - 7.º y 8.º Telescopio terrestre, sobremesa, mod. 104-DF-8 de 80 mm Ø, aumentos: 20x, 30x, 40x y 60x marca POLAREX-UNITRON.
  - 9.º Prismático CELESTRON (EE.UU.) 11x80, objetivo 80 mm Ø, con adaptador a tripode.
  - 10.º y 11.º Microscopio estereoscópico (lupa binocular), mod. BM-51-2 (U.R.S.S.) con oculares de 30 mm Ø, aumentos 8,75x (y como muestra para observar se regalan también tres piedras preciosas, talladas, de 2 mm Ø: esmeralda, rubí y zafiro).
  - 12.º PREMIO DE CONSOLACION: 25.000,- pesetas
- Premio n.º 4, sólo para socios de la Agrupación Astronómica de Sabadell.
- Premio n.º 5, sólo para socios

de las restantes Agrupaciones Astronómicas de España.

Premios n.º 3, 6 y 10, sólo para Colegios o Centros que impartan enseñanzas de EGB o BUP o COU o FP.

Premios n.º 1, 2, 7, 8, 9, 11 y 12 destinados a cualquier persona que adjunte cumplimentado, este cupón o cualquiera de los que aparecerán en diversas revistas entre los meses de septiembre a diciembre de 1987, o bien a aquellas personas o centros que lo soliciten por carta.

Cupón válido para el sorteo que se celebrará el próximo mes de ENERO de 1988:

Nombre y apellidos si es persona física (o nombre del CENTRO o COLEGIO indicando en este caso, si imparten EGB o BUP o COU o FP).

.....

.....

Dirección .....

..... Tel. ....

C.P. .... Población ....

.....

Provincia .....

(Los socios de las Asociaciones Astronómicas deberán indicar en el cupón o en carta, la Entidad a la cual pertenecen).

# LIMPIEZA PROFILACTICA

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

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

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

- AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

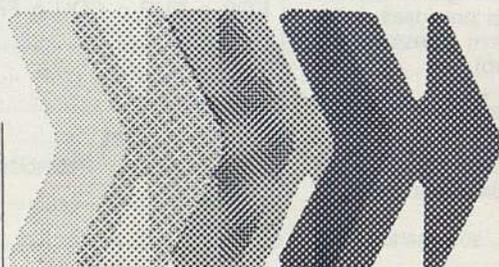
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



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



## SAEL

S.A. de Entretenimiento y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16\*  
Barcelona - 5