



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

**Cuidémonos
mutuamente:
Nadie se
basta a
sí mismo**

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

n.329

ENERO/FEBRERO
MARZO/ABRIL

1/2021



Orden Hospitalaria de
San Juan de Dios
España

Provincia San Juan de Dios de España

Año 69. Tercera Época
Enero/Febrero/Marzo/Abril
Número 329. Volumen LIII

Consejo de Redacción

Dirección

Calixto Plumed Moreno O.H.

Director adjunto

José María Galán González-Serna

Coordinadores

Humanización

Isabel Grimal; Josep Antoni Boix

Pastoral de la Salud y Social

Begoña Moreno Guinea; Susana Queiroga

Ética de la Salud y Social

Carmen Massé; José María Bermejo OH

Redacción - Maite Hereu

Administración - Dolores Sáenz

Consejo Asesor

Humanización

Jesús Pineda OH; Anna Ramió; Raquel Sisas

Ética de la Salud y Social

Jacinto Bátiz; Margarita Bofarull, rscj;

M^a Pilar Núñez-Cubero; Anna M. Prats;

Manuel de los Reyes López

Pastoral de la Salud y Social

Amador Fernández OH; Marije Goikoetxea,

José Luis Méndez; Mercè Puig-Pey

Dirección y Redacción

Curia Provincial

San Juan de Dios de España

Edificio San Juan de Dios

Herreros de Tejada, 3 28016 Madrid

Teléfono. 91 387 44 99

laborhospitalaria@ohsjd.es

Fotografías

Alba Felip, Miguel Angel González, Cathopic

Abstracts

Anna Roca

Información y suscripciones

laborhospitalaria@ohsjd.es

www.laborhospitalaria.com

www.ohsjd.es

www.laborhospitalaria.com

Publicación autorizada por el Ministerio de
Sanidad como soporte válido.

Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B.2998-61

COLOR DIGITAL - BCN





LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

HUMANIZACIÓN,
PASTORAL Y ÉTICA
DE LA SALUD

Editorial. p6

Mensaje del Papa Francisco. p6

01/

Apuntes de antropología bíblica de la fraternidad en tiempos de pandemia por COVID-19.

Juan Luis de León Azcárate. **p13**

02/

La enfermedad espacio de fraternidad posible.

Margarita Saldaña Mostajo **p23**

03/

La relación interpersonal de confianza, como fundamento de la atención integral. El concepto de asistencia integral.

Antonio de Toro Salas **p31**

04/

Necesidad de una formación adecuada de los profesionales de la salud para lograr una atención holística.

Almudena Arroyo Rodríguez **p39**

05/

La ética entre el “encuentro” y el “cuidado”.

Julio L. Martínez, SJ **p49**

06/

Iglesia y misión samaritana.

Jesús Etayo Arrondo O.H. **p61**

06/

Experiencias. p70

7.1/ Duelo y Covid. La pastoral de la muerte y el duelo en tiempo de pandemia.
César Cid Gil

7.2/ Un modelo de atención especial, para unas personas muy especiales.
Lourdes Casas Rodríguez

07/

Recursos.

7.1/ Bibliografía sobre Fraternidad.

Biblioteca Provincial San Juan de Dios **p78**

Normas de Publicación

Normas generales para la presentación de artículos.

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa **Word** como procesador de texto y en **Excel** o **PowerPoint** cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será espacio y medio, a un cuerpo de letra de **Arial 12**, en **DIN A4**, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de **2,5 cm**.

2. Si se envían imágenes digitales, éstas deben tener una resolución de **300 dpi**, a un tamaño de **10 x 15 cm**, y en formato **jpg**.

3. Para los artículos, el texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un **máximo de 3.000 palabras**.

Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de **seis** en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda.

Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que **no superará las 150 palabras**, y entre tres y cinco palabras clave, en castellano y en inglés.

Para las experiencias, el texto del manuscrito deberá ajustarse a un **máximo de 1.000 palabras**. No es necesaria la presentación de: bibliografía, resumen y palabras clave.

4. La página del título deberá contener el título del trabajo (que será breve pero informativo), nombre y dos apellidos de cada autor/a, títulos académicos y filiación institucional, así como el nombre, la dirección postal y electrónica (E-mail) y el teléfono

de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

5. La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito, deberá ser citada en el texto según la **normativa APA** y así mismo estar referenciada en el apartado correspondiente de Bibliografía.

6. El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación donde el autor/res/ras **autorice su publicación, la cesión de derechos, así como la certificación de que se trata de un trabajo inédito** y que tiene todos los permisos necesarios para reproducir las ilustraciones, fotografías u otros materiales contenidos en el texto que presenta. **No se aceptarán trabajos ya publicados**.

7. El manuscrito debe enviarse por e.mail a la siguiente dirección: **laborhospitalaria@ohsjd.es**

Acceso al fondo bibliográfico y pautas de suscripción

La microsite www.laborhospitalaria.org permitió en su momento tener acceso al fondo bibliográfico de la revista desde 1972 para todos los interesados en temas de humanización, ética y pastoral de la salud, dejando para los suscriptores el acceso a los contenidos de los dos últimos años. Sin embargo, este 2019 los Hermanos de San Juan de Dios han decidido abrir la publicación online a todos los internautas, eliminando el pago de la suscripción online por los contenidos de los dos últimos años.

Se mantiene la suscripción en papel con la que recibir la publicación por correo postal al precio de **36€** para España y **50€** o **50\$** para el resto de países. Para suscribir sólo hay que mandar un correo electrónico a laborhospitalaria@ohsjd.es con los datos personales, dirección donde recibir la revista y número de cuenta para domiciliar el pago.

Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto a través de nuestro correo electrónico: laborhospitalaria@ohsjd.es o llamar al 936 303 090 (ext. 12482)

Precio de las suscripciones

	Papel / Digital	36 € - España
		50 € - Europa
		50 \$ - USA

Les informamos que sus datos serán responsabilidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y se tratarán para el envío de publicaciones, y bajo la legitimación de su consentimiento.

No se cederán datos a terceros, excepto que sea obligación legal.

Si desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos reconocidos, o para más información, pueden contactar con eduardpuig@ohsjd.es



editorial

Uno solo es vuestro Maestro y todos vosotros sois hermanos

Labor Hospitalaria inicia otra nueva etapa en varias vertientes, cambios en la dirección e incorporación a la **Provincia San Juan de Dios de España**, que acaba de constituirse manifestando de esta manera cuanto nos une en la Hospitalidad.

Desde estos dos ángulos es preciso manifestar agradecimiento a los responsables de la Orden Hospitalaria por la confianza depositada en el nuevo equipo directivo y en la valoración que se tiene de la línea editorial de esta revista de solera que está sembrando doctrina desde 1948 en los ámbitos de la Humanización, Pastoral y Ética de la Salud y Social.

Lo primero en esta presentación es agradecer a cuantos han participado en la dirección y equipos de coordinación de la revista. Pero, por no resultar prolijos, el más sincero agradecimiento a su anterior director, monseñor **José Luis Redrado O.H.** que, heredado de sus predecesores, ha mantenido un alto nivel de calidad y especialización con las aportaciones

doctrinales y de opinión, sabiendo encarnar y transmitir el valor de la Hospitalidad como servicio a la sociedad. Esperemos estar a su altura o, al menos, parecernos en algo.

Gracias a cuantos han participado coordinando temas relacionados tanto sobre la Pastoral como sobre la Ética o Bioética, así como sobre la Humanización. Es de valorar el gran esfuerzo que han realizado para tener al día cada uno de los números que puntualmente han sido publicados. Gracias por la búsqueda de colaboradores que se han prestado a reflexionar, consultar y plasmar por escrito cuanto se ha ido dando a conocer a lo largo de cada año de vida de esta publicación.

Agradecimiento también a cuantos han formado parte de Consejo Asesor y que han sabido pautar, orientar y hacer sus sugerencias a la dirección, de manera crítica e intentando con sus aportaciones la mejora continua de esta publicación señera en temas punteros y específicos que hacen referencia a la asistencia continua de los cuidados integrales.

Este apartado de agradecimientos, manifestar la satisfacción por la disponibilidad de cuantos han accedido a formar parte de la aventura editorial en esta nueva etapa y que aparecen reflejados en los Créditos que se publican al inicio de la revista, tanto al Consejo de Redacción con sus Coordinadores como a los miembros del Consejo Asesor.

No acabaríamos de agradecer a los numerosos autores que han hecho realidad con sus opiniones cuanto se ha reflejado en las páginas de **Labor Hospitalaria** a lo largo de los últimos años de la anterior etapa.

Y, en segundo lugar, sin pretender cambiar la línea editorial, sí hay que dejar constancia de la importancia que esta publicación desea tener, al pasar a formar parte de la ampliación de su ámbito territorial y asumir el reto de integrarse en la unidad editorial de la **Provincia San Juan de Dios de España**, al menos de implicación

estatal y con guiños a avanzar en el ámbito internacional como es la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

En este punto y, como pertenecientes a la Provincia unificada, adoptamos en el aspecto externo de edición, el logo institucional general, así como los colores corporativos que incorporamos en el diseño en las diferentes páginas. Por lo demás seguimos con las mismas secciones de reflexiones doctrinales y orientativas, experiencias que captamos de nuestra acción directa en diversos ámbitos de actuación y aportando los recursos que nos puedan ayudar a encarnar de manera práctica en cada uno de los números que vayamos editando.

No se pretende ser ambiciosos, sino saber aprovechar todos los recursos, toda la experiencia acumulada a lo largo de tantos años, para, al menos intentar, que las sinergias confluyan en pro de la Humanización, la Pastoral y la Bioética de la Salud y Social en beneficio de la evangelización, en coordinación con la Iglesia local y universal e incluso abriendo caminos fraterizos para ir desempolvando temas de antaño y situarlos con un lenguaje adecuadamente puesto al día, según los contextos sociales que nos ha tocado vivir e iluminar, sabiendo los riesgos que se pueden correr cuando nos aproximamos a dar respuestas a las inquietudes reales de los profesionales y de las personas que sufren. Es otro nuevo reto.

No queremos ser maestros de nadie, pues todos somos hermanos, sino que pretendemos acompañar, sufrir de cerca con aquellos que sufren y pueden estar en condiciones de marginación y buscan luces que iluminen su actuar por los caminos de la vida real.

Tampoco vamos a teorizar, pues ya tenemos mucha doctrina, sino encarnarnos con la realidad de quienes buscan soluciones y no las encuentran porque, en ocasiones las trabas institucionales pueden frenar muchas iniciativas de vanguardia. Pudiera ser un condicionante, aunque deseamos sentirnos libres en nuestras ma-

nifestaciones. Sería deseable que este vehículo editorial impreso y digital pudiera constituirse en altavoz de tantas inquietudes que la Orden Hospitalaria tiene desde los diversos ámbitos de su asistencia integral: bioética, personas con discapacidad, pastoral...

Cuidémonos mutuamente, ha rezado el lema de la Campaña del enfermo 2021 y así queda reflejado en la aportación, en formato de experiencia, que nos llega de la Delegación para la Pastoral de la CEE y difundido de manera virtual el día 13 de febrero, en torno a la celebración de la Virgen de Lourdes. La Campaña de este año se dará por concluida el próximo VI Domingo de Pascua.

En este marco se desarrollan los temas de este número de **Labor Hospitalaria**, destacando: el *MENSAJE DEL PAPA JME 2021* y la reflexión sobre la antropología de la fraternidad; la enfermedad, como espacio de fraternidad, destacando la relación interpersonal de confianza, como fundamento de la atención integral. Todo lo cual nos exige la necesidad de una formación adecuada de los profesionales de la salud para lograr una atención holística que nos ayude a estar vigilantes en cuanto respecta a la ética entre el “**encuentro**” y el “**cuidado**”. Todo lo cual queda enmarcado en la actuación de la Iglesia en su misión samaritana. Las **EXPERIENCIAS** y **RECURSOS** aportados giran alrededor de esta misma temática proporcionando una información y documentación dignas de quienes se aproximen a la lectura de los contenidos.

Habremos de tomar consciencia de la mutua responsabilidad y la necesidad de cuidarnos y acompañar la soledad en tiempos difíciles como los que estamos pasando, siendo creativos para llegar a fomentar la relación interpersonal de confianza como fundamento de la atención integral al enfermo y necesitado.

Y cuando no podamos curar, siempre podremos cuidar. En ello estaremos presentes.

Hno. Calixto Plumed,
Director

*Mensaje del
Papa Francisco
para la XXIX
Jornada Mundial
del Enfermo.
11 de febrero de 2021*



Queridos hermanos y hermanas:

La celebración de la **29ª Jornada Mundial del Enfermo**, que tendrá lugar el 11 de febrero de 2021, memoria de la Bienaventurada Virgen María de Lourdes, es un momento propicio para brindar una atención especial a las personas enfermas y a quienes cuidan de ellas, tanto en los lugares destinados a su asistencia como en el seno de las familias y las comunidades.

Pienso, en particular, en quienes sufren en todo el mundo los efectos de la pandemia del coronavirus. A todos, especialmente a los más pobres y marginados, les expreso mi cercanía espiritual, al mismo tiempo que les aseguro la solicitud y el afecto de la Iglesia.

1. El tema de esta Jornada se inspira en el pasaje evangélico en el que Jesús critica la hipocresía de quienes dicen, pero no hacen (**cf. Mt 23,1-12**). Cuando la fe se limita a ejercicios verbales estériles, sin involucrarse en la historia y las necesidades del prójimo, la coherencia entre el credo profesado y la vida real se debilita. El riesgo es grave; por este motivo, Jesús usa expresiones fuertes, para advertirnos del peligro de caer en la idolatría de

Nosotros mismos, y afirma: **“Uno solo es vuestro maestro y todos vosotros sois hermanos” (v. 8)**. La crítica que Jesús dirige a quienes **“dicen, pero no hacen” (v. 3)** es beneficiosa, siempre y para todos, porque nadie es inmune al mal de la hipocresía, un mal muy grave, cuyo efecto es impedirnos florecer como hijos del único Padre, llamados a vivir una fraternidad universal.

Ante la condición de necesidad de un hermano o una hermana, Jesús nos muestra un modelo de comportamiento totalmente opuesto a la hipocresía. Propone detenerse, escuchar, establecer una relación directa y personal con el otro, sentir empatía y conmoción por él o por ella, dejarse involucrar en su sufrimiento hasta llegar a hacerse cargo de él por medio del servicio (**cf. Lc 10,30-35**).

2. La experiencia de la enfermedad hace que sintamos nuestra propia vulnerabilidad y, al mismo tiempo, la necesidad innata del otro. Nuestra condición de criaturas se vuelve aún más nítida y experimentamos de modo evidente nuestra dependencia de Dios. Efectivamente, cuando estamos enfermos, la incertidumbre, el temor y a veces la consternación, se apoderan de la mente y del corazón; nos encontramos en una situación de impotencia, porque nuestra salud no depende de nuestras capacidades o de que nos **“angustiamos” (cf. Mt 6,27)**.

La enfermedad impone una pregunta por el sentido, que en la fe se dirige a Dios; una pregunta que busca un nuevo significado y una nueva dirección para la existencia, y que a veces puede ser que no encuentre una respuesta inmediata. Nuestros mismos amigos y familiares no siempre pueden ayudarnos en esta búsqueda trabajosa.

A este respecto, la figura bíblica de Job es emblemática. Su mujer y sus amigos no son capaces de acompañarlo en su desventura, es más, lo acusan aumentando en él la soledad y el desconcierto. Job cae en un estado de

abandono e incomprensión. Pero precisamente por medio de esta extrema fragilidad, rechazando toda hipocresía y eligiendo el camino de la sinceridad con Dios y con los demás, hace llegar su grito insistente a Dios, que al final responde, abriéndole un nuevo horizonte. Le confirma que su sufrimiento no es una condena o un castigo, tampoco es un estado de lejanía de Dios o un signo de su indiferencia. Así, del corazón herido y sanado de Job, brota esa conmovida declaración al Señor, que resuena con energía: **“Te conocía sólo de oídas, pero ahora te han visto mis ojos” (42,5).**

3. La enfermedad siempre tiene un rostro, incluso más de uno: tiene el rostro de cada enfermo y enferma, también de quienes se sienten ignorados, excluidos, víctimas de injusticias sociales que niegan sus derechos fundamentales (cf. **Carta enc. Fratelli tutti, 22**). La pandemia actual ha sacado a la luz numerosas insuficiencias de los sistemas sanitarios y carencias en la atención de las personas enfermas. Los ancianos, los más débiles y vulnerables no siempre tienen garantizado el acceso a los tratamientos, y no siempre es de manera equitativa. Esto depende de las decisiones políticas, del modo de administrar los recursos y del compromiso de quienes ocupan cargos de responsabilidad. Invertir recursos en el cuidado y la atención a las personas enfermas es una prioridad vinculada a un principio: la salud es un bien común primario. Al mismo tiempo, la pandemia ha puesto también de relieve la entrega y la generosidad de agentes sanitarios, voluntarios, trabajadores y trabajadoras, sacerdotes,

religiosos y religiosas que, con profesionalidad, abnegación, sentido de responsabilidad y amor al prójimo han ayudado, cuidado, consolado y servido a tantos enfermos y a sus familiares. Una multitud silenciosa de hombres y mujeres que han decidido mirar esos rostros, haciéndose cargo de las heridas de los pacientes, que sentían prójimos por el hecho de pertenecer a la misma familia humana.

La cercanía, de hecho, es un bálsamo muy valioso, que brinda apoyo y consuelo a quien sufre en la enfermedad. Como cristianos, vivimos la proximidad como expresión del amor de Jesucristo, el buen Samaritano, que con compasión se ha hecho cercano a todo ser humano, herido por el pecado. Unidos a Él por la acción del Espíritu Santo, estamos llamados a ser misericordiosos como el Padre y a amar, en particular, a los hermanos enfermos, débiles y que sufren (cf. **Jn 13,34-35**). Y vivimos esta cercanía, no sólo de manera personal, sino también de forma comunitaria: en efecto, el amor fraterno en Cristo genera una comunidad capaz de sanar, que no abandona a nadie, que incluye y acoge sobre todo a los más frágiles.

A este respecto, deseo recordar la importancia de la solidaridad fraterna, que se expresa de modo concreto en el servicio y que puede asumir formas muy diferentes, todas orientadas a sostener al prójimo. **“Servir significa cuidar a los frágiles de nuestras familias, de nuestra sociedad, de nuestro pueblo” (Homilía en La Habana, 20 septiembre 2015).**

En este compromiso cada uno es capaz de **“dejar de lado sus búsquedas, afanes, deseos**

de omnipotencia ante la mirada concreta de los más frágiles. [...] El servicio siempre mira el rostro del hermano, toca su carne, siente su proximidad y hasta en algunos casos la “padece” y busca la promoción del hermano. Por eso nunca el servicio es ideológico, ya que no se sirve a ideas, sino que se sirve a personas” (ibíd.).

4. Para que haya una buena terapia, es decisivo el aspecto relacional, mediante el que se puede adoptar un enfoque holístico hacia la persona enferma. Dar valor a este aspecto también ayuda a los médicos, los enfermeros, los profesionales y los voluntarios a hacerse cargo de aquellos que sufren para acompañarles en un camino de curación, gracias a una relación interpersonal de confianza (cf. **Nueva Carta de los agentes sanitarios [2016], 4**). Se trata, por lo tanto, de establecer un pacto entre los necesitados de cuidados y quienes los cuidan; un pacto basado en la confianza y el respeto mutuos, en la sinceridad, en la disponibilidad, para superar toda barrera defensiva, poner en el centro la dignidad del enfermo, tutelar la profesionalidad de los agentes sanitarios y mantener una buena relación con las familias de los pacientes.

Precisamente esta relación con la persona enferma encuentra una fuente inagotable de motivación y de fuerza en la caridad de Cristo, como demuestra el testimonio milenar de hombres y mujeres que se han santificado sirviendo a los enfermos. En efecto, del misterio de la muerte y resurrección de Cristo brota el amor que puede dar un sentido pleno tanto a la condición

del paciente como a la de quien cuida de él.

El Evangelio lo testimonia muchas veces, mostrando que las curaciones que hacía Jesús nunca son gestos mágicos, sino que siempre son fruto de un encuentro, de una relación interpersonal, en la que al don de Dios que ofrece Jesús le corresponde la fe de quien lo acoge, como resume la palabra que Jesús repite a menudo: “**Tu fe te ha salvado**”.

5. Queridos hermanos y hermanas: El mandamiento del amor, que Jesús dejó a sus discípulos, también encuentra una realización concreta en la relación con los enfermos. Una sociedad es tanto más humana cuanto más sabe cuidar a sus miembros frágiles y que más sufren, y sabe hacerlo con eficiencia animada por el amor fraterno. Caminemos hacia esta meta, procurando que nadie se quede solo, que nadie se sienta excluido ni abandonado.

Le encomiendo a **María**, Madre de misericordia y Salud de los enfermos, todas las personas enfermas, los agentes sanitarios y quienes se prodigan al lado de los que sufren. Que Ella, desde la Gruta de Lourdes y desde los innumerables santuarios que se le han dedicado en todo el mundo, sostenga nuestra fe y nuestra esperanza, y nos ayude a cuidarnos unos a otros con amor fraterno. A todos y cada uno les imparto de corazón mi bendición.

Francisco





01/

Apuntes de antropología bíblica de la fraternidad en tiempos de pandemia por COVID-19.

Juan Luis de León Azcárate,

Profesor titular de Sagrada Escritura.

Facultad de Teología. Universidad de Deusto.

co-Director del "Experto en Humanización de la salud

y acompañamiento espiritual en los ámbitos social y sanitario".

Facultad de Teología. Universidad de Deusto.

La pandemia de COVID-19 que desde hace al menos un año azota al mundo está mostrando, además de la propia fragilidad humana, que los seres humanos estamos estrechamente relacionados y nos necesitamos mutuamente, incluso aquellos que han optado por una vida más individualista o misántropa. Sin el concurso y responsabilidad mutua de todos no será posible superar esta grave crisis.

Esta necesidad de mutualidad y solidaridad que la pandemia ha evidenciado con toda su crudeza ya era reconocida en la antropología bíblica y se expresa en un término muy querido de la teología cristiana que el Papa Francisco ha puesto de actualidad en su última encíclica "*Fratelli tutti*" (2020): fraternidad.

El artículo presenta tres hitos que ilustran este concepto a lo largo de la Biblia: la humanidad hermanada en dignidad, el pueblo de Israel como un pueblo de hermanos y la nueva fraternidad inaugurada por Jesús de Nazaret.

Palabras clave: fraternidad, antropología, Biblia, salud, COVID-19.

The COVID-19 pandemic that has plagued the world for at least a year is showing, in addition to human fragility itself, that human beings are closely related and need each other, even those who have opted for a more individualistic or misanthropic life.

Without the cooperation and mutual responsibility of all, it will not be possible to overcome this serious crisis. This need for mutuality and solidarity that the pandemic has demonstrated in all its harshness was already recognized in biblical anthropology and is expressed in a term much loved by christian theology that Pope Francis has made current in his last encyclical "Fratelli tutti" (2020): fraternity. The article presents three milestones that illustrate this concept throughout the Bible: humanity twinned in dignity, the people of Israel as a people of brothers, and the new brotherhood inaugurated by Jesus of Nazareth.

Key words: Fraternity, Anthropology, Bible, Health, COVID-19.

1/

Una humanidad hermanada en dignidad.

El relato de **Gn 1,1-2,3**, perteneciente a la tradición sacerdotal del Pentateuco o Torá, muestra el plan divino originario para la humanidad. No hay que leer este relato de creación, cuyo género literario es el mito-poético, como una descripción del origen y proceso de formación del universo, sino como un relato que quiere enseñar, en clave religiosa o teológica, cómo deben ser las relaciones entre Dios, los seres humanos y el mundo.

En él se describe el universo como una realidad totalmente buena para el beneficio de todos los seres humanos, creados a imagen y semejanza de Dios (**Ruíz de la Peña, 19963^a**), sin distinción alguna por raza, sexo, origen ni estatus social. Lo humano es tan próximo a Dios, casi tan íntimo, que hace exclamar al salmista, sorprendido y maravillado:

“¿Qué es el hombre para que te acuerdes de él, el hijo de Adán para que de él te cuides? Apenas inferior a un dios lo hiciste, coronándolo de gloria y esplendor” (Sal 8,5-6).

Todo es creado para el bienestar pleno de toda la humanidad, sin excepciones, en un marco equilibrado de respeto hacia el resto de creaturas (**cf. Gn 1,30**). El proyecto divino presupone una humanidad hermanada en dignidad en un mundo armónico y sostenible, lo que conlleva implícitamente una corresponsabilidad ética entre todos los seres humanos. **Malaquías (en hebreo, “mi mensajero”)**, profeta anónimo de los siglos V o IV a. C., vislumbró las consecuencias de esta creación del ser humano:

**“¿No tenemos todos un mismo Padre?
¿No nos ha creado el mismo Dios?
¿Por qué entonces nos traicionamos
unos a otros, profanando la alianza
de nuestros padres?” (Mal 2,10).**

Que, desde un punto de vista bíblico y teológico, los seres humanos están llamados a ser humanos entre sí lo muestra, aunque de modo antitético, el relato del asesinato de **Abel** por **Caín (Gn 4,1-16)**. El primer episodio de violencia que se relata en la Biblia canónica es, precisamente, un fratricidio. El primer homicidio viola la vocación humana a la fraternidad. Toda violencia entre humanos resulta ser una violencia entre hermanos y, por tanto, deshumanizante. La pregunta de **Yahvé** a **Caín** tras el asesinato,

“¿Dónde está tu hermano Abel?” (Gn 4,9),

resuena como una llamada constante a los hombres y mujeres de todos los tiempos a ser hermanos entre sí y a preocuparse unos de otros. En definitiva, una llamada a la fraternidad universal.

Desde una perspectiva sociosanitaria, puede decirse que el proyecto divino para la humanidad es íntegramente sano y saludable.

En la tradición hebrea el término shalom (“paz”) es el que mejor designa este bienestar integral de la persona. A diferencia de la visión popular occidental, que entiende la paz como ausencia de conflictos, sean estos familiares, sociales o políticos, la mentalidad semítica en general entiende la paz desde una perspectiva más amplia y positiva.

La raíz **šlm**, de la que deriva shalom, significa “estar completo/integro”, “estar colmado”. Cuando un israelita usaba el término shalom estaba deseando a la otra persona una plenitud en todos los ámbitos (personales y sociales): salud, bienestar, felicidad, prosperidad; en definitiva, la “plenitud” de la vida humana. Para el antiguo Israel, Dios es la principal fuente de salud:

“Porque yo soy Yahvé, el que te sana”
(Ex 15,26; cf. Dt 32,39; Brown, 1995; De León, 2011).

Los profetas esperan que en un futuro utópico Yahvé haga desaparecer toda enfermedad (cf. Is 29,18; 35,5-6; Olyan, 2008, 85-89).

El hermanamiento en dignidad no se limita únicamente a los individuos. En la Biblia pueden encontrarse referencias que apuntan a un ideal de hermanamiento entre los pueblos y naciones, pese a que la historia de Israel y de las primeras comunidades cristianas estuvo afectada por el sometimiento a potencias imperiales, y a que incluso algunos textos bíblicos muestran cierto rechazo a otros pueblos debido a conflictos históricos. Así, la genealogía de **Gn 10** presenta a los pueblos emparentadas entre sí en un mismo árbol genealógico, el de los descendientes de Noé, todos en un plano de igualdad. En **Dt 32,8** se afirma que Dios

“Fijó las fronteras de los pueblos, según el número de los hijos de Dios”,

de modo que ningún pueblo puede pretender ampliar su territorio a costa de otro. Una velada crítica a los imperialismos expansionistas. El reconocimiento de la igual dignidad de las personas se extiende así a los pueblos y naciones. Esta visión bíblico-teológica de la humanidad tiene consecuencias para el ámbito sanitario. El actual contexto de pandemia por COVID-19, pese al gran esfuerzo realizado por los líderes y seguidores de las grandes religiones en favor de los más vulnerables (De León, 2020), está provocando el aumento de desigualdades, de modo especial en los países en desarrollo (Ferrer, 2020; Valente, 2020) en los que

“Se están multiplicando la precariedad, la exclusión y la desigualdad”
(Alboan, octubre 2020),

pero también en los desarrollados como el nuestro donde los colectivos más afectados por esta creciente desigualdad son los formados por las personas más jóvenes, las de menos ingresos y las inmigrantes (Caixabank Research, noviembre 2020).

La proclama bíblica a favor de la igual dignidad de personas y pueblos debiera ser una firme llamada a las instituciones y organismos, nacionales e internacionales, para que se comprometan a mejorar la sanidad de los países más vulnerables y garantizar que las vacunas contra la COVID-19 puedan ser accesibles a todos,

“De manera justa y equitativa, dando prioridad a los más necesitados”
(Comisión Covid-19 del Vaticano y Academia Pontificia para la Vida, 29 de diciembre 2020).

El director de la Organización Mundial de la Salud, Tedros Adhanom Ghebreyesus, denunció

LH n.329

recientemente la dispar situación en relación a las vacunas y ha advertido que

“El mundo está al borde de un fracaso moral catastrófico”
(Redacción BBC News
Mundo, 19 de enero 2021).

2/

Israel, pueblo de hermanos.

El pueblo de Israel explica sus orígenes desde dos narrativas diferentes que, sin embargo, quedan unidas en los relatos bíblicos: Israel como descendiente de **Abrahán (historia de los patriarcas; Gn 12-50)** e Israel como pueblo oprimido en Egipto y liberado por Yahvé (**Ex 1-15**). En ambas podemos ver visos de fraternidad. En los relatos patriarcales el origen de Israel se explica a través de la historia de una familia cuyo patriarca fundacional es Abrahán, y que va creciendo en medio de muchas dificultades hasta convertirse en un gran pueblo. Pero los protagonistas de esta familia no son sólo individuos. Representan a pueblos; así, por ejemplo, los hijos de Jacob resultan ser epónimos de las tribus de Israel, y Jacob representa al pueblo de Israel como su hermano **Esau** al pueblo de Edom.

Las historias patriarcales describen los orígenes de Israel y de los pueblos vecinos con los que históricamente ha tenido relaciones como la historia de una gran familia en la que todos estaban emparentados desde sus orígenes.

Relatos que muestran la ambigüedad y tensiones de las relaciones intrafamiliares, pero que invitan

a la generosidad (**la de Abrahán con Lot; Gn 13**) y a la reconciliación (**la de Jacob y Esau, Gn 33; la de José y sus hermanos, Gn 37-50**); en definitiva, a la **solidaridad y fraternidad (Alonso-Schökel, 19973^a)**.

La otra narrativa sobre los orígenes de Israel extiende la fraternidad al ámbito social y político. La liberación y salida de Egipto tiene como objetivo la constitución de una nueva forma de sociedad, totalmente diferente a la que había sufrido la opresión. Debía ser descentralizada y sin clases sociales. Pero en el siglo IX a. C. se manifiesta una gran diferencia entre ricos y pobres, que va en aumento en el siglo VIII hasta convertirse en uno de los problemas más graves del período monárquico, denunciado por los profetas de Israel (**Sicre, 1984, 72-83**).

Ante esta situación, la reforma deuteronomíca abogará por una sociedad solidaria, igualitaria y sin pobres que se constituye como un “pueblo de hermanos” (**García López, 2012, 75-79; Pontificia Comisión Bíblica, 2020, nn. 242-245; Wolff, 1975, 249-254**), como dan muestra de ello los denominados textos de “fraternidad” del Deuteronomio, así llamados por la aparición en ellos de la expresión “**tu hermano**” (cf. **Dt 13,7; 15,3-12...**). Ni el rey puede considerarse superior a sus “hermanos” (cf. **Dt 17,20**). Según la tradición sacerdotal, al hermano-prójimo no hay que odiarlo sino amarlo como a uno mismo (**Lv 19,17-18**). De trasfondo está un Dios que ama no únicamente a los miembros de su pueblo Israel, y de modo especial a los más vulnerables de la sociedad de la época (el pobre, el huérfano y la viuda), sino también a los forasteros que residen en él:

“Porque Yahvé vuestro Dios es el Dios (...) que hace justicia al huérfano y a la viuda, que ama al forastero y le da pan y vestido. (Amaréis al forastero, porque forasteros fuisteis vosotros en el país de Egipto.)” (**Dt 10,17-19**).

Con Jesús se inaugura una nueva forma de fraternidad. Más allá del parentesco biológico, los auténticos “hermanos” de Jesús son aquellos que oyen y cumplen la palabra de Dios

Este amor exige no hacer acepción de personas, sean israelitas o forasteros residentes **(Dt 1,16-17)**.

Sin embargo, como sucede con la historia humana, no siempre Israel pudo hacer realidad este proyecto. Las incoherencias de la política nacional y las invasiones imperiales lo impidieron.

3/

Jesús, sanador para una comunidad y sociedad fraternas e inclusivas.

El proyecto de fraternidad del antiguo pueblo de Israel se enriquece y amplía, con Jesús de Nazaret, a toda la humanidad. Con Jesús se inaugura una nueva forma de fraternidad. Más allá del parentesco biológico, los auténticos “hermanos” de Jesús son aquellos que oyen y cumplen la palabra de Dios **(Mc 3,31-35; Mt 12,46-50; Lc 8,19-21)**. Llama a los discípulos “hermanos” porque son hijos del mismo Padre celestial **(Mt 23,8-9; cf. Jn 20,17)**.

La soberanía de Dios está orientada hacia la fraternidad y la justicia. En el relato del **Juicio Final (Mt 25,31-46)**, Jesús subvierte las imágenes del poder imperial y del honor de la época al identificar al Hijo del hombre con los necesitados y vulnerables a los que llama “hermanos míos” **(Mt 25,40)**.

La única pauta para acceder al Reino de los Cielos es el comportamiento tenido con estas personas desprovistas de todo honor. Jesús subraya la necesidad de, antes que realizar cualquier ofrenda a Dios, reconciliarse con el “hermano” al que se ha ofendido **(Mt 5,23-24)**.

Según los evangelios, Jesús realizó hechos extraordinarios entre los que destacaban curaciones a personas con distintas enfermedades. En sus acciones sanadoras, Jesús toca o se deja tocar incluso por aquellos enfermos que social y religiosamente eran considerados impuros, como los “leprosos” **(Mc 1,41; Mt 8,3; Lc 5,13)**, la hemorroísa **(Mc 5,27-28)** o la hija de la mujer sirofenicia **(Mc 7,24-30; Mt 15,21-28)**, una extranjera pagana. Estas sanaciones de Jesús van más allá del ámbito estrictamente sanitario.

Son signos del Reino de Dios. Jesús no restituye únicamente la salud física, individual. En la visión cultural de la época, la enfermedad era no sólo una disfunción física **(Pilch, 2000)**.

Afectaba a la vida social y religiosa del enfermo, muchas veces de forma negativa, dado que podía verse rechazado social e incluso religiosamente. De ahí que Jesús no solo cura la enfermedad, sino que en varias ocasiones acaba diciendo:



“Tu fe te ha salvado, vete en paz”
(Mc 5,34; Lc 8,48; Mc 10,52; Lc 7,50; 17,19).

Se trata de la misma shalom (en griego, eirene) de la tradición judía. En Jesús parecen cumplirse las esperanzas escatológicas de los profetas que esperaban que Yahvé hiciera desaparecer toda enfermedad:



“Los ciegos ven y los cojos andan, los leprosos quedan limpios y los sordos oyen, los muertos resucitan y se anuncia a los pobres la Buena Nueva”
(Mt 11,5; cf. Lc 4,18).

Las acciones sanadoras de Jesús enseñan que la presencia de Dios en el mundo **(cf. Lc 11,20)** se manifiesta de modo especial en la compasión con los pobres y oprimidos **(Schlosser, 2005)**,

LH n.329

131-148; Smiles, 2020), a la vez que muestran cómo de inclusiva debe ser una sociedad que asume los valores del Reino de Dios.

Una sociedad nueva, más sana y fraterna, en la que nadie sea estigmatizado por falta de salud o por prejuicios sociales y religiosos, en la que

“Los últimos serán los primeros” (Mt 20,16).

La parábola del buen samaritano (**Lc 10,29-37**), que rompe los esquemas religiosos judíos de la época, es un claro ejemplo de superación de estos prejuicios.

Tras la muerte y resurrección de Jesús, el apelativo **“hermano”** se hace corriente entre los primeros cristianos, que intentan vivir como tales compartiendo todo (**Hch 2,42.46**). Pablo exhorta a los cristianos a amarse mutuamente (**Rom 12,10; 1 Tes 4,9-10**), siendo **“uno en Jesús” (Gal 3,28)** y **“Cristo en todos” (Col 3,11)**. Una fraternidad para la libertad:

“Para ser libres nos ha liberado Cristo... Vosotros, hermanos, habéis sido llamados a la libertad” (Gal 5,1.13).

La Primera Carta de Juan resume las exigencias de esta solidaridad fraterna en el amor mutuo, incluso entregando la vida por el hermano (**1 Jn 1,9-10; 3,11-16**), y la Primera Carta de Pedro define a la Iglesia como **“fraternidad” (adelphotés; 1 Ped 2,17; 5,9)**.

Esta vida fraterna lleva a la solidaridad con los enfermos. En la época del Imperio romano la responsabilidad de la salud era un asunto privado o familiar, salvo que afectara a la administración: los médicos eran necesarios para servir al ejército y actuar como peritos en casos de asesinato o lesión grave.

Sin embargo, esto no fue así en las comunidades cristianas, preocupadas por la salud y el bienestar de todos sus miembros (**Nutton, 2013^a, 27**).

La acogida inclusiva por parte de los cristianos a todo tipo de enfermos, incluidos los apesados con los que en ocasiones entraban en contacto físico siguiendo el ejemplo de Jesús, pudo verse como una amenaza pública al facilitar la transmisión de las enfermedades, sobre todo en una época en la que las pandemias solían ser devastadoras, pero era un ejemplo de cuidado y empatía hacia los más vulnerables y desfavorecidos que sigue siendo necesario hoy (**Dube, 2020**).

4/

A modo de conclusión.

En definitiva, desde la perspectiva de Jesús, vivir como hijos del Padre supone amar y ver a los demás como hermanos, lo cual conlleva capacidad de compasión y solidaridad, y de perdón e indignación ante la injusticia. En la medida que se viva esto, se recupera la humanidad, que se reconoce fraterna, amada y salvada por Dios, y el Reino de Dios se hace realidad (**Arens, 2011, 240**).

Ver a los demás como hermanos o prójimos no es fácil, sobre todo cuando están lejos y no hay trato personal, máxime en un contexto de pandemia como el actual en el que al **“otro”**, enfermo o no, se mira a veces con sospecha y precaución por miedo al contagio. Sin embargo, el cristiano, la comunidad cristiana en su conjunto, debe salir al encuentro del que sufre, del enfermo, de la persona vulnerable; incluso, salvando las debidas medidas profilácticas, del enfermo por COVID-19 al que en ocasiones se estigmatiza y culpabiliza por su supuesta irresponsabilidad.

En este sentido, los profesionales de la salud, creyentes o no, son un ejemplo del ideal de fraternidad. Trabajan para todas las personas, aun sin conocerlas, sin hacer distinción, sin juzgarlas. Este trato humanitario e igualitario puede verse como un anticipo de esa plena fraternidad que el mensaje cristiano invita a construir. Gracias a todos ellos por su abnegada labor y ejemplo.

Bibliografía

▶ **Alboan ONG Jesuita Fundazioa (octubre 2020).**

“Informe Covid-19 y la creciente desigualdad global”.
<https://www.alboan.org/es>

▶ **Alonso-Schökel, L. (19973^a).**

“¿Dónde está tu hermano?”.
 Textos de fraternidad en el libro del Génesis.
 Estella: Verbo Divino.

▶ **Arens, E. (2011). Adam.**

Un ensayo de antropología bíblica.
 Lima: Centro de Estudios y Publicaciones-
 Paulinas-Universidad Antonio Ruíz de
 Montoya.

▶ **Brown, M. L. (1995).**

Israel's Divine Healer.
 Grand Rapids (MI): Zondervan.

▶ **Caixabank Research (noviembre 2020).**

“Dossier: El impacto de la Covid-19 en la desigualdad en España”.
 Informe Mensual, 450, 29-40.
<https://www.caixabankresearch.com/es/informe-mensual/450/noviembre-2020/impacto-covid-19-desigualdad-espana>

▶ **Comisión Covid-19 del Vaticano y Academia Pontificia para la Vida (29 de diciembre 2020).**

“Vacuna para todos. 20 puntos para un mundo más justo y sano”.
 Ciudad del Vaticano. Libreria Editrice Vaticana. Recuperado de: <https://es.zenit.org/2020/12/29/vaticano-vacunas-nota-vacunas-covid-19/>

▶ **De León Azcárate, J. L. (2011).**

“Yo soy Yahvé, el que te sana’ (Ex 15,26): enfermedad y salud en la Torá”.
 Theologica Xaveriana, 61, 65-96.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/toexaveriana/article/view/9360>

▶ **De León Azcárate, J. L. (2020).**

“Grandes religiones y nuevos movimientos religiosos ante la pandemia de Covid-19”.
 Yachaq, 3, 1-18. DOI:
<https://doi.org/10.46363/yachaq.v3i1.117>

▶ **Dube, Z. (2020).**

“Jesus: The infected healer and infectious community- Liminality and creative rituals in the Jesus community in view of COVID-19”.
 HTS Theologies Studies/Theological Studies, 76, 1-6.

Ferrer, J. J. (2020).

Pandemia e inequidad en América Latina.

En Amo Usanos, R.- De Montalvo

Jääskeläinen, F. (eds.) (2020) 377-392.

La humanidad puesta a prueba.

Bioética y COVID-19.

Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Francisco (2020).

Carta Encíclica "Fratelli tutti"

sobre la fraternidad y la amistad social.

Ciudad del Vaticano:

Libreria Editrice Vaticana.

http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html

García López, F. (2012).

La Torá. Escritos sobre el Pentateuco.

Estella: Verbo Divino.

Nutton, V. (2013^{2a}).

Ancient Medicine. Roudedge: London-New York.

Olyan, S. M. (2008).

Disability in the Hebrew Bible.

Interpreting Mental and Physical

Differences. Cambridge: Cambridge

University Press.

Pilch, J. J. (2000).

Healing in the New Testament.

Insights from Medical and Mediterranean

Anthropology. Minneapolis: Fortress Press.

Pontificia Comisión Bíblica (2020).

"¿Qué es el hombre (Sal 4,5)?"

Un itinerario de antropología bíblica.

Madrid: BAC.

Redacción BBC News Mundo

(19 de enero 2021).

Vacuna contra el coronavirus:

*la OMS advierte que el mundo está al
borde de un "fracaso moral catastrófico".*

Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55712748>

Ruíz de la Peña, J. L. (1996^{3a}).

Imagen de Dios.

Antropología teológica fundamental.

Santander: Sal Terrae.

Schossler, J. (2005).

Jesús, el profeta de Galilea.

Salamanca: Ediciones Sígueme.

Sicre, J. L. (1984).

"Con los pobres de la tierra".

La justicia social en los profetas de Israel.

Madrid: Cristiandad.

Smiles, V. (2020).

*"Understanding Jesus as Healer and Exorcist
within the Context of Modern Faith".*

Bible Today, 249-257.

Valente Fumo, F. (2020).

Salgo a la calle y muero de la COVID-19

o me quedo en casa y muero de hambre:

Impacto del coronavirus en África.

En Amo Usanos, R.- De Montalvo

Jääskeläinen, F. (eds.) (2020) 393-405.

La humanidad puesta a prueba.

Bioética y COVID-19.

Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Wolff, H. W. (1975).

Antropología del Antiguo Testamento.

Salamanca: Ediciones Sígueme.







02/

La enfermedad espacio de fraternidad posible.

Margarita Saldaña Mostajo¹,

Licenciada en Periodismo y Teología Dogmática.

Miembro de la familia espiritual de Carlos de Foucauld.

La autora nos muestra la figura de Jesús para acercarnos al concepto de fraternidad a través de sus discípulos. De la experiencia compartida en el encuentro del Maestro con sus discípulos, desemboca la construcción de la fraternidad.

Una fraternidad que en tiempos de dificultad, como el que estamos viviendo durante la pandemia, se hace más patente. La pandemia nos ha revelado que somos mucho más vulnerables de lo que creíamos, y esta vulnerabilidad compartida se transforma en lugar de encuentro entre todos los seres humanos del planeta.

Cuando la enfermedad se presenta sin llamar a nuestra puerta o a la de nuestros seres queridos, nos sentimos, a la vez, desamparados y vinculados de una manera nueva y aún más profunda. La enfermedad, aunque cierra muchas posibilidades, abre ciertos espacios en los cuales es posible “sentir y gustar internamente” que somos hermanas y hermanos. La enfermedad, paradójicamente, puede vivirse como espacio de fraternidad.

Palabras clave: Fraternidad, Cuidado, Hermano, Vulnerable.

Author shows us the figures of Jesus and his disciples to approach the concept of fraternity. From the shared experience of the encounter between the Master and his disciples, the construction of fraternity rises.

A fraternity that is more evidenced in troubled times, such as those we are living with the COVID pandemic. The pandemic revealed that we are more vulnerable than we thought, and this shared vulnerability becomes a meeting place among all human beings.

When illness appears without knocking at our or our loved ones' door, we feel forsaken and, at the same time, linked in a new and deeper way. Despite illness closes lots of possibilities, it opens certain spaces to “internally feel and like” that we are brothers and sisters. So, paradoxically, illness can be lived as a fraternity space.

Keywords: Fraternity, Care, Brother, Vulnerability.

1. Autora de “San José: los ojos de las entrañas” (Sal Terrae 2021), “Cuidar. Relato de una aventura” (PPC 2019), “Tierra de Dios. Una espiritualidad para la vida cotidiana” (Sal Terrae 2019) y “Rutina habitada” (Sal Terrae 2014). Trabaja en una clínica de cuidados paliativos en París.

1/

La lógica de Jesús.

1/1

“Todos vosotros sois... discípulos”.

Si Jesús hubiese estudiado lógica, quizá hubiera formulado ciertas frases de otra manera. En lugar de decir: **“Uno solo es vuestro Maestro y todos vosotros sois hermanos” (Mt 23,8)**, tal vez hubiese afirmado: **“Uno solo es vuestro Maestro y todos vosotros sois discípulos”**.

Pero Jesús de Nazaret nunca pasó por los círculos privilegiados de los estudiosos de su época. Una vez que terminó la formación básica en la sinagoga de su pueblo, como todos los chicos de su edad, se quedó en la escuela de la vida ordinaria y allí siguió aprendiendo durante treinta años. Su autoridad, que va a provocar una gran admiración cuando comience su ministerio itinerante, no procede de la academia ni de los libros, sino de su experiencia profunda de la vida y de su relación íntima y única con el Padre.

En el seno de la cotidianidad nazarena, marcada por la rutina que forma parte de toda trayectoria humana, el Hijo de Dios encarnado entra en contacto con la realidad y descubre aquellos espacios de la existencia que se hallan sedientos de sanación. Jesús se compromete a fondo con

la misión que el Padre le ha confiado, y esta opción sin dobleces le costará la vida.

El evangelista Mateo presenta la entrada mesiánica de Jesús en Jerusalén **(de la cual hacemos memoria cada domingo de Ramos)** y sitúa a continuación varias escenas polémicas que dejan ver una tensión creciente entre Jesús y los dirigentes del pueblo judío: la expulsión de los mercaderes del templo, la parábola de los viñadores homicidas, la cuestión sobre el tributo debido al César, etc. A través de estos encuentros -más bien **“encontronazos”**- Jesús denuncia la hipocresía de los líderes religiosos, señala el sufrimiento que padecen los pequeños e invita a sus seguidores a adoptar una actitud radicalmente diferente.

1/2

Discipulado, filiación, fraternidad.

Seguir a Jesús no es una decisión nacida de los propios razonamientos ni de una voluntad férrea.

▼
“Llamó a los que quiso, para que estuvieran con él y para enviarlos a predicar” (Mc 3,14).

“Los que quiso” no eran personas particularmente dotadas; su pasado distaba de ser intachable y su capacidad de asimilar el proyecto de Jesús no iría desarrollándose más que a base de mucho tiempo.

Entre esas personas, convocadas por Jesús a formar parte de su grupo de seguidores cercanos, había trabajadores sencillos **(Pedro, Juan...)**, colaboradores del ocupante romano **(Mateo)**, radicales **(Judas)**... Había también mujeres, que no estaban autorizadas a sentarse en el círculo de los discípulos y cuyos nombres olvida fácilmente la historia: María y Marta, Magdalena, Juana, Susana **“y otras muchas que le**

seguían y le servían con sus bienes” (Lc 8,3).

Esta gente, dispar desde muchos ángulos, debe ir descubriendo ciertos puntos en común: porque son hijas e hijos de un mismo Padre, son hermanas y hermanos en humanidad.

Para la difusión del Evangelio, sin embargo, Jesús no cuenta solamente con aquellos que le siguen más “de cerca”; también se apoya en el testimonio de quienes viven un encuentro profundo con él y quedan curados de algún mal. Lucas narra la liberación de un hombre poseído por una legión de demonios que, al ser curado, pide a Jesús que le permita subir con él a la misma barca.

“Pero Jesús lo envió a su casa diciéndole: “No, regresa a tu familia y diles todo lo que Dios ha hecho por ti”. Entonces el hombre fue por toda la ciudad proclamando las grandes cosas que Jesús había hecho por él” (Mt 8,39).

El discipulado, pues, es un don que se declina de muchas maneras, y cuyas raíces se remontan a la experiencia compartida del encuentro con Jesús. El proyecto de este Maestro consiste en ensanchar la mesa del Reino para que a ella puedan sentarse, con toda dignidad, cada uno de los seres humanos, criaturas queridas y nacidas del corazón de un mismo Padre. Reconocer a Jesús como único Maestro es saberse sencillamente discípulo, seguidor, aquel que va detrás y que marcha tras las huellas de Otro. Es también tomar conciencia de ser hija o hijo de un mismo Dios, que ama a cada persona con un amor infinito.

El discipulado y la filiación desembocan naturalmente en la construcción de la fraternidad. La mesa que el Señor ha venido a preparar, y de la cual Él mismo se hace servidor, es la mesa de los hermanos y las hermanas, que se saben invitados por pura gracia, esperados desde la creación del mundo, y enviados a salir a los

caminos para traer al banquete “a los pobres, lisiados, ciegos y cojos” (Lc 14,22). Esa mesa es un lugar tan privilegiado que en ella nadie disfruta de otro privilegio más que el de tener a Dios como Padre.

2/

Espacios de fraternidad.

2/1

“Todos vosotros sois hermanos”.

El alcance de esta declaración de Jesús se vuelve más patente en tiempos de dificultad. La pandemia nos ha revelado que somos mucho más vulnerables de lo que creíamos, y esta vulnerabilidad compartida se transforma en lugar de encuentro entre todos los seres humanos del planeta. En el fondo, esta lección que muchas personas han aprendido con sorpresa en tiempos de coronavirus la conocen bien los enfermos y quienes les acompañan cotidianamente.

Cuando la enfermedad se presenta sin llamar a nuestra puerta, o a la puerta de nuestros seres queridos, nos sentimos, a un mismo tiempo, desamparados y vinculados de una manera nueva y aún más profunda. La enfermedad, aunque cierra muchas posibilidades, abre ciertos espacios en los cuales es posible “sentir y gustar internamente” que somos hermanas y hermanos. La enfermedad, paradójicamente, puede vivirse como espacio de fraternidad.

2/2

La vulnerabilidad expuesta.

Mientras me formaba para trabajar en cuidados paliativos, realicé distintos períodos de prácticas.

LH n.329

Me incomodaba mucho sentir que mi lugar de aprendizaje era el propio enfermo, particularmente su cuerpo desnudo y expuesto. En una ocasión en que mis gestos fueron algo torpes, le pedí disculpas a un señor: **“Perdóneme por torturarlo así...”** A lo que él me contestó con ternura y pena:

“¡Ojalá que todo el mundo me torturase igual! Usted hace todo lo posible para ayudarme, aunque se equivoque porque está aprendiendo, pero hay personas que pasan por esta habitación sin dirigirme ni siquiera la mirada”.

Todos los seres humanos vivimos con nuestros propios **“agujeros”**, pero mientras estamos sanos logramos más o menos disimularlos.

Encontrarse postrado en una cama de hospital o en una silla de ruedas cambia radicalmente la situación; una nueva dependencia se instala sin pudor, y se impone la presencia de otra persona para realizar los menores gestos de la vida cotidiana.

Nuestra vulnerabilidad queda, pues, expuesta a la mirada del otro, a merced de su atención o de su indiferencia.

La vulnerabilidad del otro viene a recordarnos que también nosotros somos susceptibles de ser heridos. Ante un cuerpo desnudo o martirizado por la enfermedad puede despertarse la conciencia aguda de que ese **“otro”** podría ser **“yo”**, más aún, ese **“otro”** representa anticipadamente lo que un día **“yo”** seré.

La visión de la fragilidad tiende entonces un puente hacia la fraternidad: dejarme cuidar y cuidar constituyen dos movimientos distintos de una misma condición humana, de una finitud compartida, por la que todos estamos llamados a transitar.

2/3

La búsqueda difícil.

Un paciente en fase casi terminal, culpabilizado por la muerte prematura de su hijo y de su esposa, rehúsa todo tratamiento contra el dolor. Solo manifiesta una gran cólera y un deseo sostenido de morir cuanto antes. Un día me pregunta si puedo darle una pastilla que le mate en el acto.

Al día siguiente expresa ideas suicidas: me dice que, como no le queremos dar la pastilla, él mismo usará su cuchillo. Todas las vías de comunicación parecen cerradas, excepto esta, la queja continua y amarga que retiene mi atención impotente.

La enfermedad plantea con frecuencia muchas cuestiones y ofrece escasas respuestas: por qué yo, por qué ahora. Acoger las preguntas, dejarlas ser, soportar el desagrado que provocan, permitir que resuenen en un interlocutor humano... Todo ello es seguramente un servicio tan oculto como indispensable en el acompañamiento de las personas enfermas.

Cuántas lágrimas angustiadas enjugan cada día los voluntarios, cuántas confesiones desgarradoras reciben los capellanes, cuántos planteamientos éticos deben afrontar diariamente los profesionales de la salud.

Ante la complejidad de las problemáticas desencadenadas por la enfermedad, todos somos hermanos en la búsqueda difícil de salidas, de resquicios de sentido.

A menudo, cada uno nos vemos confrontados a nuestros propios interrogantes y nuestra propia impotencia; en el trasfondo, sentimos latir la sombra amenazadora de la muerte.

La búsqueda compartida nos permite apoyarnos en las certezas del otro cuando las nuestras tiemblan, y nos ayuda a levantarnos y a seguir adelante cuando la sensación de fracaso se levante como un muro gigantesco ante nosotros.

2/4

La alianza.

Durante el primer confinamiento, mientras que las visitas están estrictamente prohibidas, un enfermo de 52 años me interpela:

“No me puedo morir antes de que el confinamiento termine. Tengo que volver a ver a mis hijos, aunque sea una sola vez. ¿Usted va a ayudarme a vivir?”

No puedo garantizarle que le queden suficientes días o semanas de vida para lograr reencontrar a su familia, pero le aseguro que le ayudaré a vivir hasta el final, pase lo que pase. El paciente morirá unos días después. Humildemente, yo creo haber cumplido mi promesa.

Uno de los primeros efectos del pecado original, de la fisura que el ser humano establece en su relación con Dios, es la negación del otro. Caín, después de matar a Abel, rehúsa su responsabilidad: “¿Acaso soy yo el guardián de mi hermano?” (Gn 4,9). El pecado rompe la fraternidad en la medida que endurece en corazón y nubla la mirada, impidiendo ver en el otro un hijo del mismo Padre.

La actividad sanadora de Jesús pasa por una mirada atenta al ser humano que tiene delante. No es un curandero de paso, al que se le vayan cayendo los milagros de los bolsillos, sino una persona afectada por la realidad de alguien que sufre, por el motivo que sea. El enfermo no es para Jesús un objeto que le permita realizar un milagro; es una persona cuya dignidad herida reclama una respuesta. A diferencia de Caín, Jesús se siente guardián de sus hermanos y actúa en consecuencia.

En la mirada de Jesús se esconde una invitación a la alianza, a una reciprocidad verdaderamente humana que restaura la dignidad.

Algunos enfermos deben dar un paso de fe hacia su curación, otros son enviados a testimoniar o a emprender una vida nueva. Además, Jesús arrastra la mirada de sus discípulos en la dirección de su propia mirada; quienes le siguen no pueden quedar indiferentes ante el sufrimiento de sus hermanos, sino que son impelidos a comprometerse porque también ellos, los pequeños, los que sufren por cualquier motivo, son hijos de Abrahán.

En el acompañamiento de las personas enfermas, se establece una alianza fundamental: si no somos garantes de la vida del otro, si nadie puede prometer su curación, sí que somos “guardianes” de su dignidad. No podemos evitar que el otro sufra o muera, pero podemos ayudarlo a vivir hasta el final, podemos y debemos asegurar a su lado una presencia verdaderamente humana: la presencia de los hermanos.

2/5

La cultura del cuidado.

Una tarde, ya bien al final de la jornada, una paciente me dice: “Parece usted cansada, venga a echarse un rato en mi cama, que es muy cómoda”. Sorprendida, le respondo con una pizca de humor: “Y si yo me acuesto en su cama, ¿dónde va a ir usted?” Y ella, como si nada: “Ya veremos, eso no tiene importancia”.

El papa Francisco insiste de muchas maneras sobre la necesidad de generar una cultura del cuidado, basada en signos cotidianos que albergan una proyección mucho mayor que ellos mismos.

“El amor, lleno de pequeños gestos de cuidado mutuo, es también civil y político, y se manifiesta en todas las acciones que procuran construir un mundo mejor” (Laudato sii 937).

LH n.329

Sin saberlo seguramente, esa paciente que me ofreció un poco de reposo estaba construyendo una humanidad más plena.

La sociedad considera a menudo (sin confesarlo abiertamente) que los enfermos y, sobre todo los ancianos, son seres inútiles y consumidores de recursos, personas dependientes que reclaman constantemente cuidados.

Vamos demasiado deprisa como para percibir que estas personas, aunque efectivamente experimentan una vulnerabilidad que les obliga a recibir cuidados, son también fuente de riqueza humana y generadoras de cuidados para su entorno.

Cuántas veces una familia que acogió con dudas en su seno a un hijo discapacitado se da cuenta, con el paso del tiempo, de que su presencia es una bendición por diversas razones: porque genera unidad, porque revela las discapacidades que cada uno camufla, porque es signo de ternura...

Cuidar, por lo tanto, es un espacio de fraternidad en el cual nos descubrimos como hermanas y hermanos. Más allá del rol que ejerzamos, todos podemos cuidar de los demás, estemos enfermos o sanos. Qué alivio representa en una planta sobrecargada encontrar a un paciente que sabe esperar, o que recibe a los profesionales con una sonrisa o con una palabra de agradecimiento; ese paciente cuida la vida mucho más de lo que alcanza a imaginarse. La cultura del cuidado no se construye en una sola dirección; solo la responsabilidad de todos, nuestro compromiso cotidiano con los demás, puede hacerla posible.

2/6

El salto de la esperanza.

La víspera del confinamiento tenemos que avisar a las familias de que al día siguiente las visitas ya no estarán autorizadas. Me dirijo a un señor que llora en el pasillo, y que asiste a su madre, inconsciente:

▼

“Nunca podremos acompañar a su madre como lo hace usted, pero la tomaremos con gran cuidado en nuestras manos”.

El señor se enjuga las lágrimas y esboza una gran sonrisa: **“¡Usted es Dios en la tierra!”** Asombrada, y un poco molesta, le respondo inmediatamente: **“No exagere, caballero”.** A lo que él contesta con toda naturalidad:

▼

“¿Sabe? Yo soy creyente, y cuando usted ha venido a hablarme estaba rezando, diciéndole a Dios que le confiaba a mi madre entre sus manos. Usted me ha dicho que va a tomar a mi madre en sus manos. Esta noche, usted es Dios para mí”.

Esa noche, me siento profundamente hermana de este hombre, del que sin embargo todo parece separarme: edad, sexo, situación... Me siento hermana, por el hecho de afrontar juntos el peso dramático de una ausencia demolidora.

Hermana, también, por el encargo recibido de cuidar en su lugar, y con la ternura misma de Dios, a su madre agonizante. Esa mujer, hasta ahora desconocida, se transforma un poco en mi propia madre.

La fraternidad que se teje en torno a la muerte, más aún en las circunstancias trágicas de la pandemia, es difícilmente explicable. Se apoya en el dolor compartido pero muchas veces logra dar un salto para ir más lejos: el salto de la esperanza. Algunas personas se acercan a la muerte con una fe religiosa explícita, que les ayuda a otorgar un sentido al dolor y al miedo. Otras no cuentan más que con una suerte de **“fe humana”** que recupera la memoria del bien y de ahí extrae la fuerza necesaria para seguir adelante.

La visión de la fragilidad tiende un puente hacia la fraternidad: dejarme cuidar y cuidar constituyen dos movimientos distintos de una misma condición humana

Estas dos “**formas de fe**” logran encontrarse cuando existe un deseo auténtico de acompañar. Se trata de salir al paso de la persona que sufre allí donde está y de permitirle que recorra ese camino único que es el suyo, más allá de que su manera de afrontar la muerte coincida o no con la nuestra.

Un creyente puede esperar que el amor de Dios, creativo hasta el infinito, sabrá conquistar a su criatura, independientemente de lo que nuestros ojos logren atisbar.

Si el miedo a la muerte nos hermana en lo más hondo de nuestra condición, también la esperanza nos convoca. Los cristianos creemos que nuestro destino es la vida, y que las lágrimas que empañan nuestra mirada no conseguirán borrar el puerto de llegada que nos aguarda.

Esta certeza, dubitante y firme a la vez, no radica en la seguridad que confieren los propios méritos, tan mediocres, sino en la experiencia de haber salido de las manos de un Dios que ama la vida.

3/

Convertirnos a la fraternidad.

El Evangelio nos invita incesantemente a una conversión que nos hace salir del autocentramiento para volvernos hacia Dios. En la línea de los grandes profetas del Antiguo Testamento, Jesús insiste en que vivir de cara a Dios implica vivir de cara a los demás, especialmente aquellos que sufren.

“**La fe sin obras está muerta**” (Sant 2,26) porque “**cuanto hicisteis a uno de estos, mis hermanos más pequeños, a mí me lo hicisteis**” (Mt 25,40).

Convertirnos a la fraternidad, concretamente en el ámbito de pastoral de la salud, supone abrirnos sin miedo a la vulnerabilidad propia y ajena, ponernos en marcha hacia la búsqueda difícil de sentido, entrar en dinámica de alianza, promover una cultura del cuidado y ser testigos de la vida allí donde tantas voces reclaman la primacía de la muerte.

Hijas e hijos de un mismo Padre, nos transformaremos entonces en hermanas y hermanos de toda la creación, desde la esperanza de la vida plena que un día nos alcanzará. Nuestro compromiso presente junto a las personas enfermas está llamado a ser signo visible del amor invisible de Aquel que nos amó primero.



縁結びの神

縁

えんむすびの神
地主神社

良縁祈

参拝時間
午前9時～午後5時
地主神社

縁結びのお守り
縁結びの神

LOVE STONE
縁結びの神

03/

La relación

interpersonal de confianza, como fundamento de la atención integral el concepto de asistencia integral.

Antonio de Toro Salas,

Doctor en Medicina y Cirugía.

Máster en Bioética y Humanización de la Asistencia.

Diploma ESADE de Dirección de Servicios Integrados de Salud.

Programa San Telmo en Alta Dirección en el Sector Salud.

Director Asistencial Corporativo de la Orden

Hospitalaria de San Juan de Dios - Provincia Bética.

Agradecimiento

Cinta Delgado Soler.

Coordinadora del programa de publicaciones del

Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico (IAPH).

Consejería de Cultura y Patrimonio Histórico. Junta de Andalucía

La confianza es una actitud necesaria para abordar cualquier relación interpersonal. La atención a los procesos de vulnerabilidad social o en salud necesita de relaciones entre personas desconocidas en momentos clave de crisis existenciales. En estos momentos, la asistencia integral juega un papel preponderante. Pero sin generar una relación de confianza no puede existir un resultado satisfactorio. ¿Podemos y debemos siempre generar confianza en la relación profesional en el contexto asistencial?

Palabras clave: Iglesia, Ciencia, Investigar, Hombre.

Confidence is a necessary attitude to address any interpersonal issue. Attention to social or health vulnerability processes need the relationship between unknown people, at a key moments of existential crisis. At these moments, integral assistance plays a leading role. But a successful outcome cannot exist without a relationship of trust. Can (and must) we always generate confidence in a professional relationship in the assistance context?.

Key words: Church, Science, Investigation, Human.

Uno de los hechos que más fuertemente unen a las personas es la comisión de un delito. Este hecho inicia o refuerza una unión basada en la confianza de dos o más personas que son conectoras del delito del otro, y entre las que aparece una “**Ley del Silencio**” (la omertá italiana) que hace que tengan poder uno sobre otro de manera recíproca.

En esta relación “**de confianza**”, el patrón que subyace es el miedo a ser delatado. Que se compensa con el riesgo de la delación del otro. Es una relación de tipo simétrico.

En las relaciones personales basadas en la afectividad, afortunadamente más frecuentes que la anterior, ocurre algo parecido (si obviamos la comisión del delito, claro). El vínculo es simétrico, existe reciprocidad y, en vez de miedo, existen otros tipos de sentimientos que también generan una fuerte vinculación.

En la asistencia a la vulnerabilidad no existe esa simetría, esa igualdad de “**riesgos**” en la relación. Ni es tan bidireccional o recíproca. Ni las dos partes obtienen el mismo beneficio. Entonces, ¿dónde reside la naturaleza de esa relación tan anómala?

Cualquier relación requiere de reciprocidad. Y esta reciprocidad será de un carácter diferente dependiendo del tipo de relación que se establezca.

Existen numerosos inconvenientes para que la relación asistencial, de carácter circunstancial e interesado, sea una relación completa.

Desde la formación de los profesionales en el abordaje holístico, hasta el interés del atendido, o el concepto de relación asimétrica que se produce en el contexto de las prestaciones en este tipo de servicios. Además, estas relaciones no surgen desde el impulso individual gratuito, sino de la necesidad.

La atención integral requiere de una relación interpersonal completa que raramente se da en el entorno de la prestación de servicios sanitarios o socio sanitarios.

En cualquier caso, somos capaces de imaginarnos múltiples y diferentes tipos de relaciones en los entornos sanitarios y socio sanitarios, cuya meta es la de conseguir relaciones de confianza en el ámbito profesional entre los usuarios y los que prestamos el servicio y con carácter bidireccional.

Voy a intentar descifrar la complejidad de la relación asistencial desde este punto de vista.

1/

Sobre la confianza.

La confianza es un acto de fe.

La confianza se asemeja a plantear una hipótesis sobre la conducta futura del otro. Es una actitud que concierne el futuro, en la medida en que este futuro depende de la acción de un otro. Es una especie de apuesta que consiste en no inquietarse del no-control del otro y del tiempo (**Laurence Cornu**)¹.

La primera idea sobre la confianza, como expectativa sobre el carácter de la gente, se acerca a lo que comúnmente entendemos por confianza: un conjunto de rasgos del carácter de la persona que hacen digno de crédito al otro: la benevo-

1. Cornú, L., (1999) “La confianza en las relaciones pedagógicas” en Frigerio, G; Poggi, M y Korinfeld, D. (comps.), Construyendo un saber sobre el interior de la escuela. Buenos Aires, Novedades Educativas. Disponible en <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/educacional/erausquin/Unidad%204/105.%20Cornu,%20La%20confianza%20en%20las%20relaciones%20pedagogicas.pdf>

2. Herreros F. (2011). David Hume: los límites de la confianza. Claves de razón práctica. 212: 48-54

3. Pereda C. (2010). Sobre la confianza. Ed. Herder. Barcelona.

4. Warren B. (2014). The Three Essential Warren Buffett Quotes To Live By. www.forbes.com/sites/jamesberman/2014/04/20/the-three-essential-warren-buffett-quotes-to-live-by/?sh=1ba7a3ac6543

5. La confianza: definición, niveles y construcción. (n. d.) <https://www.titonet.com/business/la-confianza-definicion-niveles-y-construccion.html>

6. Rolfe, A., Cash-Gibson, L., Car, J., Sheikh, A., & McKinstry, B. (2014). Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. The Cochrane database of systematic reviews, 2014(3), CD004134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004134.pub3>

7. Dunbar, R. I. M. (1992). Neocortex size as a constraint on group size in primates. *Journal of Human Evolution* 22 (6): 469-493.

lencia, la honestidad, la fidelidad y la constancia en la amistad (para ser confiables, no sólo hay que tener virtudes sino ser constantes en ellas). La segunda interpretación que entiende la confianza como expectativa sobre las acciones, tiene que ver más con una virtud artificial. No se trata ya de virtudes o cualidades innatas, sino de acciones, de actos que se sostienen por las normas y las convenciones sociales, las cuales ofrecen a los individuos de una sociedad incentivos para actuar de una u otra manera².

La confianza es un conglomerado de actitudes, deseos, creencias, emociones y expectativas que impregna nuestra vida. Confiamos en las personas, las instituciones, en la naturaleza y en nosotros mismos. Por supuesto, hay diversas formas y tipos de confianzas con varios correlatos (prácticos y teóricos, concretos y abstractos)³.

Las relaciones personales se construyen basándose en la confianza. Las relaciones de pareja, con los amigos y las relaciones profesionales están sujetas, en mayor o menor medida, a una apuesta cotidiana por un futuro incierto.

Todos experimentamos de manera intuitiva sensaciones de confianza o desconfianza al encontrarnos por primera vez con “el otro”.

Esta experiencia emocional se vive de manera individual e íntima; pocas veces podemos enumerar los motivos por los que tendemos a confiar o no en la otra persona. Ciertamente, tras esa primera impresión, la confianza puede generarse a través de los hechos. Y también, la confianza construida con el trabajo de años se puede perder en cualquier instante⁴.

Más allá de la experiencia intuitiva, la confianza se puede construir en base al comportamiento y sus resultados. Y se puede transmitir, de manera que le otorgamos confianza a alguien recomendado por otro que ya la tiene⁵.

Podemos decir, también, que la confianza carece de grados. Es dicotómica. Se tiene o no se tiene. Al igual que la desconfianza.

No se puede tener “un cuatro sobre diez” de confianza.

Los seres humanos nos relacionamos en este contexto de ausencia de certezas que nos orienten en cómo o de qué manera generar confianza más allá de la certidumbre de los hechos. En el ámbito privado, estas relaciones de intercambio se generan a partir de un vínculo afectivo, de manera que existe una reciprocidad emocional en el que las partes se sienten cómodas.

El antropólogo **Robin Dunbar**⁷, en sus trabajos con primates que correlacionan el tamaño del neocórtex cerebral y el número de relaciones sociales, establece que los seres humanos no somos capaces de manejar más de 150 relaciones diferentes de manera plena.

No me cabe duda que, en el ámbito de lo privado, la confianza es una generosa apuesta del individuo por la reciprocidad del otro. Una apuesta basada en sentimientos e intuiciones y corroborada con hechos y experiencias.

Pero las relaciones humanas en la práctica asistencial sanitaria o sociosanitaria tienen un carácter secundario. No se generan por un vínculo afectivo, sino que se producen en base a la necesidad de obtener un servicio o una prestación entre dos o más personas. Sobre esta premisa, el vínculo que se establece pretende, de una parte, conseguir un beneficio (en salud, económico, relacional, laboral...), y de otra ejercer una labor profesional y cumplir con un cometido laboral. Es una relación de utilidad. Este tipo de relación, de carácter profesional y, en principio, asépticas, tiene unas características que le confieren cierta complejidad.

En primer lugar, existen relaciones asistenciales puntuales que conllevan decisiones trascendentes para los individuos, los pacientes y usuarios en situación de vulnerabilidad. Éstas se sujetan a un entorno de tipo profesional que es el que le confiere u otorga la confianza. Cuando alguien acude a una institución, a un centro o a un profesional, con un problema grave, ya sea

LH n.329

de carácter sanitario o de carácter social, asume que un “desconocido” va a ejercer una labor profesional con diligencia y honestidad. Esta asunción - un ejercicio de confianza -, se sostiene “por defecto” en la historia reputacional de esa persona, centro o institución. Podemos decir que se trata de una confianza transferida.

En nuestro país, confiamos en las instituciones y, por lo tanto, confiamos en las personas que trabajan en ellas, a pesar de que no las conocemos personalmente. Por lo tanto, esa confianza es una predisposición social aprendida que nos lleva a aceptar como buenos a cada uno de los eslabones de la cadena. A modo de ejemplo, una persona “sin hogar” que acude a un centro de atención social para comer, confía en que los cocineros, los productos, los que atienden... garantizan un deseado resultado de la acción. Por lo tanto, confía en el sistema y, por ende, en las personas incluidas en este. En este punto, me gustaría hacer un inciso sobre el peso cultural histórico de la relación “médico-paciente”. Esta relación ha presentado, desde sus inicios, un carácter profundamente asimétrico. Desde un paternalismo impositivo, se ha considerado al enfermo (sobre todo a las personas con patología mental o con discapacidad) como personas física y moralmente disminuida e incapaz para la toma de decisiones. Se trata de un lastre con un recorrido histórico muy prolongado.

Hasta bien entrado el siglo XX, asociado a la evolución social de los derechos individuales y colectivos, no se ha empezado a tener en consideración que la persona vulnerable protagoniza su existencia y, por lo tanto, dirige su proceso. Desde un punto de vista fundamental, el concepto del humanismo médico de principios del pasado siglo XX, ha aportado la necesidad de conocer al otro para asistirlo. Al fin y al cabo, es el relato de la vida de una persona lo que le confiere su ser más íntimo y, por lo tanto, lo que le hace sentir y padecer la realidad de una manera concreta y diferente al resto.

Quienes nos dedicamos a la atención y la asistencia de personas habríamos de tener muy pre-

sente esta realidad. Sin embargo, no sucede así. El principio de autonomía se va imponiendo poco a poco en las relaciones asistenciales. No en vano, toda la teoría del diálogo en la que se sustenta el proceso del consentimiento informado se origina en la carencia de participación de los pacientes en sus propios procesos de enfermedad, de discapacidad o de dependencia. Parece como si el paciente no fuera el protagonista, sino una marioneta en los hilos de otros, que son los que toman las decisiones. Ahora, en la era del desarrollo de los derechos, en pleno siglo XXI, todavía nos estamos planteando cómo tiene que ser la relación con aquellos a los que prestamos asistencia y con los que no tenemos un vínculo afectivo.

Sea como fuere, aun siendo conscientes de que la relación asistencial debe privilegiar el respeto por la dignidad de la persona en situación de vulnerabilidad y debe garantizar la toma de decisiones en los contextos de enfermedad, debemos tener claro que existe una dependencia de una de las partes a la otra. Sabemos que es una relación asimétrica y que inexorablemente está vinculada a la confianza desde el desconocimiento. Por muy informado que sea ese desconocimiento.

Como en todas las relaciones profesionales, esta confianza se mantendrá exclusivamente si los resultados de la intervención asistencial concuerdan con la expectativa del propio paciente. En cualquier caso, en pocas encuestas de satisfacción estructuradas, la confianza en el personal es un ítem mal valorado. Más allá de estas relaciones profesionales puntuales, basadas en una confianza de carácter reputacional y transferida, existen relaciones de tipo profesional prolongadas que generan vínculos basados en aspectos como la gravedad de la situación física o social, el tiempo de la relación y el resultado de ésta, y, sobre todo, en otros relacionados con las actitudes y capacidades personales.

Este tipo de relaciones profesionales tienen una mayor oportunidad de ser menos consecuentistas o resultadistas (aunque no los obvian) a la

La atención integral requiere de una relación interpersonal completa que raramente se da en el entorno de la prestación de servicios sanitarios o socio sanitarios

hora de generar confianza, y tienen la oportunidad de incorporar otros criterios como la honestidad, la coherencia o la empatía. No podemos desdeñar este matiz. Pasar de la confianza profesional a la confianza en la persona en un salto imperceptible de humanización.

Estas relaciones prolongadas dan lugar a conocer profundamente la biografía de la persona atendida y ello genera un lazo afectivo determinado. Este modelo de relación prolongada puede generar vínculos de confianza basados en los resultados profesionales, pero también, en los estados emocionales generados durante esta relación.

En este contexto, podemos citar las relaciones que se establecen entre, por un lado, los profesionales de la atención primaria, los equipos de paliativos, los de los centros de media o larga estancia, los profesionales de los centros residenciales y los profesionales de la atención social, y, por otro, las personas que son atendidas por ellos. En un primer momento, el concepto reputacional se transfiere desde la entidad institucional a la persona individual responsable de la atención directa, pero, posteriormente, la confianza se genera a través de la generación de vínculos emocionales y afectivos dentro de un contexto profesional. Todos conocemos a usuarios que, en una misma institución, tienen más afinidad y confianza por unos profesionales que por otros, independientemente de sus resultados objetivos.

2/

Sobre la atención integral.

Hemos analizado dos modelos de relación en los que la confianza juega un papel fundamental.

Pero hemos situado la confianza como una actitud unidireccional. Desde el atendido al que atiende. Es una realidad constatable que se hacen continuos esfuerzos conceptuales y prácticos para situar a la persona vulnerable como protagonista de su proceso y, por lo tanto, plenamente capaz de asumir sus decisiones apoyadas por las personas que la asisten. Pero la realidad actual exige incorporar ese concepto al cuerpo de conocimientos propio de cada disciplina.

Y más aún, al conjunto de personas que, en la asistencia actual, forman los equipos de atención. Supone un doble salto al vacío. Primero, el individual, para considerar a la persona vulnerable como centro de nuestra atención; y segundo, el colectivo, con un equipo entero coordinado consciente de ese planteamiento. La especialización y los modelos organizativos hacen que la complejidad de la atención tenga que ser asumida por equipos de personas adecuadamente engranadas.

Actualmente, se organizan equipos de atención multidisciplinares. La persona atendida es abordada por varias personas que aportan su conocimiento para intentar dar respuestas a su problema. Este tipo de atención genera otros tipos de relaciones de confianza.

La atención integral implica un conocimiento de la persona más allá de lo accidental. Más allá de lo puramente técnico. Se produce una profundización en los deseos, los miedos, las expectativas, las dinámicas de relación personales, el sistema de creencias y el contexto socioeconómico y familiar, que condicionan las patologías somáticas, mentales o sociales. De alguna manera, el profesional se pone en la piel del otro para entender el sustrato y el origen del problema individual.

Existe el consenso generalizado de que la asistencia a la persona no puede ser considerada exclusivamente desde el punto de vista somático. Todos los aspectos anteriores tienen mucho que ver en el origen, en el desarrollo y en la

LH n.329

resolución (o no) de cualquier proceso de vulnerabilidad.

Esta concepción para la aproximación teórica a las personas con alguna necesidad, que se ha venido a llamar atención integral, todavía adolece de la participación conceptual activa desde ambas partes. Por un lado, la parte que atiende, las personas y las Instituciones a las que pertenecen. Y por otro, la persona en situación de vulnerabilidad. Desde la primera, se tiene la impresión de que nos quedamos en la teoría y que, pocas veces, se consigue una relación de confianza tal que permita una aproximación integral al problema o a los problemas de la persona atendida.

Además, se tiene la percepción de como si la atención integral sólo fuera necesario establecerla desde la parte que atiende. Y no desde la parte que recibe esa atención. Por el otro lado, la parte atendida que, aunque reclama una atención más humanizada, realmente requiere respuestas concretas a su problema con resultados objetivos.

La atención integral no consiste simplemente en cumplir unos ítems previstos en ciertos cuestionarios, en prestar una atención multidisciplinar o en facilitar una aproximación a lo espiritual. Exige asumir al vulnerable como persona con dignidad, con un relato vital y con unas necesidades a las cuales tenemos que responder sin perder de vista lo anterior. Percibir a la otra persona en su conjunto e incorporarla a la dinámica de trabajo es el gran reto de la atención integral.

La vulnerabilidad se describe como el estado en el cual el ser humano no es capaz de afrontar una situación determinada que le compromete física, familiar, socio-laboral, económica o espiritualmente. Y, muchas veces, no depende sólo de una situación de enfermedad, sino de la percepción y del sentimiento que la propia persona tiene sobre su estado. Por lo tanto, considero que el abordaje de la vulnerabilidad, como estado de indefensión

propia y de pérdida de autonomía, resulta más complejo que el de la enfermedad. Ahí se centra nuestra tarea⁸.

3/

La relación entre confianza y atención integral.

¿Necesita la atención integral fundamentarse en una relación de confianza? Confieso que me cuesta trabajo pensar que no. Si la atención integral consiste, exclusivamente, en la valoración técnica de los aspectos somáticos, unida a la evaluación del contexto social, familiar, espiritual y socioeconómico de una persona, nos encontramos -por decirlo de alguna manera- profesionalizando la atención integral.

Pero para que esta acción profesional sea completa, debe de haber una entrega bidireccional, un “darse cuenta” de la realidad por ambas partes, que hace que se establezcan lazos invisibles entre una persona, un equipo, y otra persona y una familia. Esta toma de conciencia por ambas partes puede acercarse al concepto de confianza en la relación asistencial. A esa aproximación intuitiva de que el futuro de ambos está unido por la delgada línea de la confianza podemos llamarla atención integral completa. Pero, francamente, no creo que obviar la relación de confianza, elimine por completo la posibilidad de la relación integral.

Planteadas la pregunta al revés, ¿garantiza la confianza una relación integral? creo que en menor medida que el caso contrario. La empatía, o conciencia de dignidad reconocida en el otro no es suficiente para una aproximación integral si carece de profesionalidad. No hay atención

8. De Toro A. (2020). El concepto de asistencia integral. *Labor Hospitalaria* 234: 53-63.

integral sin capacidad profesional, sin trabajo en equipo y capacidad técnica. No podemos confundir una aproximación desde el punto de vista humano con una aproximación profesional que incorpora aspectos humanísticos.

La humanización de la asistencia es la herramienta práctica para llevar a cabo, de alguna manera, una atención humanizada. Estandariza acciones, diseña estructuras, atiende a las necesidades formativas de las personas que prestan el servicio.

Pero el humanismo en la medicina debe acercarse más al concepto de confianza, de reconocimiento del otro como otro yo. No debemos sustituir la confianza como concepto por un check list de acciones.

Por otro lado, me pregunto si todos los pacientes y usuarios son subsidiarios o necesitan una atención integral, o de si podemos ser capaces de ofrecer una atención integral al otro sin que este otro participe en su atención integral.

Puede parecer un juego de palabras, pero me da la impresión de que eso es lo que estamos intentando hacer. Ponemos encima de la mesa cuestiones ajenas a la persona que las necesita. Intentamos atender integralmente al margen de las necesidades del otro. La atención integral necesita de la participación activa y consciente de ambas partes de la ecuación. Y, para ello, es necesaria la apuesta por el otro. Inicialmente de manera intuitiva, casi inconsciente; después basándose en hechos. Por último, apoyándose en resultados. Todo ello nos aportará valor a la relación.

Probablemente dependerá de la persona y del caso que presente y su contexto, pero una relación de confianza en el contexto de una atención integral no es nunca unidireccional, impuesta o episódica. Por último, ¿estamos capacitados y organizados para responder al reto de una atención integral completa? Debemos hacer un ejercicio de reflexión por parte de las instituciones y organizaciones que se dedican a

la atención de la vulnerabilidad en su amplio espectro con objeto de que los planteamientos sobre la confianza en la relación asistencial no se queden en mera teoría. Andamos escasos de tiempo, tanto en nuestra vida personal como en la profesional, para acercarnos al otro como persona. Nos falta formación en conceptos como dignidad, valores o derechos. Sobre todo, en la fundamentación de éstos. También carecemos de formación profesional en técnicas de relación con el otro, más allá de las capacidades personales de algunos. Tenemos que entender que no se puede improvisar una entrevista en el ámbito de la atención sanitaria o social. No se puede acudir a atender al otro con la mochila vacía de valores y llena de procedimientos y técnicas.

El 13 de mayo de 1992, el [Papa Juan Pablo II](#) instituyó el día 11 de febrero como el día de la Jornada Mundial del Enfermo con el objetivo de sensibilizar a las instituciones sanitarias y a la sociedad en general sobre la necesidad de asegurar la mejor asistencia posible a los enfermos.

Pero ¿qué es la mejor asistencia a los enfermos?

El enfermo, la persona vulnerable, espera resultados de una relación asistencial. Pero esta persona vulnerable no debe esperar resultados desde un posicionamiento pasivo o inactivo. Y, enfrente, los que prestamos la asistencia, no debemos obviar que lo que tenemos delante es un momento vital de una persona en el contexto de toda una vida.

La confianza es una apuesta hacia el futuro, hacia otra persona. Es una hipótesis autogenerada que, muchas veces no se basa en ningún carácter objetivo y otras muchas, hay que ganarla en el campo de batalla de la relación interpersonal en el contexto de la atención integral y de sus resultados.

Y, entre ambos, debe surgir la confianza.



04/

Necesidad de una formación adecuada de los profesionales de la salud para lograr una atención holística.

Almudena Arroyo Rodríguez,

Doctora en Enfermería.

Profesora Titular Centro Universitario

de Enfermería San Juan de Dios.

Universidad de Sevilla.

La atención holística de la persona, es la base de los cuidados de Enfermería desde mediados del siglo XX. Sin embargo, esta forma de cuidar ya formaba parte del modelo de cuidados juandediano desde el siglo XVI. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se caracteriza por la hospitalidad, valor central de la misma, alrededor de la cual gira la formación integral de sus centros docentes, donde se preparan profesionales sanitarios que incorporan este valor y se manifiesta en unos cuidados holísticos centrados en la persona. Unos cuidados con hospitalidad que a día de hoy son medibles mediante una escala del mismo nombre.

Palabras clave: Atención holística, Formación Integral, Hospitalidad, Modelo juandediano.

Holistic care of the person is the basis of Nursing care since the mid-twentieth century. However, this way of caring was already part of the Saint John of God Model of care, since the 16th century. The Hospitality Order of Saint John of God is characterized by hospitality, its central value, around which the comprehensive training of its educational centers revolves, where health professionals are trained that incorporate this value and is manifested in holistic person-centered care. Hospitality care that today is measurable by a scale of the same name.

Key words: Integral formation, Holistic care, Hospitality, Saint John of God Model.

1/

La atención holística de la persona, base de los cuidados de Enfermería.

Etimológicamente el **holismo** proviene de la palabra griega **holikós** que significa **todo íntegro y/o completo**. Si añadimos al cuidado que este sea holístico, estamos diciendo que dicho cuidado, va más allá de las técnicas o procedimientos de enfermería. Por tanto, cuidar bajo un paradigma holístico, significa atender a la persona no solo biológicamente, sino también en sus dimensiones psicológica, social, cultural y espiritual, así como en interrelación con el entorno que le rodea (**Mijangos-Fuentes, 2014**).

En 1946, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** definió la salud como

“Un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”.

Posteriormente se incluyó en la concepción de la salud, la dimensión espiritual. Por lo tanto, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser

humano como un ser total. De este principio surgió el término de Salud holística. El holismo resalta la importancia del todo como algo que trasciende a la suma de las partes, destacando la importancia de la interdependencia de éstas.

Este enfoque del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependientes e integradas en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.

Este concepto holístico de la salud es muy importante, porque le otorga importancia a los otros aspectos de la salud que han sido excluidos de otras definiciones anteriores, como el emocional y espiritual de la salud. Sin estos dos componentes es imposible alcanzar un óptimo estado de salud. Por consiguiente, la salud es el completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional y no solamente la ausencia de enfermedad o accidente.

El concepto bienestar se refiere a la adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad. Esto implica que puedes experimentar bienestar, ya sea que te encuentres enfermo o saludable; o tengas una enfermedad crónica o una discapacidad.

La atención holística de la persona es la base de los cuidados de Enfermería. A mediados del siglo XX, desde la disciplina enfermera, se introdujeron los cuidados integrales centrados en la persona, comúnmente conocidos como cuidados holísticos. El paradigma de la ciencia enfermera evolucionó hacia esta conceptualización humanística influenciado por diferentes sucesos que ocurrieron en el mundo, tales como el fin de la 2ª guerra mundial y la promulgación de los derechos humanos (**Fernández, Garrido, Santo Tomás, Serrano & Fuentes, 2004**).

Este paradigma se ha denominado **Paradigma de la Integración** (**Kerouac, Pepin, Duquette**

& Major, 2005). En esta época fueron muchas las autoras enfermeras que desarrollaron teorías bajo esta perspectiva (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2007). Algunas de ellas fueron Dorothea Orem, Hildegard E. Peplau y Callista Roy.

La más conocida y estudiada en la titulación de Enfermería en nuestro país es Virginia Henderson, autora del Modelo de las 14 necesidades básicas de la persona, vigente en la actualidad. Su definición de Enfermería de 1955 fue reconocida por el Consejo Internacional de Enfermeras, como definición universal de nuestra disciplina, por su carácter general y globalizador:

“La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible” (Henderson, 1971).

La teoría de Henderson es integradora y se puede utilizar en cualquier ámbito de los cuidados de Enfermería: hospitalización, atención primaria, instituciones socio-sanitarias, etc. y desde cualquier especialidad enfermera: salud mental, matrona, medicina del trabajo, entre otras. Según esta teoría, la persona es un ser bio-psico-social, con 14 necesidades básicas que debe satisfacer para alcanzar la independencia de los cuidados de enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas, de tal forma que si se altera una de ellas, puede influir en la satisfacción del resto (Henderson, 1994). Por tanto, desde la atención sanitaria los cuidados de la persona abarcarán todas las dimensiones de la misma, no solo la biológica, como se venía haciendo

desde tiempos anteriores. Asimismo, Marta Rogers (1980), influenciada por la cultura oriental, dio un paso más en la conceptualización de la persona, entendiendo a la misma como un todo, más que la suma de sus partes. En su teoría del “ser humano unitario” se estableció una distinción entre el concepto de holismo y de integralidad, en cuanto a que en el holismo

“El ser humano es visto desde lo físico, psíquico, emocional y espiritual en relación íntima con un entorno, siendo capaz de generar un todo aún mayor; y la integralidad se refiere a una mirada biopsicosocial del ser humano” (Vega & Rivera, 2009).

A pesar de esta distinción, comúnmente integralidad y holismo son utilizados como sinónimos en los cuidados de Enfermería.

Este avance conceptual fue muy importante para la atención sanitaria, ya que hasta mediados del siglo XX, esta atención se regía por un modelo biomédico, reduccionista, centrado en el paternalismo y en la prestación de cuidados físicos dirigidos a los síntomas, discapacidades y a una única causa. En esta época, se categorizaba a la persona en diversas partes sin relación entre las mismas. Esta idea se tradujo en la creación de diferentes especialidades médicas, con la ventaja de estudiar en profundidad las patologías, pero con la desventaja de entenderlas independientemente unas de las otras (Kerouac, 2005).

Pero esta atención holística de la persona, históricamente, ha estado presente en los cuidados que se prestan en los centros de San Juan de Dios.

2/

San Juan de Dios, precursor de la Enfermería.

San Juan de Dios, es considerado un precursor de la Enfermería española, ya que muchas características de los cuidados juandedianos están hoy en día presentes en la atención que prestamos las enfermeras (Ventosa, 2012).

El Modelo de cuidados juandediano surge en el XVI, su legado se ha perpetuado a través de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD) hasta nuestros días. En las primitivas Constituciones de esta orden religiosa, ya se incluye la atención holística de la persona. Un ejemplo de ello es el acompañamiento al final de la vida, como podemos apreciar en este pasaje:

“5ª Del cuidado que han de tener de que el Rector les dé los Sacramentos a los enfermos que tuvieren necesidad y ayudarlos a bien morir” (OHSJD, 1997).

Las primeras Constituciones ya insistían en la forma de tratar a los enfermos, incluyendo su dimensión espiritual y así se ha continuado resaltando este aspecto a lo largo de la historia. Hoy el concepto de “**humanización**” es un elemento clave de la actual asistencia “**holística**” de la persona. De forma particular en la Orden Hospitalaria constituye un elemento que caracteriza su identidad carismática, tanto porque implícitamente ha estado presente ya desde la primera obra asistencial de San Juan de Dios, como porque fue relanzada de forma eficaz en los años '80 por el Superior General de entonces, el **Hermano Pierluigi Marchesi**.

La OHSJD, siempre se ha caracterizado por la formación de sus novicios en cuidados sanitarios. Son varios los manuales de cuidados que ha editado desde su origen, destacamos: **Breve Compendio de Cirugía del Padre Quintanilla O.H.**, editado en 1630; Instrucción de novicios para el estudio religioso y técnico del **Hermano Agustín de Victoria** escrito en 1668; a la sexta edición de esta obra la parte técnica se reemplaza por el libro **Arte de la Enfermería**, recopilado por el **Hermano José Bueno en 1833**, entre otros manuales.

Rosa Rodríguez (2013), pone de manifiesto la calidad y la metodología didáctica con la que están escritos estos manuales de referencia para la instrucción de los hermanos, con descripción de técnicas de forma minuciosa a través de dibujos y un sistema de aprendizaje con pregunta-respuesta y ejemplos. Como sabemos esta vocación docente se remonta a los orígenes de la Orden, como refiere **Francisco Ventosa (2013)**:

“San Juan de Dios fue maestro de sus seguidores y colaboradores que observando día a día su labor hospitalaria aprendieron a tratar al enfermo de una forma nueva que ha perdurado en el tiempo y ha sido la Orden Hospitalaria la que ha continuado con la misión de transmitir este estilo de hacer hospitalidad”.

Este Modelo de cuidados juandediano, es un ejemplo de transmisión del conocimiento basado en valores humanísticos, como es la atención holística. Desde la OHSJD se fomenta una formación integral del alumnado que estudia en sus centros docentes.

Entiende que la atención holística de la persona, solo se puede poner en práctica si existe una formación adecuada y basada en valores profe-

El modelo de cuidados juandediano es un ejemplo de transmisión del conocimiento basado en valores humanísticos, como es la atención holística

sionales como son la hospitalidad, la calidad, la responsabilidad, el respeto por la dignidad de la persona y su espiritualidad (OHSJD, 2020).

tratada, escuchando y teniendo en cuenta su opinión. Por eso, la visión holística debe ser el eje central de la formación de los estudiantes de enfermería (Mijangos-Fuentes, 2014).

3/

Modelo docente de la OHSJD, un modelo de formación basado en la atención holística de la persona.

La formación integral es la base del Modelo Docente de la OHSJD. La Orden tiene diferentes centros docentes repartidos por el mundo en los que imparte diversas titulaciones del ámbito de Ciencias de la Salud, desde formación profesional, hasta universitaria. Este modelo tiene como principio fundamental (Arribas et al., 2017):

“El estudiante como persona atendida (el centro es el alumnado); el estudiante como futuro profesional cuyo centro de atención es la persona (el centro es la persona asistida).

De esta forma, el alumnado incorpora desde sus propias vivencias este aprendizaje que pondrá en práctica cuando sea profesional sanitario”.

Cuando hablamos de atención holística de la persona, nos referimos a una atención planificada, es acompañar a la persona, compartir sus sentimientos y emociones, respetar su diversidad cultural, tratarla cómo ella quiere ser

Con todo lo anterior, se ha puesto de manifiesto que es necesaria una formación adecuada de los profesionales sanitarios para lograr una atención holística de la persona. Además esta formación tiene que darse no solo en los profesionales de enfermería, sino también en otros profesionales que forman parte del equipo humano de los centros sanitarios.

El Modelo Docente de la OHSJD, es un ejemplo de esta formación. Las características de esta formación integral incluyen (Arroyo, Fernández, Ferreras, Lama & Ventosa, 2016):

- Una acogida cálida en el centro de estudios donde se da a conocer el profesorado, las instalaciones, las actividades y la filosofía del mismo.
- Fomento de la relación entre iguales, mediante actividades de integración, convivencia y de conocimiento mutuo; que fomentan el respeto.
- Actividades para el conocimiento de la institución y su historia.
- Plan de acción tutorial con seguimiento individual del alumnado y atención personalizada tanto a nivel académico como a nivel particular.
- Atención continuada y acompañamiento que se prolonga después de terminar sus estudios con actitud de diálogo y escucha activa de sus necesidades.
- Prácticas clínicas junto a profesionales sanitarios pertenecientes a la OHSJD.
- Búsqueda de la excelencia a través de la innovación, el uso de las Tics, la investigación y transferencia del conocimiento.

LH n.329

Además de la formación fuera del aula con actividades culturales, de carácter religioso y espiritual, de investigación, desarrollo solidario y cooperación, fomentando la adquisición de conocimientos en otras dimensiones de la vida que contribuyen a su desarrollo personal, sensibilización hacia la atención y defensa de las personas desfavorecidas y vulnerables.

Desde la OHSJD se forman a los y las estudiantes

“Para ser capaces de adaptarse a los escenarios cambiantes, complejos y diversos a los que van a enfrentarse como profesionales sociales y sanitarios, para asumir la responsabilidad de ser innovadores en su práctica profesional atendiendo siempre al análisis, a la evidencia y la reflexión, es decir, con una actitud investigadora” (Arribas et al., 2017).

Pero esta formación no se consigue si no lleva implícitos los valores de la OHSJD, a partir de los cuales la persona puede crecer, tanto en la vertiente personal como profesional.

El valor de la hospitalidad, es el valor central de este Modelo juandediano. La hospitalidad incluye una atención holística de la persona:

“Para la Orden Hospitalaria es valor central o paradigmático cuya esencia es la práctica de la acogida a la otra persona en sus necesidades realizada en el propio espacio personal haciendo que se encuentre como en el suyo propio; siendo capaz de comprenderla y respetarla en profundidad; asumiendo la responsabilidad de ayudarla en la recuperación de su salud integral; ofreciéndole una atención de calidad y generando la posibilidad de que

encuentre sentido a su situación vital desde una experiencia de trascendencia espiritual y/o religiosa” (Comisión Bioética Europa, 2021).

Investigadores pertenecientes a la Orden, han validado un cuestionario que mide la hospitalidad de los profesionales sanitarios y estudiantes de sus centros. Esta herramienta es útil para valorar la incorporación de la cultura hospitalaria entre sus colaboradores, incluyendo las siguientes dimensiones en los cuidados: el respeto, la responsabilidad, la calidad y el cuidado transpersonal (Galán González-Serna, Ferreras-Mencia & Arribas-Marín, 2017).

El profesional sanitario requiere de competencias más allá de las científico-técnicas que le permitan desarrollar un rol profesional y no quedarse sólo en un técnico, lo que implica el aprendizaje de habilidades relacionales, éticas y capacidad de trabajo interprofesional.

Estas competencias se fomentan a través de actividades que se trabajan fuera de lo puramente académico. Ejemplo de esto, es el Semillero de Investigación “José Bueno O.H.” del Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios” de Bormujos, Sevilla. Este Semillero que lleva el nombre del Hermano de San Juan de Dios que escribió el “Arte de Enfermería” surge en el año 2014 y desde su origen sigue los principios de trabajo en equipo, cooperación y ayuda mutua, además de promover actividades de investigación y promoción de la salud donde se desarrollan competencias de escucha activa, trabajo colaborativo entre iguales, liderazgo y solidaridad entre sus miembros.

Para proporcionar la asistencia holística a través de la atención integral, hay que lograr que todos los profesionales que hacen posible el servicio asistencial se sientan llamados a atender al enfermo o a la persona asistida y a su familia y que todos crezcamos en las cualidades de apertura, acogida, capacidad de escucha y diálogo, actitud de servicio, sencillez propia de la Hospitalidad.

Formar a todos en una visión holística del destinatario del servicio y de la importancia de tener todas las dimensiones de la persona en la cabeza aunque el trabajo de cada profesional se centre en responder a alguna de ellas.

El papel del líder del equipo que actúe como facilitador de la buena comunicación entre los componentes del mismo es también esencial para lograr conductas cooperativas.

La enfermera, que se sitúa junto al usuario, puede ejercer un papel de liderazgo en el equipo interprofesional orientando la actuación de todos a las necesidades del usuario.

Por tanto, el alumnado que recibe esta formación integral, cuando se convierte en un profesional sanitario ofrece unos cuidados holísticos centrados en la persona caracterizados por el servicio a los demás con sencillez, acogida cálida, respeto por la dignidad de la persona, capacidad de escucha, diálogo y acompañamiento

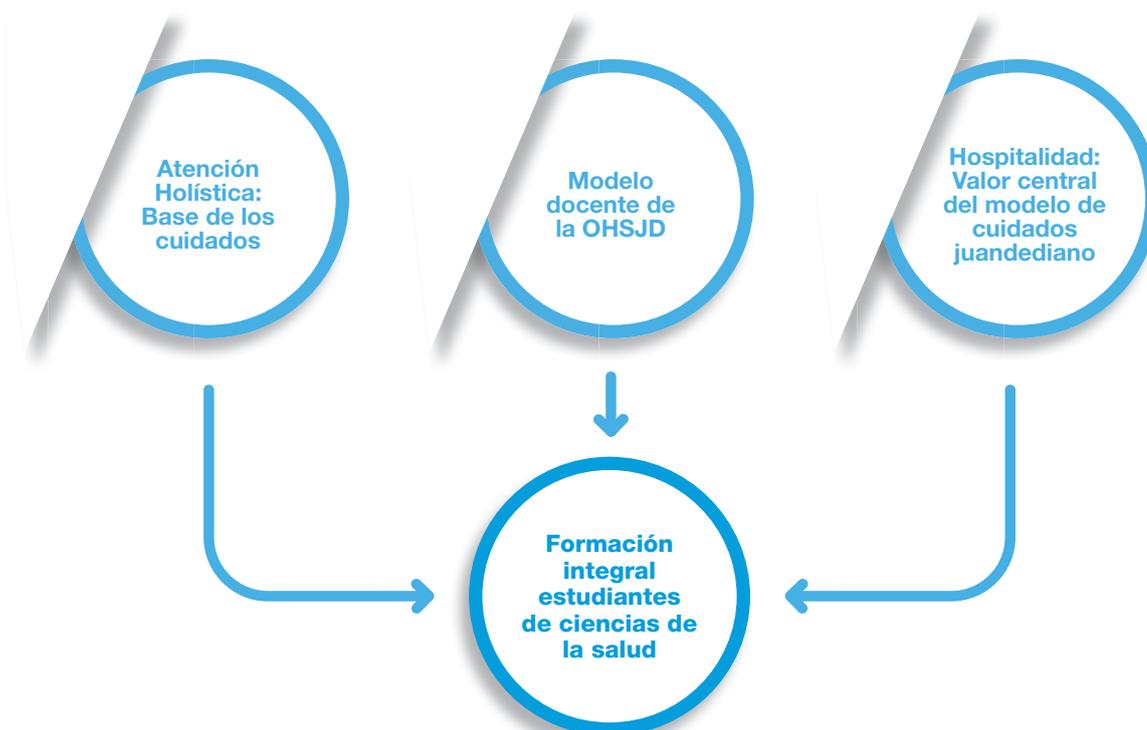
en el proceso de salud-enfermedad, teniendo en cuenta la dimensión espiritual de la persona. Esto se traduce en cuidar con hospitalidad.

4/

Conclusión.

Tal y como se ha puesto de manifiesto, es necesaria una formación integral (**Ilustración 1**) del alumnado de ciencias de la salud, para garantizar una atención sanitaria centrada en la persona, es decir, para promover una atención holística. Además, esta formación integral contribuye al desarrollo personal de nuestro alumnado, creciendo en valores, en el caso del Modelo docente propuesto, creciendo en **Hospitalidad**.

Ilustración 1. Diagrama resumen



Bibliografía

- ▶ **Arribas, JM; Calleja, C; Ferreras, S; Guilera, A; Käsbauer, E; Vassallo, A; Ventosa, F & Zinka, B. Plumed, C (coord.) (2017).** *Modelo de formación de humanización de la asistencia y el acompañamiento.* Labor Hospitalaria 3(319): 18-31.
- ▶ **Arroyo Rodríguez, A; Fernández Ayuso, R; Ferreras Mencía, S; Lama Muñoz, C & Ventosa Esquinaldo, F (2016).** *Modelo docente.* Orden Hospitalaria San Juan de Dios, Provincia Bética. Sevilla: Hermanos de San Juan de Dios.
- ▶ **Comisión Bioética Europa.** *Orientaciones para la ética de la gestión y el liderazgo [En prensa].* Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Curia General: Roma.
- ▶ **Fernández, C; Garrido, M; Santo Tomás, M; Serrano MD & Fuentes R (2004).** *Enfermería Fundamental.* Barcelona: Masson.
- ▶ **Galán González-Serna, JM; Ferreras-Mencia, S & Arribas-Marín, JM (2017).** *Desarrollo y validación de la Escala Axiológica de Hospitalidad para la Humanización de la Enfermería.* Rev. Latino-Am. Enfermagem 25 [acceso 14-02-2021]: e2919. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1767.2919>
- ▶ **Henderson, V (1971).** *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería Edición: 1ª.* Ginebra: Consejo internacional de enfermeras.
- ▶ **Henderson, V (1994).** *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después.* Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- ▶ **Kérrouac, S; Pepin, J; Ducharme, F; Duquette A & Major, F (2005).** *El pensamiento Enfermero.* Barcelona: Masson.
- ▶ **Marriner Tomey, A & Raile Alligood, M (2007).** *Modelos y teorías en enfermería.* 5ª ed. Madrid: Mosby.
- ▶ **Mijangos-Fuentes, K I (2014).** *El Paradigma Holístico de la Enfermería.* Salud y Administración, 1(2) [acceso 14-02-2021]: 17-22. Disponible en: <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/86/83>
- ▶ **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (1997).** *Primitivas Constituciones del Hospital de Juan de Dios en Granada,* año 1585, hechas en el primer Capítulo General por las dos provincias de España e Italia, Roma año 1587. Reimpresión, Imprenta Carsal S.L., Madrid.
- ▶ **Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Provincia Bética (2020).** *Valores* [acceso 14-02-2021]. Disponible en: <https://www.sjd.es/?q=valores>
- ▶ **Rodríguez Perales, RM (2013).** *La formación enfermera de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en los siglos XVI y XVII. Una mirada desde el siglo XXI.* Granada: Archivo Museo San Juan de Dios, Casa de los Pisa; Universidad Pontificia Comillas.

▶ **Vega, P & Rivera, MS (2009).**

Cuidado holístico, ¿mito o realidad?

Horiz Enferm, 20 (1) [acceso 23-02-2021]:
81-86. Disponible en:

[https://aprenderly.com/doc/3468462/
cuidado-hol%C3%ADstico--%C2%BFmito-
o-realidad%3F-holistic-care](https://aprenderly.com/doc/3468462/cuidado-hol%C3%ADstico--%C2%BFmito-o-realidad%3F-holistic-care)

▶ **Ventosa Esquinaldo, F; Arroyo Rodríguez,
A & Gallardo Moraleda, C (2013).**

*Bases teóricas y conceptuales del Modelo
de Cuidados Juandediano.*

Temperamentvm 17 [acceso 14-02-2021].

Disponible en: [http://www.index-f.com/
temperamentum/tn17/t2812.php](http://www.index-f.com/temperamentum/tn17/t2812.php)

▶ **Ventosa Esquinaldo, F (2012).**

*Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden
Hospitalaria y su relación con la Enfermería:
conceptos y valores.*

Granada: Archivo Museo San Juan de Dios.





05/

La ética entre el “encuentro” y el “cuidado”.

Julio L. Martínez, SJ,

Rector y Profesor Ordinario de Teología Moral.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

La llamada del director de Labor Hospitalaria a participar en un número monográfico sobre la ética del cuidado me obliga, por amistad y por compromiso intelectual. Esa temática es para mí conocida y querida, sobre todo desde que hace ya años dirigí la magnífica tesis doctoral de Marta López, doctora en Teología y enfermera¹, en la cual descubrí la potencia inagotable de la materia. Aquí no quería reproducir sin más argumentos ya abordados en el pasado o volver a enfoques de escritos recientes con motivo de la pandemia². La vertiente de novedad que he encontrado para este artículo consiste en vincular las categorías “cuidado” y “encuentro” y ver cuánto da de sí ese vínculo para la ética.

Palabras clave: Encuentro, Cuidado, Misericordia, Ética.

The call of Labor Hospitalaria's Director to take part in a monographic issue about ethics of care, obliges me because of friendship and intellectual compromise. This topic is well-known and loved for me, specially since I was the director of the wonderful Doctoral Thesis of Marta López, Doctor in Theology and nurse, many years ago. There, I discovered the inexhaustible power of this thematic. In this article, I didn't pretend to only reproduce argumentation already approached in the past, neither to return to recently written approaches, related to the pandemic. The novelty that I have found for this article is to connect the categories of “care” and “encounter” and to try to discover what this link can contribute to ethics.

Palabras clave: Encounter, Care, Mercy, Ethics.

1. La tesis dio lugar a un libro muy recomendable: M. LÓPEZ, El cuidado: un imperativo para la bioética. Relectura filosófico-teológica desde la epiméleia. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2011.

2. Martínez, J.L. “Es la hora de la bioética”, en: Rafael Amo Usanos y Federico de Montalvo Jääskeläinen (eds.). La humanidad puesta a prueba: Bioética y Covid 19. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2020, 19-30.

3. Torralba, F. Antropología del cuidar. Madrid: Inst. Borja de Bioética-Fundación Mapfre, 1998, 319.

1/

Dos categorías centrales en el pensamiento moral del papa Francisco.

Al buscar las sinergias entre “cuidado” y “encuentro”, creo que se produce un aporte constructivo y novedoso, puesto que, por un lado, ambas se hallan entre las categorías centrales en el magisterio social del papa Francisco y, por otro, son dos de las grandes llamadas morales que el fenómeno totalizante de la pandemia está poniendo más intensamente sobre la mesa.

Me atrevo a decir que ambas se vuelven más importantes y significativas cuando más las complica y dificulta todo el deterioro de la salud y de las relaciones que causa de la Covid19.

La agresión tremenda perpetrada por esta enfermedad global está haciendo del cuidado de los enfermos una exigencia absoluta, pero también está situando el cuidado de los sanitarios como una de las prioridades que, si no se atiende debidamente, podría hacer colapsar el entero sistema de salud. Salta a la vista que la vulnerabilidad es condición de posibilidad del cuidado y también su límite, porque

“Quien cuida es también vulnerable y limitado y, por lo tanto, su acción de cuidar está limitada por sus condiciones ontológicas y por sus capacidades técnicas y humanas”³.

La vulnerabilidad de nuestra condición humana nos adentra en la necesidad de ser cuidados y en la posibilidad de cuidar, y además hacerlo por elección libre y responsable nos mete en el reino de la ética.

A su vez, ver el cuidado de un modo integral lleva a considerar la importancia del encuentro como categoría nuclear: los encuentros interpersonales de cierta calidad como condición *sine qua non* del cuidar; el encuentro entre disciplinas, culturas y perspectivas diversas para afrontar adecuadamente la realidad del sufrimiento humano; y la cultura del encuentro a muchos niveles de la vida social como modo de humanizar las relaciones personales y de los pueblos. Esas ideas tienen que ver con lo que la Orden hospitalaria de San Juan de Dios lleva más de cuatro siglos haciendo por el carisma/valor/virtud de la hospitalidad que ha recibido del Espíritu.

No es fácil de ignorar que la distancia social que impone la pandemia, junto a tantas medidas de precaución rayanas en la neurosis ante el hecho de tocar o acercarse a alguien, ponen en solfa eso de que para cuidar mínimamente bien sea imprescindible un digno encuentro entre personas.

Pero a mi juicio no debemos claudicar en establecer tal conexión: quien quiera vincular cuidado y encuentro tendrá que afrontar los golpes duros que entorpecen el ejercicio del cuidar y la acción de encontrarse, pero no renunciar de buenas a primeras a ponerlos juntos. No lo hace el papa Francisco, siguiendo la luz que proyecta el gran icono evangélico del Buen Samaritano, y yo propongo aquí que no lo hagamos tampoco

nosotros. Eso sí, tendremos que ser creativos en la búsqueda de nuevas formas de aproximarnos a los que nos necesitan, para cuidar.

No podremos dejarlo de hacer, so pena de incurrir en desatender el amor al prójimo que viene “**primereado**” por el amor de y a Dios.

Me anima a buscar la relación entre ambas palabras el contenido del pasaje evangélico del Buen Samaritano, icono bíblico donde se condensa la entraña misma de la ética cristiana y que el papa Bergoglio ha vuelto a proponer en el capítulo 2º de su última encíclica **Fratelli tutti sobre la fraternidad y la amistad social (FT, 2020)**. En pocos lugares como en ese texto se puede reconocer una expresión tan diáfana de la realidad de ambas acciones -encontrarse y cuidar- para el respeto y la promoción de la dignidad humana.

2/

La cultura del encuentro.

Frente a la cultura del descarte y la indiferencia individualista del cada cual a lo suyo, la cultura del encuentro aspira a recuperar el sentido de la existencia humana, dando relieve a unas relaciones personales donde estén presentes la gratuidad y el diálogo, a un sentido de trabajo que dignifica la vida, a unas relaciones sociales que construyen pueblo y a unos valores que permitan pasar del “**bien estar**” individualista al “buen ser” personal y comunitario. Se trata de reconocerle al otro el derecho de ser él mismo y de ser diferente.

Una de las cosas que propone Francisco es un “**pacto cultural**” a favor de un acuerdo de respeto, tolerancia y diálogo entre los diferentes, que siente las bases para un pacto político para la construcción de pueblos entre todos y con

todos y en el reconocimiento del otro como otro: con su propia cultura, es decir con su propio modo de ver la vida, de salir adelante, de opinar, de sentir y de soñar...

Nunca se olvida Bergoglio de decir que el símbolo geométrico que mejor representa la cultura del encuentro es el poliedro, a través del cual quiere expresar la realidad de una sociedad donde las diferencias puedan convivir complementándose, enriqueciéndose e iluminándose unas a otras; una sociedad donde de todos se puede aprender algo, donde nadie es inservible, descartable o prescindible.

Mientras que la esfera representa la uniformidad de la homogeneidad y la igualación de todos puntos equidistantes del centro, el poliedro representa la unidad en la pluralidad, unidad en la diversidad o “**unidad reconciliada**”. El encuentro, pues, posibilita la unidad respetuosa y atenta a la diversidad.

Ciertamente, con la cultura del encuentro se procura orientar las conductas hacia el acercamiento entre personas que comparten los espacios cercanos, pero ésta tiene también una dimensión universal, abierta a las relaciones internacionales y a la experiencia global, incorporando la interpretación de los signos de los tiempos contemporáneos, a saber, las migraciones, los efectos inicuos de la desigualdad creciente, el diálogo interreligioso, la apuesta para una política internacional mediadora del bien común o la integración en espacios transnacionales, entre otras cuestiones. La pandemia nos está enseñando con fuerza que

“**Necesitamos desarrollar una conciencia de que hoy o nos salvamos todos o no se salva nadie. La pobreza, la decadencia, los sufrimientos de un lugar de la tierra son un silencioso caldo de cultivo de problemas que finalmente afectarán a todo el planeta**” (FT, 137).

4. Bergoglio, J.M. “Educar, un compromiso compartido”, en: ID., El verdadero poder es el servicio. Buenos Aires: Claretianas 2013, 63.

Fratelli tutti alerta frente a los “nacionalismos cerrados, exasperados, resentidos y agresivos” (FT, 11), al igual que ante los falsos universalismos que propugnan quienes no aman realmente a su propio pueblo (FT, 99) o al

“Universalismo autoritario y abstracto, digitado o planificado por algunos y presentado como un supuesto sueño en orden a homogeneizar, dominar y expoliar”, que termina “quitando al mundo su variado colorido, su belleza y en definitiva su humanidad” (FT, 100).

Y la encíclica dedica un capítulo a la conversación social, los consensos, la amabilidad, en orden a construir la “amistad social”, y otro capítulo al “reencuentro”, el perdón, la arquitectura y la artesanía de un camino de curación de heridas, la memoria social, y un firme rechazo de toda forma de guerra.

Francisco advierte sobre una comunicación virtual que tiende a exasperar, exacerbar y polarizar (FT, 15) y hace creer que una pantalla basta para estar integrados, o sobre la necesidad de consumir sin límites junto con la acentuación de muchas formas de individualismo sin contenidos, o sobre las grandes palabras (unidad, fraternidad, libertad, democracia) que se vacían de sentido o se manipulan a partir de nuevas formas de colonización cultural o “movimientos digitales de odio y destrucción” (FT, 43), donde además todo “puede ser espiado, vigilado, y la vida se expone a un control constante”. Así “el respeto al otro se hace pedazos” (FT, 42) y la cultura del encuentro no es más que una expresión vacía sin contenido real.

3/

El cuidado de la casa común del encuentro.

La vertiente social del encuentro desemboca también en el cuidado propio de una “ecología integral” (Laudato sí, LS, 2015), siendo la creación la gran casa común del encuentro donde se desarrolla la vida humana en toda su extensión y profundidad, desde la civilización de los pueblos a la historia de la salvación.

La dignidad trascendente del ser humano, como parte y culmen de la creación, halla en la naturaleza el primer lugar para su trascendencia. Con razón a la creación la podemos llamar “nuestra casa”, y comprenderla incluso como parte de “nuestro cuerpo”, pues “también nosotros somos la tierra”⁴.

La creación, manifestación de la bondad de Dios y reflejo de la belleza del Logos, es casa común creada y entregada al ser humano para que “la cultive y la cuide” (Gn 2,15), es decir, confiada a su responsabilidad para que haga de ella una fuente de vida digna para las generaciones presentes y futuras.

De ahí se desprenden una serie de consecuencias éticas:

- A) El respeto a las leyes de la naturaleza en la utilización del poder humano, de lo contrario la acción humana se torna destructiva y produce caos;
- B) La perspectiva de la creación como “nuestra casa” requiere un cambio de mentalidad en los hábitos de consumo: la creación no es una ‘cantera’ en la cual se sacian los caprichos humanos, sino un hogar en el que cada uno tiene su lugar y algo por hacer;

La creación es la gran casa común del encuentro donde se desarrolla la vida humana en toda su extensión y profundidad, desde la civilización de los pueblos a la historia de la salvación

- C)** La relación con ella reclama un nuevo ethos que podemos resumir en el paso del poder al servicio;
- D)** Ese nuevo ethos reclama una “**sabiduría ecológica**”, compuesta tanto de conocimiento como de espiritualidad, para comprender el lugar del ser humano en el mundo y fomentar el respeto a su dignidad como parte de él.

en apariencia sean humildes e imperfectos, festejan cada pequeña victoria, cada pequeño paso adelante, como expresión del crecimiento de las personas. La perspectiva del encuentro nos abre a un horizonte amplio en el cual “**el tiempo es superior al espacio**” y nos convoca a activar procesos de cambio, mejora y crecimiento, más que a controlar espacios.

La comunidad de comunidades que es la Iglesia “**usa la medicina de la misericordia**” haciéndose “**hospital de campaña**”.

4/

“Medicina de la misericordia” en un “hospital de campaña”.

El acontecimiento de encuentro conduce al desafío de la “**mística de acercarnos y de vivir juntos**” (Cf. **Evangelii gaudium, EG, 2013, 87, 272**). El movimiento dinámico de saber encontrarse, consolida comunidades reconciliadas, serviciales y solidarias.

Es decir, comunidades que se convierten en semilla de un rico humanismo, al interior del alma de los pueblos, capaces de superar la cultura de la indiferencia y del egoísmo, y que se vuelven fuentes de reconstrucción social en un mundo donde las relaciones virtuales y digitales parecen dominar casi todo.

Comunidades deseosas de brindar misericordia al encuentro de los lejanos y excluidos, en un movimiento de “**primerear**”; comunidades que se involucran con obras y gestos en la vida cotidiana de los demás, tocando la carne sufriente de Cristo en el pueblo; comunidades que acompañan con humildad y paciencia todos los procesos, por más duros y prolongados que sean, sin maltratar los límites; comunidades que fructifican siempre en vida nueva y, aunque sus frutos

Con metáforas así, Francisco llama a todas las comunidades y obras eclesiales a acoger a todos con los brazos abiertos para curar sus heridas con la misericordia de Dios y los mejores medios técnicos y profesionales; a salir a las periferias -físicas y existenciales- y a compadecerse de los últimos de la sociedad, llevándolos en sus hombros y haciéndoles experimentar el bálsamo de la misericordia, tal como muestran las dos grandes parábolas evangélicas elegidas por el papa. La del Padre misericordioso que expresa cómo la Iglesia está llamada a ser siempre

“**La casa abierta del Padre [...] no es una aduana, es la casa paterna donde hay lugar para cada uno con su vida a cuestas**” (EG, 47);

una casa de puertas abiertas en la cual todas las personas sin exclusiones puedan

“**Sentirse acogidas, amadas, perdonadas y alentadas a vivir según la vida buena del Evangelio**” (EG, 114).

La del Buen Samaritano que permite expresar las actitudes que la Iglesia ha de tener para ser signo de misericordia:

5. Cf. Fitzmeier, J.A. El evangelio según Lucas, III. Madrid: Cristiandad, 1987, 277.

6. Cf. Fabri, R., “La parábola del buen samaritano (Lc 10,25-37)”. Parola, Spirito e Vita: quaderni di lettura biblica 1 (1985) 126-141, en p. 136; Hultgren, A. J. Le parabole di Gesù. Brescia: Paideia, 2004, 106.

“La Iglesia “en salida” es una Iglesia con las puertas abiertas para mirar a los ojos y escuchar, o renunciar a las urgencias para acompañar al que se quedó al costado del camino” (EG, 46, 169).

La Iglesia ve a sus hijos con amor, se conmueve al conocer sus historias, se aproxima a ellos no para juzgarlos sino para acompañarlos, con paciencia (EG, 24) y sostenerlos con los sacramentos. De manera especial con la eucaristía, “un generoso remedio y un alimento para los débiles” (EG, 47).

5/

Una especial pedagogía para el encuentro: la parábola del Buen Samaritano.

En los escritos del papa Francisco se percibe su convicción de que en el encuentro personal con Jesucristo nace una persona nueva, portadora de la novedad del Maestro en el mundo; una persona capaz de superar el moralismo, la superficialidad, el espiritualismo o la comodidad del “paso frívolamente de largo” y “no he hecho nada malo”, para pasar al obrar con amor respondiendo a la pregunta “¿quién es mi prójimo?” (Lc 10,29), no con discursos o palabras, sino con obras de vida. Esta persona nueva armoniza las dimensiones que la constituyen como hijo de Dios e hijo de la tierra, para transformar la realidad. Como pórtico de entrada a la parábola, encontramos un breve diálogo entre un doctor de la ley y Jesús (Lc 10, 25-28),

en el que el letrado le pregunta al Maestro por lo que debe hacer para ganar la vida eterna, con intención de ponerlo a prueba, y él mismo acabará dando con la respuesta correcta al unir el amor a Dios y al prójimo y recibiendo la confirmación de su acierto por parte de Jesús. Lucas se concentra en la ortopraxis, en cómo vivir el amor para heredar la vida eterna (Lc 10,25).

El amor a Dios y al prójimo constituye un solo mandamiento y su unidad se valida en el “hacer” del amor por el prójimo. Ese primer diálogo concluye con el interrogante sobre el prójimo (Lc 10,29), que prepara y abre un segundo momento de diálogo en el cual Jesús contesta con una historia realista (Lc 10,30-35), que constituye una de las llamadas parábolas de la misericordia⁵ para honra del género humano. Es una narración representada y contada infinidad de veces, que siempre está rebotante de significado y cargada de sentido.

La contrapregunta del jurista plantea los límites del amor pedido por Jesús hacia el prójimo. El amor al prójimo, según el contexto de la Alianza (cf. Ex 20,17), se refiere al propio compatriota, al miembro de la misma raza.

Los paganos y los samaritanos, por su parte, eran excluidos de este amor y considerados hijos de la oscuridad. El interrogante del jurista no sólo significa la búsqueda de una definición según la Ley, sino que también cuestiona cuáles son los criterios y los límites entre prójimo y no prójimo, así como hasta dónde llega la obligación para con él⁶.

La historia comienza con un solo hombre sin identidad determinada (v. 30), que tras haber caído en manos de salteadores está ‘medio muerto’, y continua con otros personajes pasando al lado de él. Los dos primeros llegan al lugar, pero con mirada vacía y actitud negligente, pasan de largo.

El samaritano, con mirada atenta y tocado hasta las vísceras por la situación del hombre (v. 33), traduce su conmoción interior en cinco accio-

nes: primeras curas⁷, transporte, búsqueda de alojamiento, provisión de gastos y promesa de volver (vv. 34 -35).

El sacerdote y el levita también hubieran podido ayudar al hombre herido, si no lo hicieron no fue tanto por la Ley, sino como por su falta de compasión y discernimiento⁸.

Cabe decir que su ideología de matriz religiosa les sirvió de excusa para no responder a la realidad del malherido. Francisco avisa que “la realidad es más importante que la idea”.

6/

Con entrañas de misericordia.

Precisamente el verbo que utiliza para expresar la misericordia (**splagcnizomai**, v. 33) señala el corazón como lugar donde se experimenta el sentimiento y revela una actitud existencial dispuesta a ayudar al otro. La actitud de poner todos los medios necesarios, el tiempo, los esfuerzos o la misma vida para ayudar.

La misericordia en Jesús une el ver al otro y el estar dispuesto a ayudarlo. Por tanto, la condición de prójimo no es una cualidad estática, sino que se manifiesta en actos concretos (v. 37)⁹. Las entrañas de misericordia expresan la actitud de quien trasciende el egocentrismo y abre su corazón a los demás, en particular a los que más le necesitan.

Trascenderse e ir a los demás no es debilidad, sino fortaleza en la vulnerabilidad: porque somos vulnerables tenemos capacidad potencial de encuentro; porque dependemos unos de otros, somos tenenos que cuidarnos. No se trata de unas conductas autómatas o determi-

nistas, sino de una libre autodeterminación y de una autorrealización en la fragilidad del bien (M. Nussbaum). La persona es tan libre que puede superarse, olvidarse de sí y sobrepasar los propios límites¹⁰.

En la compasión del samaritano resplandece la misericordia de Dios (cf. Lc 1,78; 15,20) manifestada en Jesucristo (cf. Lc 7,13). En la tensión constructiva que se abre entre el amor al prójimo y el amor a Dios coloca el samaritano su quehacer de cuidar.

Más aun, el texto propone una serie de acciones y actitudes que se ofrecen a modo de invitación y, paradójicamente, se formulan en imperativo¹¹. Así, el seguimiento implica activar los mecanismos de la acción que hacen el amor real. El énfasis de la narración de Lucas radica en la exhortación final a hacer lo mismo y realizar las mismas acciones marcadas con el sello del cuidado: “**haz tú lo mismo**”.

7

“Haz tú lo mismo”: aproxímate con concreción y sentido universal.

Ante la pregunta: ‘¿quién es mi prójimo?’ (o ¿a quién debo ayudar?) Jesús propone un cambio de paradigma: del prójimo como objeto de amor catalogado dentro del propio círculo de intereses religiosos, culturales, económicos o políticos, al prójimo como todo aquel que esté necesitado de ayuda. Por ello, la respuesta al prójimo será hacerse prójimo, ser capaz de superar toda clase prejuicios para acercarse y poner acciones de amor misericordioso.

7. El óleo y el vino que usó el Samaritano se utilizaban en Palestina y también en Grecia como remedio terapéutico. El primero, para disminuir el dolor; el segundo, para limpiar y desinfectar las heridas. Según prescribe la norma ritual, también se utilizaban para los sacrificios en el templo (cf. Lv 23,13).

8. Cf. Hultgren, A. J. o. c., 108-110.

9. Cf. Esser, H. H. «Misericordia», en: L. COENEN, E. BEYREUTHER, H. BIETENHARD (eds.). Diccionario teológico del Nuevo Testamento, III. Salamanca: Sígueme, 1993, 104.

10. Cf. Kasper, W., La misericordia. Santander: Sal Terrae, 2015, 29-30.

11. Cf. FITZMEIER, J.A. o. c., 282.

LH n.329

12. Cf. FROM, E.
El arte de amar.
Barcelona: Paidós,
1959, 34.

13. Cf. JEREMÍAS,
J. Las parábolas de
Jesús. Estella: Verbo
Divino, 2003, 131.

14. ESTÉVEZ, E.
“Salir, ver, acercarse...
Jesús, la misericordia
entrañable”.
Sal Terrae 88 (2000)
417-435, p. 427.

15. Citado en:
HARNISCH, W.
Las parábolas de
Jesús. Salamanca :
Sígueme, 1989, 245.

El prójimo como objeto de amor a un grupo determinado, primer paradigma, ha causado dramas y tragedias para la humanidad.

Si como el levita y el sacerdote de la parábola no vemos al otro si no pertenece a nuestros círculos, lo que hacemos es pasar de largo y despreciar su humanidad.

Jesús amplía la concepción del prójimo. En el sentido objetivo, prójimo es aquella persona necesitada, real y concreta, con quien me encuentro en el camino.

A quienes piden la exclusión de los no-miembros, el papa responde con la “fuerza débil” de la “universalidad concreta”, siguiendo al Señor:

“Se entendía que la ayuda debía dirigirse en primer lugar al que pertenece al propio grupo, a la propia raza... El judío Jesús transforma completamente este planteamiento: no nos invita a preguntarnos quiénes son los que están cerca de nosotros, sino a volvernos nosotros cercanos” (FT, 80).

La propuesta es hacerse

“Presente ante el que necesita ayuda, sin importar si es parte del propio círculo de pertenencia” (FT, 81).

Nuestra común pertenencia humana no debe quedar supeditada a ninguna pertenencia parcial. El evangelio de Lucas muestra la paradoja de la recepción del mensaje de Jesús en los paganos, no en los judíos, al poner a un extranjero como ejemplo auténtico y perfecto de vivir la Ley. Por ello, el amor al prójimo desborda las fronteras de la religión y revela el querer de Dios.

8/

“Haz tú lo mismo”: cuida con preocupación activa y compasiva.

En los versículos 34 y 35 se utiliza de forma diferenciada el término **epiméleia** en dos ocasiones según la traducción de los LXX, que la Vulgata expresa con el término latino **cura**.

El cuidado es parte esencial y constitutiva del amor-**ágape**. El amor requiere ciertos elementos básicos: cuidado, responsabilidad, respeto y reconocimiento. Cuando falta tal preocupación activa, no puede haber amor¹², por mucho que hablemos de él.

El amor ejecutado en el cuidado con su perspectiva universalista es un elemento constitutivo del cristianismo. El cuidado que aparece en la parábola está incluido en una de esas “**pocas ideas capitales y sencillas**”¹³ que el Señor no se cansa de inculcar en el Evangelio: resume toda la ley y los profetas como expresión del mandamiento del amor, que genera

“Modos de relacionarse inéditos e inexplicables, recrea la existencia humana, fortalece a los débiles, hace sabios a los ignorantes y libera a los oprimidos”¹³.

Ante el rostro del otro -el rostro que es “su epifanía” (E. Levinas)- conmoverse y cuidarle compasivamente nos hace humanos. No responderle, merma nuestra humanidad. El cuidado se torna respuesta a “la muda llamada del amor” (E. Jünger)¹⁵, de ahí que desentrañar y percibir esa llamada radical forma parte sustancial de la respuesta ética del sujeto.

El cuidar de modo integral al que nos adentra la parábola del Buen Samaritano pide, por lo menos, la confluencia de compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso

Así entendemos que la parábola no quiera centrar nuestra atención sobre la desgracia del hombre malherido, sino llevarnos a ver las relaciones y las acciones para que los que contemplemos la escena nos sintamos llamados a hacer lo mismo -poner el amor en el cuidado y evitar el descuido- al modo de Jesús.

En suma, el cuidar de modo integral al que nos adentra esta parábola de la misericordia pide, por lo menos, la confluencia de cinco ces¹⁶: **compasión**, que implica el reconocimiento del otro como persona y una respuesta vivencial de solidaridad; **competencia**, que señala la capacidad profesional, científico-técnica para desarrollar las actividades necesarias del cuidado; **confianza**, que alude a la relación entre los involucrados; **conciencia**, como base de elaboración de los juicios morales y la responsabilidad moral ante los hechos que acontezcan; y **compromiso**, la convergencia del deseo personal y la obligación elegida.

9/

Principales implicaciones éticas.

En escenarios tan inciertos y duros como estos con los que nos está tocando lidiar -sobre todo a los profesionales sanitarios- donde la enfermedad y la muerte acechan por doquier y las cautelas en las relaciones pugnan por instalarse, que la ética se enraíce en el encuentro y el cuidado es más necesario que nunca, y no únicamente para regir las relaciones interpersonales, sino para los grandes asuntos del poder planetario. La ética del cuidado ha de asumir la dimensión universal del encuentro entre los pueblos de la Tierra, sin olvidar los asuntos de carácter local y las distancias cortas, donde se produce el encuentro cara a cara.

Desde el encuentro, la virtud del cuidado engendra una responsabilidad que se dirige a las relaciones interpersonales y de cada uno consigo mismo, pero llega hasta la naturaleza no humana; por eso la conjunción de encuentro y cuidado nos pone delante de una “**ecología integral**”, donde se une lo social y lo ambiental. Encuentro y cuidado llaman al progreso de la tecnología y su uso, pero sobre la base de un humanismo donde está en el centro la persona y su dignidad.

La persona que todos y cada uno de los humanos somos es vulnerable y ello se vuelve condición de posibilidad para el auténtico encuentro y para el cuidado que surge de la responsabilidad por el otro (**Levinas**), la reciprocidad en la dependencia constitutiva (**MacIntyre**), el reconocimiento tanto interpersonal como político (**Honneth y Taylor**) y la compasión eficaz del Buen Samaritano que se acerca y cuida al malherido/medio muerto al borde del camino, con entrañas de misericordia, tal como lo narra Jesús en el evangelio de Lucas, poniendo palabras a su propio modo de actuar y vivir. Asimismo, la ética del cuidado pide encuentro entre disciplinas diversas para que juntas se complementen en perspectivas y conocimientos científicos, dando base al itinerario ético para un desarrollo humano integral. La metodología ha de incluir, pues, la deliberación, el diálogo y el discernimiento sobre qué debemos hacer o dejar de hacer.

La ética del encuentro/cuidado debería impregnar todas las respuestas a la pandemia y los procesos de reconstrucción/recuperación que necesitamos. En ello tiene que jugar un papel especial la política del bien común, como alta forma de la caridad, y los políticos, llamados a “preocuparse de la fragilidad de los pueblos y de las personas” (**FT, 188**), a “construir pueblo con todos”, teniendo “grandes objetivos y mirada amplia, realista y pragmática, más allá de su propio país” (**FT, 190**).

A todos nos toca la tarea de promover la cultura del encuentro desde una ética del cuidado, en

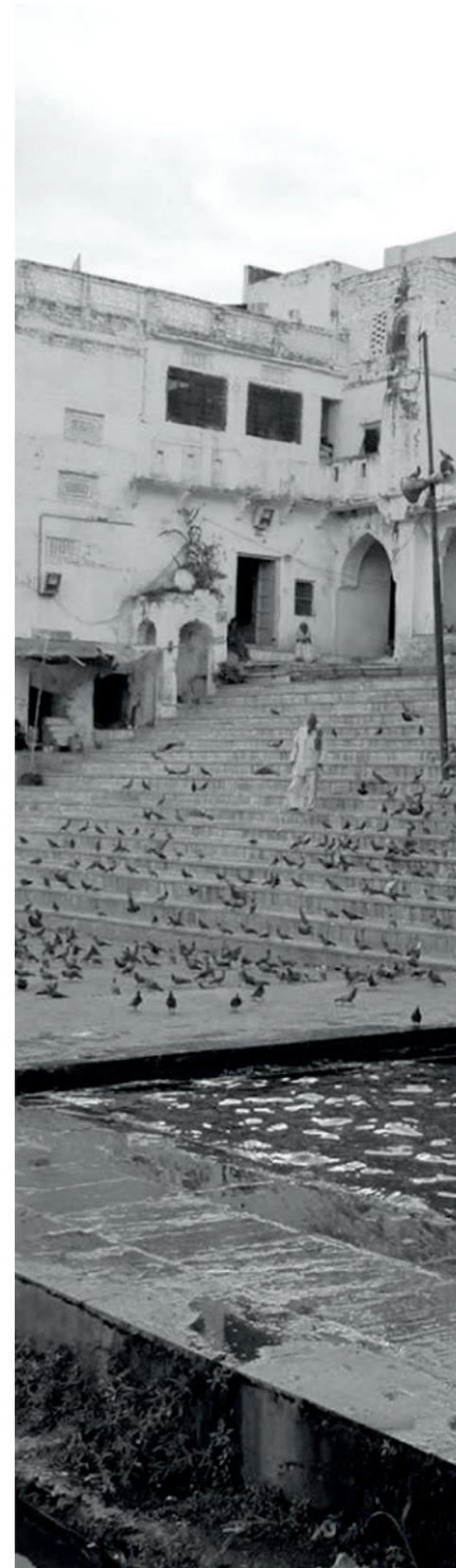
16. Cf. FEITO, L. Ética y enfermería. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2009, 154.

LH n.329

nuestros contextos diarios, en los distintos niveles de las relaciones humanas, en los cuidados de la salud, en las conversaciones, en las redes sociales, en la vida cívica, en la formación de los niños y jóvenes, en la hospitalidad hacia los inmigrantes, en los mensajes que ponemos en circulación en la sociedad...

“Cada uno de nosotros está llamado a ser un artesano de la paz, uniendo y no dividiendo, extinguiendo el odio y no conservándolo, abriendo las sendas del diálogo y no levantando nuevos muros” (FT, 284).

He querido proponer el encuentro y el cuidado como columnas que sostienen la clave de bóveda ética de un nuevo humanismo a la altura de los tiempos recios que nos toca vivir. Juntos nos llevan a la hospitalidad que da nombre a esta revista y sentido a los desvelos de muchos.







06/

Iglesia y misión samaritana.

Jesús Etayo Arrondo, O.H. ,
Superior General de la Orden Hospitalaria
de San Juan de Dios. Roma

El Hno. Jesús Etayo nos plantea la misión de la Iglesia como una misión integral para ofrecer la alegría de la salvación al mundo mediante la compasión de la gente, especialmente de los más necesitados, y la identificación con los más vulnerables. También nos expone una Iglesia cuya característica esencial es su misión samaritana porque en el centro de esa misión está el ser humano y el mundo que es amado, perdonado y salvado por un Dios compasivo, misericordioso y lleno de ternura.

En este tiempo de pandemia, dice el Hno. Jesús, que la misión samaritana de la Iglesia se hace más evidente, delante de tanto sufrimiento, dolor, soledad e incertidumbre. La solidaridad, la hospitalidad y la actitud samaritana, son una llamada continua del Papa Francisco. Muchas personas han dado un testimonio enorme con su entrega y solidaridad: los profesionales sanitarios, los voluntarios y las familias que han compartido lo suyo con quienes han perdido el trabajo, la vivienda y han atendido a sus seres queridos, muchas veces en situaciones de mucha tristeza. Ojalá que todo no termine con el final de la pandemia, sino que ayude al mundo a repensar las estructuras y los estilos de vida.

Palabras clave: Misión, Fraternidad, Samaritano/a, Prójimo.

Brother Jesús Etayo poses the Church's mission as an integral mission to offer the joy of salvation to the world. A salvation through the people's compassion, specially of the most needy, and the identification with the most vulnerable. He also exposes a Church whose essential characteristic is its Samaritan mission. At the heart of this mission there is the human being and the world which is loved, forgiven and saved by a compassionate, merciful and full of tenderness God.

In this pandemic time, Brother Jesus says, Church's Samaritan mission becomes more evident, in front of such suffering, painfulness, loneliness and uncertainty. Solidarity, hospitality and Samaritan attitude are a constant call of Pope Francisco. Many people have given a huge testimony with their dedication and solidarity: healthcare professionals, volunteers and families who have shared their goods with those who have lost their job or housing, and who have taken care of their loved ones, sometimes in very sad situations. Let us hope that all this remain after the end of the pandemic, helping the world to rethink our structures and life styles.

Key words: Mission, fraternity, Samaritan, Neighbour.

LH n.329

La Iglesia fundada por Cristo, que es su Cabeza, tiene su razón de ser en la misión que el mismo Jesús le encomendó:

“Id y haced discípulos míos en todos los pueblos, bautizándolos en el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo y enseñándoles a guardar todo lo que yo os he mandado” (Mt 28,19-20).

Como el Padre me envió a mí, así os envío yo a vosotros (**Jn 20, 21**). Efectivamente así sigue enviando a su Iglesia y a cada uno de los que la formamos, en un movimiento permanente de salida misionera para llevar la luz del Evangelio a todo el mundo. Se trata de una misión integral cuyo objetivo es ofrecer la alegría de la salvación al mundo mediante la conversión profunda a los valores y criterios del Señor (**Cf. Mc 1,15**) y la adhesión a su proyecto de salvación, del Reino de Dios (**Cf. Mt 4,18**), siendo la sal y la luz para el mundo (**cf. Mt 5,13**).

En la misión de Jesús y por tanto de su Iglesia hay dos elementos muy presentes:

A) La compasión de la gente, especialmente de los más necesitados, **porque parecían como ovejas sin pastor (Cf. Mc 6,34);**

B) la identificación con los más pequeños, pobres, enfermos y necesitados,

Lo que hicisteis a uno de estos mis pequeños hermanos a mí me lo hicistéis... Cuanto dejasteis de hacer en favor de los más humildes, también a mí dejasteis de hacerlo” (Mt 25,40.45) .

Desde esta perspectiva y sin todavía haber hablado del término “samaritana” podemos decir que la misión samaritana es una característica esencial de la misión y de la vida de la Iglesia, de forma que se podría decir que la misión de la Iglesia es samaritana o no es. Porque en el centro de la misión está el ser humano y el mundo que es amado, perdonado y salvado por un Dios compasivo, misericordioso y lleno de ternura, que se identifica con la persona asaltada y agredida en el camino y alaba la actitud del samaritano, que nos la propone como alternativa al mundo basado en el prestigio, la competencia y la ley del más fuerte, cuyo resultado final es el caos y la autodestrucción.

En este tiempo de pandemia, la misión samaritana de la Iglesia se hace más evidente, delante de tanto sufrimiento, dolor, soledad e incertidumbre. La solidaridad, la hospitalidad y la actitud samaritana, son una llamada continua del Papa Francisco, a través de sus muchos discursos, especialmente durante la pandemia. Muchas personas nos han dado un testimonio enorme con su entrega y solidaridad: los profesionales sanitarios, los voluntarios y las familias que han compartido lo suyo con quienes han perdido el trabajo, la vivienda y han atendido a sus seres queridos, muchas veces en situaciones de mucha tristeza.

Ojalá que todo no termine con el final de la pandemia, sino que ayude al mundo a repensar las estructuras y los estilos de vida, superando las otras pandemias del egoísmo y la ley del más fuerte, en línea con la misión samaritana de la Iglesia y con lo que propone el **Papa Francisco**: construir un mundo donde reine la amistad social y la fraternidad².

1. CIVCSVA. Identidad y Misión del Religioso Hermano en la Iglesia. Ciudad del Vaticano 2015, nº 27.

2. Cf. Papa Francisco. Carta Encíclica Fratelli Tutti. Ciudad del Vaticano, 3 octubre 2020, 99 y 103.

3. Cf. Congreso Internacional de la vida consagrada. Ed. Claretianas. Madrid 2015. Introducción, pág 31.

1/

Pasando por Samaría, junto al pozo de Jacob.

La misión samaritana de la Iglesia no se puede entender sin este doble viaje de Jesús a Samaría y del samaritano, que podría ser Jesús, a tierras judías, donde se desarrolla la parábola, a decir por los personajes que intervienen. Los judíos despreciaban a los samaritanos, porque los consideraban cismáticos y herejes, por ello Jesús decide pasar por allí y luego elegirá un samaritano como ejemplo.

No pretendo hacer un comentario exhaustivo y menos una exégesis del encuentro de Jesús con la mujer samaritana y todos los demás personajes que intervienen en este cuadro tan precioso de **San Juan (4,1-42)**. Quiero sobre todo remarcar que la misión de la Iglesia pasa por un encuentro personal con Jesús, que cure interiormente nuestras heridas, lavándolas con el agua que purifica y sana y de cuya fuente de agua viva y verdadera necesitamos beber cada día.

En el diálogo y encuentro de la mujer con Jesús, sintió en su corazón el atractivo de su persona, de su misterio y de su mensaje. Por Él abandonó su cántaro, es decir su antigua vida y se convirtió en testigo y sembradora del Evangelio³.

Tras encontrar el agua viva que le ofreció Jesús invita a la gente de su pueblo: venid a ver a un hombre, que me ha adivinado todo lo que he hecho. ¿Será acaso éste el mesías?...y decían a la mujer: No creemos ya por lo que tu nos has dicho, nosotros mismos lo hemos oído y estamos convencidos de que éste es de verdad el salvador del mundo **(4,29.42)**

Apasionarse por Cristo, beber de su fuente y cuidar con intensidad y compromiso la vida espiritual resulta la base para la vida de cualquier

cristiano y el fundamento para la misión, a la que todos somos llamados. Que nuestro corazón sea habitado por el Señor, nos ayudará a no dejarnos vencer por la tentación del activismo sin corazón ni sentido evangélico, que concluirá por desorientarnos y perdernos.

Ciertamente el paso por la fuente de la vida para beber el agua de Cristo que nos sacia, implica salir de nosotros mismos con el compromiso para construir el reino de Dios, comprometidos con la creación y con el amor y entrega a todos los seres humanos, especialmente a los preferidos de Dios, los sencillos, pequeños, humildes, pobres y maltratados, los descartados de nuestra sociedad. Y es que la pasión por Cristo exige la pasión por la humanidad y por toda la creación.

A veces buscamos el agua en pozos que están secos o que dan aguas insalubres, o simplemente no buscamos porque nos sentimos fuertes y autosuficientes. Esto último es simplemente ceguera, y bien nos lo ha enseñado la pandemia: que poco somos, un virus ha puesto en jaque al mundo. El cristiano necesita encontrar y beber cada día del pozo donde está Jesús, el agua de la vida.

2/

Llegó un samaritano y se compadeció de él.

La conocemos como la parábola del buen samaritano, un icono admirado más allá de la Iglesia y de las religiones. Una parábola genial. Como en el apartado anterior solo me centraré en lo que es sustancial a mi modo de ver en el presente discurso.

De los muchos comentarios existentes quisiera referirme de forma breve a uno de los últimos

LH n.329

conocidos, el que el Papa Francisco hace en su encíclica **Fratelli Tutti**. El transfondo de la parábola se inicia cuando se plantea el desafío de las relaciones entre las personas. Un inicio poco consolador es la respuesta de **Caín** que destruye y mata a su hermano **Abel**. Hay una evolución en el Antiguo testamento y también en el Nuevo donde resuena con fuerza el **amor fraterno**.

“Jesús propuso esta parábola para responder a una pregunta: ¿Quién es mi prójimo? La palabra “prójimo” en la sociedad de la época de Jesús solía indicar al que es más cercano, próximo. Se entendía que la ayuda debía dirigirse en primer lugar al que pertenece al propio grupo, a la propia raza. Un samaritano, para algunos judíos de aquella época, era considerado un ser despreciable, impuro, y por lo tanto no se lo incluía dentro de los seres cercanos a quienes se debía ayudar. El judío Jesús transforma completamente este planteamiento: no nos invita a preguntarnos quiénes son los que están cerca de nosotros, sino a volvernos nosotros cercanos, prójimos”⁴.

“¿Con quién te identificas? Esta pregunta es cruda, directa y determinante. ¿A cuál de ellos te pareces? Nos hace falta reconocer la tentación que nos circunda de desentendernos de los demás; especialmente de los más débiles. Digámoslo, hemos crecido en muchos aspectos, aunque somos analfabetos en acompañar, cuidar y sostener a los más frágiles y débiles de nuestras sociedades desarrolladas. Nos acostumbramos a mirar para el costado, a pasar de lado, a ignorar las situaciones hasta que estas nos golpean directamente”⁵.

Se trata de **una gran revolución**, la del amor y de la fraternidad sin límites. La cuestión no es decir quién es mi prójimo, y por tanto puedo elegir porque puedo entender que hay personas que no son “**mi prójimo**” de modo que no tengo ningún compromiso con ellas. Jesús da un giro diametral con esta parábola: Nosotros somos prójimos universales, de todos los hombres y mujeres y tenemos el deber y la responsabilidad, porque son nuestros hermanos y hermanas, de pararnos, escucharlos y asistirlos en todo lo que necesiten. Primero ellos y luego yo: **revolución** que nos cuesta entender y sobre todo practicar.

Para ello es necesario la compasión del corazón, compadecerse de quien está en necesidad.

Tener un corazón “**movido a compasión**”, con entrañas de misericordia y ternura, que son las que Dios tiene con todos los hombres y mujeres, sus hijos e hijas. Por eso podríamos decir que es la parábola de la compasión y de la ternura.

“Pero llegó un samaritano, que iba de viaje, y, al verlo, se compadeció de él.”(Lc 10,33).

Los Evangelios nos muestran con frecuencia a Cristo que se siente conmovido y compadecido delante de las personas que sufren cualquier enfermedad o necesidad: **Mt 20,24; Mc 1,40; 6,34; Lc 7,13; Jn 11,33-35**.

“Es así que la pasión por Cristo se transforma en compasión que sale al paso de los dolores y necesidades de la humanidad... es así que la pasión por Cristo nos lanza a la profecía de la compasión. Que resuene siempre en ustedes la causa de lo humano como causa de Dios”⁶.

4. Fratelli Tutti, 80

5. Fratelli Tutti, 64

6. Papa Francisco. Discurso a los miembros del LXIX Capítulo General de la Orden de San Juan de Dios. Roma 1.2.2019

Una Iglesia de samaritanas y samaritanos significa una Iglesia que es llamada a beber del Espíritu del Señor y del agua que sana

3/

El sueño de una Iglesia de “samaritanas” y “samaritanos” para un mundo de fraternidad.

El “**tener un sueño**” es una figura usada con frecuencia en la biblia a través de la cual Dios se se comunica con las personas (cf. **Gn 15,13; 37,5; 1Sam3; Dan 7,1ss; Hec 16,9; Mt 1,20; 2,13.19.22**). Por tanto no es solamente un deseo, sino una llamada que en este caso podríamos decir coincide con la misión que el Señor pide a su Iglesia y a cada uno de los que la formamos.

El título de este apartado no es una cuestión de género. Se refiere a los personajes que hemos indicado antes. Una Iglesia de samaritanas significa una Iglesia que es llamada a beber del Espíritu del Señor y del agua que sana, purifica, refresca y da la vida y cuya fuente es Cristo (**Cf. Jn 4,23ss; Rom 8,15**).

Ir cada día a beber a esa fuente inagotable hará estar a la Iglesia y a todos sus fieles, disponibles para salir a predicar el mensaje evangélico y hacer presente el reino de Dios.

Cuando miramos a nuestro mundo vemos muchos gestos de solidaridad y amor, especialmente cuando suceden algunos hechos trágicos, naturales o no, como está siendo el caso de la pandemia. Pero por desgracia no es lo habitual.

Deseo solo indicar algunos “**pecados más principales**” que encontramos: falta de respeto a la creación, a la tierra, al medio ambiente que está agotando el planeta e irresponsablemente está dejando un futuro hipotecado para las próximas generaciones⁷.

Cuando miramos al ser humano, a nuestros hermanos, descubrimos ataques flagrantes contra la dignidad del hombre y de la mujer, hasta llegar a destruir la vida de nuestros semejantes. Algunas personas, no se sabe con qué fundamento, se arrojan derechos y actuaciones para su beneficio conculcando todos los derechos de los demás.

La desigualdad entre las personas por el lugar dónde han nacido y viven, por razón del género, el racismo, el abandono de los que terminan siendo excluidos por motivos diversos, sociales, económicos, familiares, de enfermedad creándose una sociedad del descarte, los que viven todavía hoy bajo la esclavitud, los que son víctimas de cualquier tipo de abuso y aquellos más vulnerables, a los que en razón de un puñado de votos, vaya usted a saber a veces cómo son negociados y conseguidos, se les niega el derecho a nacer o se les empuja a terminar su vida antes de lo previsto, porque no se les ofrece la ayuda oportuna y necesaria⁸.

Estamos creando un mundo inhóspito, de extraños y enemigos y no de hermanos, que es lo que somos. Los migrantes y también los “**que van estorbando**”, a una sociedad neoliberal, política y económicamente injusta que ignora de hecho la dignidad de estas personas, se convierten primeramente en “**gente extraña**” y de ahí pasan a ser concebidos como enemigos, que hay que controlar, rechazar y expulsar, más allá de bonitas y vacías declaraciones políticas que se hacen a veces.

En definitiva y podríamos seguir, pero ¡cuánto dolor, sufrimiento y soledad, el producido por los hombres y mujeres que han decidido que son superiores y han dejado en la cuneta, y lo siguen haciendo, a sus propios hermanos, que tienen su misma dignidad!. Un sufrimiento que sube cada día hasta Dios como en tiempos de la esclavitud del pueblo de Israel en Egipto, (**Ex 3,7ss**) y del que quiere liberar a su hijos e hijas a través de su Iglesia, construyendo el sueño de Dios para la humanidad, donde reine la fraternidad, la paz y el respeto de la creación y de todo lo creado.

7. Cf. Papa Francisco. Carta Encíclica Laudato Si. Ciudad del Vaticano 2015. 14 y 48.

8. Cf. Papa Francisco. Carta Encíclica Fratelli Tutti, 18 Cf. Carta Encíclica Evangelii Gaudium. Ciudad del Vaticano 2013. 213 y 214 Cf. Carta Encíclica Laudato Si, 120 y 123 Cf. Soñemos juntos. El camino a un futuro mejor. Conversaciones del Papa Francisco con Austen Ivereigh. Madrid 2020, pág 37.

LH n.329

La misión samaritana de la Iglesia se hace especialmente necesaria y patente en el momento actual que vivimos. Es necesario un batallón de samaritanos que salgan por los caminos del mundo para recuperar la dignidad y la esencia del ser humano y del planeta donde habita. Necesitamos **prójimos** de todos los hombres y mujeres, especialmente de los descritos como descartados, abandonados, esclavizados, excluidos y maltratados. El Señor envía hoy a su Iglesia y a cada uno de nosotros, a pararnos en los caminos, dejando nuestros planes y programas, cuando encontremos una hermana o hermano herido, enfermo o excluido que necesita un prójimo que nos necesita.

Para ser **samaritano** se requiere un corazón capaz de **compadecerse**⁹, como el de Cristo, que haya hecho el camino de la conversión y del cambio de los criterios y valores de la indignidad y el descarte por los de la fraternidad, la compasión, el amor gratuito y misericordioso. De ese modo se podrá andar el camino a la inversa y convertir a todos los hombres y mujeres en hermanos y hermanas, nunca más en extraños y enemigos. A través del corazón compasivo se descubre al propio Cristo, identificado con el pobre y necesitado (Cf. Mt 25,40ss).

La misión es ardua y a contracorriente, por eso y para mantenerse fuertes y no ceder a la tentación, es necesario beber con frecuencia de la fuente de la que mana el agua de la vida, ser “samaritanas” que creen y aman con pasión a Cristo. Desde ahí el samaritano se puede hacer prójimo de todos y puede llevar a quien sufre la ternura y el amor de Dios, poniéndose a su entera disposición.

En esta misión sirve, más que las palabras el testimonio y los hechos, lo que hizo el samaritano. Lo que hemos visto en muchas personas solidarias, tocadas por la compasión, durante la pandemia del covid-19. En este sentido son muy iluminadoras las líneas guía que el Papa Francisco acaba de dar a la Iglesia, primero con la encíclica **Laudato Si'**, sobre el cuidado de la casa común y últimamente con la encíclica

Fratelli Tutti, sobre la fraternidad y la amistad social, poniendo la parábola del buen samaritano como el icono a seguir.

La misión samaritana de la Iglesia es por naturaleza abierta y disponible a caminar con todos los hombres y mujeres de buena voluntad, de todas las culturas, razas, naciones y religiones, promoviendo la cultura del encuentro, para construir el sueño de Dios, que está presente en el fondo del corazón de todo ser humano.

Desde esta realidad todos los hombres y mujeres somos llamados a ser samaritanos a ser, más que a hacernos, prójimos -hermanos- de nuestros hermanos, que son todos los seres humanos. Por eso la Iglesia debe ser abierta y debe superar actitudes temerosas y poco audaces que van en contra de su misión y de quién es su cabeza, Cristo el Señor.

4/

La Hospitalidad al servicio de la misión samaritana de la Iglesia.

Una forma específica y concreta de promover la misión sanitaria de la Iglesia es a través del carisma de la hospitalidad evangélica de San Juan de Dios y de la Orden Hospitalaria que lleva su nombre desde hace casi cinco siglos.

La hospitalidad tiene como icono y espejo la parábola del buen samaritano y la misión de la Orden se define así:

“Animados por el don recibido, nos consagramos a Dios y nos dedicamos al

9. Cfr. Cortina, A, Aporofobia, el rechazo al pobre. Un desafío para la democracia. Barcelona, 2017, pág. 168: “Educar para nuestro tiempo exige formar ciudadanos compasivos, capaces de asumir la perspectiva de los que sufren, pero sobre todo de comprometerse con ellos”

Para ser samaritano se requiere un corazón capaz de compadecerse, como el de Cristo, que haya hecho el camino de la conversión y del cambio de los criterios y valores de la indignidad y el descarte por los de la fraternidad, la compasión, el amor gratuito y misericordioso

10. Constituciones de la Orden de San Juan de Dios. 1984, art. 5a.

11. Papa Francisco. Discurso a los miembros del LXIX Capítulo General de la Orden de San Juan de Dios.

servicio de la Iglesia en la asistencia a los enfermos y necesitados, con preferencia por los más pobres. De este modo, manifestamos que el Cristo compasivo y misericordioso del Evangelio permanece vivo entre los hombres y colaboramos con El en su salvación¹⁰.

Recientemente nos decía el Papa Francisco a la Orden:

“El samaritano cuidó del herido. El verbo “cuidar” tiene dimensión humana y espiritual. Jesús quiere que toquemos la miseria humana, que toquemos su carne en la carne de los que sufren en el cuerpo o en el espíritu. Tocar, para dejarnos tocar. ¡Nos haría tanto bien! Y entonces sus vidas se transformarán en icono de las entrañas de misericordia de Dios, configurándose finalmente con Cristo compasivo y misericordioso, que pasó por el mundo haciendo el bien a todos (cf. Hech 10,38) y curando toda clase de enfermedades y dolencias (cf. Mt 4,23)... Les pido que creen redes “samaritanas” en favor de los más débiles, con atención particular a los enfermos pobres, y que sus casas sean siempre comunidades abiertas y acogedoras para globalizar una solidaridad compasiva”¹¹.

Nuestro carisma y nuestra misión entran de lleno en la misión samaritana de la Iglesia. Misión que se transmite sobre todo con el testimonio y los hechos a favor de los débiles y vulnerables. Por eso quisiera reseñar algunos proyectos samaritanos, que al igual que otros Institutos y grupos de la Iglesia, estamos llevando a cabo, cooperando así con la llamada a la fraternidad universal.

Bamenda): Desde 2016 se viene desarrollando una grave crisis con ataques continuos de rebeldes que luchan contra el gobierno del país y que están produciendo muchas pérdidas humanas inocentes, así como de sus propiedades y también un éxodo y desplazamiento en masa de los habitantes de la zona hacia lugares más seguros. En el centro de la crisis está presente una comunidad de la Orden con un pequeño centro sanitario y varios dispensarios en el territorio, que ha decidido continuar su misión samaritana, acompañando a la población y asistiéndola sanitariamente y en todo lo que sea posible, al menos en lo más fundamental: atención a las mujeres embarazadas, a los niños y personas más vulnerables. La Familia de San Juan de Dios ayuda a sostener financieramente el centro, pero ellos, los Hermanos y los laicos que les ayudan son los auténticos héroes y samaritanos. De hecho en agosto de 2018 fueron atacados y secuestrados los religiosos. Con la ayuda de la población fueron liberados muy pronto para poder continuar su misión.

B) Creando redes samaritanas en Barcelona: Además de la pérdida de muchas vidas humanas y las secuelas en la salud que está dejando a otras muchas, la pandemia del coronavirus ha traído otras consecuencias graves de tipo social, económico, ético y espiritual. Un colectivo especialmente golpeado han sido un importante grupo de mujeres sin hogar. A este fin se ha puesto en marcha el centro Llabor (Semilla): Es un centro residencial de inclusión, de estancia temporal para 40 mujeres sin hogar, solas o con hijos, que ofrece una atención integral: acogida residencial, formación profesional e inserción laboral. Es un centro, producto de un acuerdo y colaboración entre cuatro entidades: el Ayuntamiento de Barcelona, la Fundación Ared, las Hermanas Salesianas y la Orden de San Juan de Dios.

A) En medio de los ataques de los rebeldes en Batibó (Suroeste de Camerún, diócesis de

C) Comedores sociales, bancos de alimentos y acompañamiento a personas de la calle:

LH n.329

No es novedad, pero es cierto que se han intensificado y aumentado debido a la pandemia. Muchas personas de todo tipo, todas personas necesitadas, vienen cada día a los diversos comedores sociales de la Orden en Granada, Sevilla, Murcia, Ciempozuelos (Madrid), Jérez de la Frontera y otros lugares como Caracas y Maracaibo en Venezuela con el proyecto “La Olla hospitalaria”. En algunos centros y en colaboración con el banco de alimentos, Cáritas y otras instituciones se ayuda a las personas con la entrega de productos básicos para su alimentación, en especial de los ancianos y los niños. En otros lugares los Hermanos y Voluntarios salen por las noches para acompañar personas que tienen por casa la calle, un espacio con cartones o viven debajo de un puente. Les visitan, les dan alimentos y bebidas calientes así como medicinas si están enfermos y se les ofrece ayuda para otras necesidades. Es el caso del programa Mensajeros de la noche en varias ciudades de Perú o en Palermo con el centro Padre Olallo.

D) Cuidando el medio ambiente. En muchos lugares va creciendo la conciencia de cuidar el ambiente y el planeta. Quiero resaltar aquí dos, precisamente en África. Uno en el hospital que la Orden tiene en Monrovia (Liberia) con un importante proyecto de placas solares para generar energía, que apenas existe en el país, si no es con generadores alimentados por queroseno, tan contaminante. El otro es un proyecto que se está iniciando en colaboración con el Dicasterio para el Desarrollo Integral de los pueblos, del Vaticano, llamado WASH, con el fin de tener acceso adecuado al agua así como conseguir el saneamiento e higiene adecuada en las instalaciones sanitarias en todas las instalaciones sanitarias católicas para tratar a los pacientes de forma segura, prevenir una mayor propagación del COVID-19 y de otras enfermedades.

E) Cuidando a los contagiados, a los ancianos, discapacitados, enfermos mentales y sin hogar, en tiempos de Covid-19: Bastantes hospitales de la Orden han asistido a muchas

personas contagiadas, con gran tensión en algunos momentos, sin olvidar la atención espiritual, desde la creatividad y la innovación carismática. Pero tan importante o más ha sido cuidar de todas las personas que viven y residen en nuestros centros, que son sus casas: ancianos, discapacitados, enfermos mentales, personas sin techo y otros, a quienes ha sido y es necesario cuidar en medio de las restricciones, confinamientos y otras dificultades, para que no solo no se contagien, sino que vivan con serenidad y paz. Algunos han perdido la vida. También religiosos, colaboradores profesionales y voluntarios se han contagiado, muriendo incluso algunos a consecuencia del virus. A todos ellos nuestro homenaje y agradecimiento por el testimonio que nos han dado.

Son solo algunos ejemplos de la misión samaritana de la Iglesia que realiza la Orden de San Juan de Dios. Son, como nos invita el Papa Francisco, hospitales de campaña para curar las heridas más elementales¹² y posadas, como la de la parábola del buen samaritano, al servicio de la vida¹³, siendo **iconos de las entrañas del amor de Dios y verdaderos artesanos de la hospitalidad**¹⁴.

5/

Conclusión: Anda y haz tu lo mismo.

Esta es la conclusión final de la parábola del buen samaritano y es el envío que Jesús hace al doctor de la ley que le había preguntado. Es también la pregunta que hace a la Iglesia permanentemente y a cada uno de nosotros. De la respuesta a esta petición de Jesús, que es un claro envío misionero, depende la misión de la Iglesia y el proyecto salvador del Señor: una

12. Cf. Spadaro, Antonio. Entrevista al Papa Francisco. L'Osservatore Romano, edición semanal en lengua española, Año XLV, n. 39 (2.333), viernes 27 de septiembre de 2013).

13. Cf. Papa Francisco. Discurso a los miembros del LXIX Capítulo General de la Orden de San Juan de Dios.

14. Cf. Papa Francisco. Viaje a Tailandia. Discurso a las autoridades el 21 de noviembre de 2019.

15. Cf. Papa Francisco. Discurso a los miembros del LXIX Capítulo General de la Orden de San Juan de Dios.

Iglesia en salida a los caminos del mundo para evangelizar llevando el amor compasivo y misericordioso de Dios a quienes sufren.

No sirven respuestas como la del levita o la del sacerdote. No es aceptable mirar para otro lado cuando en nuestro camino encontramos un ser humano herido o necesitado. Eso es negar la dignidad del ser humano, eso es hacer división y promover el descarte, eso es apostar por un mundo de extraños y enemigos.

La respuesta que el Señor espera es la de convertirnos en **samaritanos** que se hacen prójimos de todos los seres humanos y especialmente de los más frágiles y vulnerables, devolviéndoles su dignidad y de este modo construyendo la fraternidad universal que sueña Dios, el Padre de todos nosotros, sus hijos y por lo tanto hermanos entre nosotros. **Samaritanos** que beben en la fuente de la vida, que es Cristo el Señor, como la **samaritana**. **Samaritanos que promueven y globalizan la solidaridad compasiva y se unen a los demás en una caravana de solidaridad**¹⁵.

Dicho de otro modo, el Señor espera de nosotros la respuesta de la **hospitalidad**, que abre su corazón y su casa para que cualquier hermano que llame a nuestra puerta, con más razón los más pobres y vulnerables, encuentren quien les abra, les haga entrar y los trate como si estuviesen en su propia casa. Aquí solo caben amigos y hermanos. Es el camino de construir la fraternidad universal, verdadera y auténtica alternativa al mundo injusto que promueve y práctica el descarte, la desigualdad y que mira a otro lado ante las necesidades de los demás.

Es el camino del sueño de Dios como alternativa a aquel que en realidad echa a Dios, lo abandona, lo ignora y piensa que así es más grande y poderoso, cuando en realidad es solo el camino de los orgullosos y autosuficientes que le llevará a ningún lado, al sinsentido, a crear más sufrimiento y en definitiva a perderse.

Anda y haz tu lo mismo, como lo hicieron tantos santos entre los que destaco a San Juan

de Dios, San Camilo de Lellis, San Vicente de Paúl, San Daniel Comboni, San Benito Menni, Santa Teresa de Calcuta y a tantos laicos, hombres y mujeres, religiosos, religiosas, sacerdotes y muchos hombres y mujeres de otras religiones y culturas diferentes, que como el samaritano de la parábola, se han hecho y se hacen prójimos cada día de todos los hombres y mujeres, especialmente en necesidad, con quienes se encuentran y que con respeto profundo cuidan del medio ambiente y en general del planeta.

07/

Experiencias





01/7

Duelo y Covid. La pastoral de la muerte y el duelo en tiempo de pandemia.

César Cid Gil¹,Díacono. Counsellor en Duelo y
Atención Espiritual al final de la Vida.
Clínica Hestia. Madrid
Tanatorios M-30 y Sur de Madrid.

1/

Morir hoy.

Expulsada del entorno directo, la muerte se oculta tras la enfermedad y deja de ser un problema humano de carácter religioso para ser un hecho puramente biológico. El proceso se acorta y se abarata, con la sana intención de pasarlo cuanto antes y volver a retomar el mundo de los vivos.

Quizás, el desconcierto sea el sentimiento dominante de todos los que afloran, que agrupa especialmente al miedo y a la impotencia. En la actualidad la sociedad no ha descubierto una acción sustitutiva de la religiosidad, que considera anacrónica, para enfrentarse a las consecuencias de la muerte.

La cultura actual no sabe qué hacer con la muerte y cómo gestionar sus consecuencias. La actitud frecuente es retrasar su llegada y ocultarla cuando acontece. Afrontar además la muerte propia, es un ejercicio que compromete a todas las dimensiones de la persona y dependerá de las circunstancias particulares de cada uno.

2/

COVID-19.

La situación de pandemia que vivimos ha añadido dos elementos nuevos al dolor por la pérdida: el aislamiento del cadáver y la suspensión de todo rito y/o ceremonia de despedida. Esta medida preventiva puede dificultar el procesamiento del duelo en muchos casos, como tarea pendiente necesaria para reconocer la realidad de la pérdida.

En la base de todo está la imposibilidad de despedirse y como consecuencia de ello la incapacidad para retener una imagen de cierre, es decir, la conclusión de un tiempo existencial y el comienzo de otro, nuevo y muy duro.

En el tanatorio suelo priorizar la atención a familias con pérdidas repentinas, situaciones traumáticas y muertes prematuras -observación subjetiva de intención clarificadora para describir fallecimientos de niños, jóvenes y personas de mediana edad-, para ofrecerles la escucha y el counsellor, así como cualquier ayuda posible

1. Es autor de "Mientras vivías. Historias de acompañamiento al final de la vida" (Kolima Books 2017) y "Acompañar el final. Prosa para una muerte serena" (BAC 2019).

ante el impacto de la muerte. Sin embargo, durante la pandemia, el sufrimiento por la pérdida se ha transformado incrementándose y sin poder aplicarle alguna de estas medidas debido a las restricciones para las relaciones interpersonales derivadas de la pandemia y la exigencia de distanciamiento social.

3/

María.

María -nombre ficticio- me permitió acompañarla en la sala velatorio porque no quería dejar a su hermana del alma, ni un minuto: **“tengo que aprovechar el poco tiempo que me queda para estar a su lado”**, me dijo. Inicé con ella una conversación sencilla para desbloquear el tono del diálogo. Su hermana del alma, amiga y compañera, yacía a nuestro lado (tras el cristal del túmulo) víctima De la COVID con 45 años. Sentí que María tenía muchas cosas que decirle.

Compruebo a diario que estas situaciones generan sentimientos de culpa e indefensión. Le propuse que pusiese en orden su corazón en ese momento hablándole a su hermana, de la misma manera que lo hacía mientras la cuidaba en el hospital, hasta que se limitaron las visitas.

Esto, que puede parecer una locura porque el duelo no ha empezado, no lo es tanto. No se trata de espiritualizar al cadáver fomentando alucinosis ni de teatralizar una situación absurda como recurso terapéutico. No. Resulta que no es necesaria una respuesta para ofrecer amor a otro y, de hecho, ni siquiera él (el ser amado) tiene que darse por enterado.

Incumbe al que ama abrirse al amor y no lo hace para esperar resultados. El proceso es sanador y restituye la relación con el que murió.

Claro que, acompañarlo y facilitarlo, requiere paciencia y ciertas habilidades. María volvió a llorar mientras agradecía a su hermana tanta vida regalada. Ello le facilitó una apertura interior que le permitió perdonarse y sentir el amor de su hermana querida como nunca.

El dolor más insoportable puede llevarnos a un momento de amor inconmensurable, que transforme el drama de la vida en una ocasión para crecer.

Para ello es bueno utilizar cualquier recurso, siempre que no favorezca el anclaje entre muertos y vivos. Conviene celebrar el amor experimentado durante el tiempo que vivió, sin alimentar pensamientos mágicos al respecto y expresar claramente la despedida como algo definitivo. La experiencia del amor y la presencia de Dios siguen siendo las herramientas más hermosas para expresar cierta esperanza, entre tanto dolor incontrolado.

02/7

Un modelo de atención especial, para unas personas muy especiales.

Lourdes Casas Rodríguez,

Profesora de educación especial
y responsable del SAER.

Centro San Juan de Dios. Valladolid.

En todos los centros de atención social o socio-sanitaria hay un funcionamiento, una manera de hacer las cosas y un estilo de atención que responde a un modelo asistencial propio.

En nuestros centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios también tenemos un modelo asistencial que da respuesta a las necesidades de un colectivo muy variado, pero con una característica común de vulnerabilidad, derivada de variadas situaciones.

Este modelo asistencial es fiel a la identidad institucional sustentada en unos principios y va-

lores perfectamente definidos, expresa un estilo concreto que denominamos “el estilo de San Juan de Dios”, presta una atención integral que tiene en cuenta todas las dimensiones de la persona y está en proceso de mejora continua para atender a la persona con calidad y calidez.

La realidad es que no todos los centros de la Orden Hospitalaria son iguales y hay una gran variedad en cuanto a los colectivos atendidos, tanto en el campo de la salud como en el de los servicios sociales y que nosotros denominamos sectores de atención.

Pero esto no es impedimento para compartir un modelo de atención en este marco de complejidad de servicios, sino que es una oportunidad para trabajar con un estilo propio en el que se pone en el centro a la persona vulnerable, teniendo en cuenta una serie de aspectos fundamentales como la humanización, la asistencia espiritual y religiosa o la bioética.

Y la gran riqueza añadida es que cada centro en función de su naturaleza y el colectivo de personas a las que atiende, concreta aún más ese modelo a su singularidad, para garantizar una respuesta asistencial adaptada y de calidad.

En este artículo, me voy a centrar en el modelo de atención al colectivo de personas con discapacidad intelectual. Si echamos la vista atrás a los últimos dos siglos, ha habido una evolución en los modelos de atención a las personas con discapacidad.

Si nos remontamos a los inicios de los centros de la Orden Hospitalaria dedicados a la atención a personas con discapacidad en nuestro país, nos tenemos que situar a mediados del pasado siglo.

En este momento el modelo que había en la atención a este colectivo, era el médico-rehabilitador que ponía el foco en rehabilitar a estas personas. De hecho, el centro en el que yo trabajo de Valladolid se inauguró en el año 1960 con el nombre de “**Instituto Médico-Pedagógico infantil del Niño Jesús para niños deficientes**

mentales”, respondiendo claramente a ese modelo de la época. De este modelo de causa científica, se pasó a un modelo de causa social que se inicia en los años 70 y que pone en foco en la sociedad en lugar de en la persona.

Sitúa la raíz del problema en las limitaciones de la sociedad para asegurar las necesidades de las personas con discapacidad y pone en valor la dignidad de estas personas, la aceptación de la diferencia, su utilidad en la sociedad y el reconocimiento de sus derechos.

Este modelo fue un avance y el punto de apoyo para avanzar al siguiente que fue el de la inclusión social, en el que nos encontramos actualmente y que ha tenido un gran impulso en el año 2006 con la Convención de las Naciones Unidas de los derechos de las personas con discapacidad.

En este modelo el foco se pone en la inclusión social, es decir en que las personas sean ciudadanos de pleno derecho, para lo cual la sociedad tendrá que hacer una serie de actuaciones a varios niveles para lograr la participación plena de estas personas en todas las esferas de la vida social.

Esto es tan solo una pincelada de la evolución de modelos y paradigmas que han existido en la atención a personas con discapacidad.

Nuestros centros han ido evolucionando también al ritmo de la sociedad y se han ido adaptando a cada momento para ofrecer una respuesta adecuada a este colectivo. Creo que siempre ha habido un esfuerzo constante por mejorar y ofrecer la mejor y más actualizada calidad asistencial.

Pero lo fundamental es que esos modelos que se nos proponían los íbamos enriqueciendo con unos ingredientes propios que han hecho de ellos unos modelos únicos, con una identidad y estilo característico.

Esto puede parecer algo teórico o incluso ficti-

cio si no se conoce el funcionamiento de nuestros centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Pero esto es una realidad, y a modo de ejemplo el pasado año en el mes de febrero, en las Jornadas de Buenas prácticas en los centros de atención a personas con discapacidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, que organizó La Ciudad San Juan de Dios de Alcalá de Guadaíra, pudimos comprobar la gran riqueza y profesionalidad de nuestros centros.

En el folleto de difusión del encuentro, explicaba que, en este contexto de cambios de paradigma constante hacia la inclusión, es una obligación para los que compartimos esta identidad institucional, reflexionar constantemente sobre nuestra propia práctica diaria y enriquecernos a partir del intercambio de experiencias.

Y en este encuentro a través de todas las “**buenas prácticas**” que se presentaron de prácticamente todos los centros de España, se pudieron ver una serie de ingredientes comunes, como apuntaba anteriormente que recorrían de forma transversal el modelo de atención.

Estos ingredientes diferenciadores impregnaban las diferentes experiencias cuando en todas ellas se podía palpar un modelo de atención integral en el que todos los profesionales trabajan en equipo para ofrecer los apoyos necesarios a cada persona teniendo en cuenta todas sus dimensiones.

Y si nos centramos en la dimensión emocional y/o en la espiritual, también se puede ver como hay un reconocimiento pleno de las capacidades de la persona con discapacidad y del derecho a una atención espiritual y/o religiosa personalizada que le aporte bienestar.

Otro de los ingredientes es la bioética, que parte del reconocimiento y respeto de la dignidad inherente de las personas con discapacidad y hace un recorrido por todos los principios fundamentales y los valores de la Orden Hospitalaria aplicados con profesionalidad a este colectivo,

LH n.329

poniendo en valor su autonomía y desarrollo personal de forma constante.

Y, por último, la humanización que es algo que no solo se puede explicar, sino que se puede sentir en el trato diario. En nuestra Carta de Identidad dice que la humanización consiste en lograr que todos los profesionales trabajen por, para y con el enfermo, aplicando los mejores medios técnicos al servicio de la persona asistida.

Creo que lograr este equilibrio es fundamental y es una realidad en nuestros centros de atención a personas con discapacidad.

Los modelos de atención seguirán cambiando con los tiempos y evolucionarán como lo han hecho hasta ahora, pero la clave está en que no perdamos esta identidad que nos hace trabajar con un estilo propio, el estilo de San Juan de Dios.

Bibliografía

▶ **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2007).**

Personas con discapacidad intelectual. Manual de educación afectivo-sexual.
Madrid: Fundación Juan Ciudad.

▶ **Berzal de la Rosa, E. (2010).**

Historia del Centro San Juan de Dios en Valladolid.

▶ **Atención a las personas.**

Modelo asistencial.
(2017) Madrid. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Provincia de Castilla.

▶ *Carta de Identidad Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2012).*

Madrid: Fundación Juan Ciudad.

▶ *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.*

ONU (2006).

▶ **Etxebarria, X. (2005).**

Aproximación ética a la discapacidad.
Bilbao: Universidad Deusto.

▶ **Montaner Isnardo, J.M. (2018).**

Discapacidad y magisterio.
Valencia. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.





08/

Recursos





01/8

Bibliografía sobre fraternidad.

Biblioteca Provincial San Juan de Dios

- ▶ **Alvarado Palacios, A. (2018).**
Reflexión teológico-espiritual del diálogo: Dios-ser humano, ser humano-ser humano.
Revista Albertus Magnus, IX(1), 11-42.
-
- ▶ **Bardallo Porras, M.D. et al. (2012).**
Cuidar: arte y ciencia: reflexiones sobre la enfermería del siglo XXI.
Universitat Internacional de Catalunya.
-
- ▶ **Barrera Rodriguez, F.E. (2013).**
Sentido existencial en Gabriel Marcel y Viktor Frankl como bases de la filosofía aplicada a personas y grupos. Orientación filosófica aplicada en la enfermedad y el sufrimiento del ser-encarnado.
[Tesis doctoral, Universidad de Sevilla].
Repositori institucional - Universidad de Sevilla. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/49025/X_TD_FA-PROV10.pdf?sequence=4&isAllowed=y
-
- ▶ **Boladeras, M. (coord.). (2015).**
Bioética del cuidar: ¿qué significa humanizar la asistencia?
Tecnos.
-
- ▶ **Busquets Alibés, E. (2019).**
Ética del cuidado en ciencias de la salud: A partir de la lectura de La muerte de Ivan de Ilich de Lev Tolstói.
Herder editorial.
-
- ▶ **Busquets Surribas, M. (2019).**
Descubriendo la importancia ética del cuidado.
Folia Humanística, 12, 20-39.
-
- ▶ **Busquets Surribas, M. (2008).**
La importància ètica del tenir cura.
Annals de Medicina, 91(2), 71-74.
-

▶ **Comisión Sectorial de Humanización y Ética del Cuidar. (2010).**

Reflexiones desde la ética del cuidar.
Asociación de Bioética
Fundamental y Clínica.

▶ **Domínguez Alcón, C.,
Kholen, H., Tronto, J. (2017).**

*El Futuro del cuidado: comprensión de la
ética del cuidado y de la práctica enfermera.*
Ediciones San Juan de Dios - Campus Docent.

▶ **Granados Gámez, G. (2014).**

*Aplicación de las ciencias
psicosociales al ámbito del cuidar.* Elsevier.

▶ **Jover Torregrosa, D. (2016).**

Mar de luz: cooperación y fraternidad.
Icaria editorial.

▶ **Lorda Iñarra, J.L., Alvarez Lacruz, A. (2016).**

Antropología teológica. EUNSA.

▶ **Ruiz de la Peña, J.L. (2001).**

Imagen de Dios: antropología teológica.
Editorial Sal Terrae.

▶ **Torralba Roselló, F. (1998).**

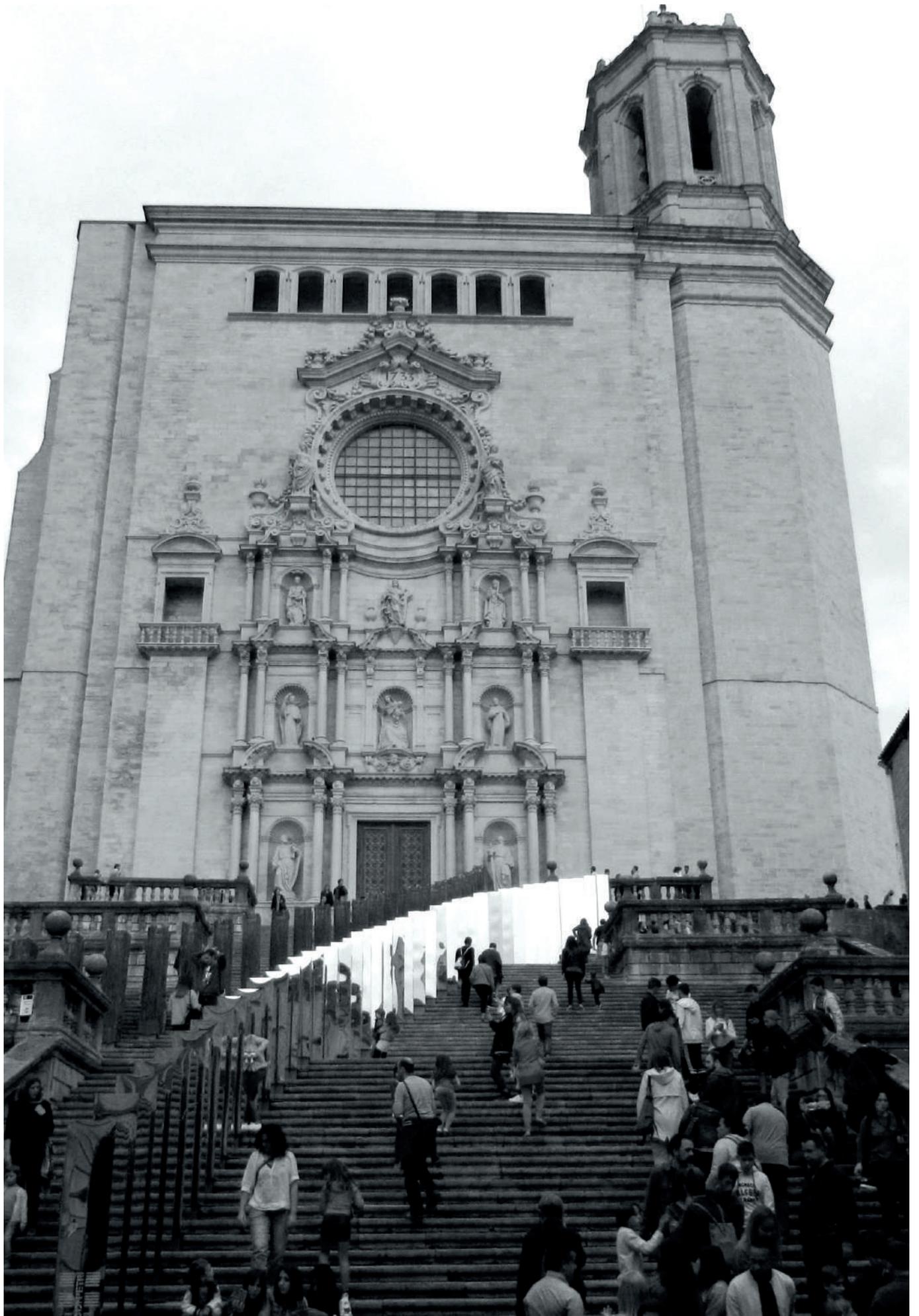
Antropología del cuidar.
Fundación MAPFRE Medicina.

▶ **Torralba Roselló, F. (2000).**

Constructos éticos del cuidar.
Enfermería intensiva,11(3), 136-141.

▶ **Torralba Roselló, F. (2002).**

*Ética del cuidar: fundamentos,
contextos y problemas.*
Fundación MAPFRE Medicina.



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

www.sanjuandedios.net

