

LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

Entre el sufrimiento y la presencia.

Medicina de mejora.

Normalizar la actuación en el parto.

Hipoacusia oralista, una condición invisible.

La vejez se prepara desde la juventud.

Aprender a envejecer.

Los valores de la Hospitalidad.

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

n.304

SEPTIEMBRE/OCTUBRE/
NOVIEMBRE/DICIEMBRE

3/2012



Hermanos de San Juan de Dios Provincia de Aragón - San Rafael

Año 62. Tercera Época
Septiembre/Octubre/Noviembre/Diciembre
Número 304. Volumen XLIV

Consejo de Redacción

Dirección - José Luis Redrado, O.H.

Coordinadores

Ética de la Salud - Margarita Bofarull, rscj
Pastoral - Rudesindo Delgado
Humanización - Amèlia Guilera

Administración - Dolores Sáenz
Coordinación - Lluís Guilera i Roche
Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

Humanización - Anna Ramió,
Laura Martínez, Javier Obis
Pastoral - Abilio Fernández,
Marje Goikoetxea, Jesús Martínez
Ética de la salud - Manuel de los Reyes López,
Juan Ramón Lacadena, M^a Pilar Núñez-Cubero

Dirección y Redacción

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono. 93 630 30 90
08830 Sant Boi del Llobregat - Barcelona
curia@ohsjd.es

Fotografía

Alba Felip y Carles Sailllas

Información y suscripciones
revistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

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

Editorial. p10

01/ Entre el sufrimiento y la presencia. p12

M^a Jesús Albuerne

02/ Medicina de mejora. p22

M^a Pilar Núñez-Cubero

03/ Normalizar la actuación en el parto. p34

Margarita García de Vicuña

04/ Hipoacusia oralista, una condición invisible. p40

Fluvià Artells

05/ La vejez se prepara desde la juventud. p48

Arnaldo Pangrazzi

06/ Aprender a envejecer. p56

Juan Martín Velasco

07/ Los valores de la Hospitalidad. p64

Boletín de suscripción

LH

Año 2013

España 36 €
Zona Euro 50 €
Resto 50 \$

Enviar esta hoja debidamente
complimentada a:
Hermanos de San Juan de Dios,
Dr. Antoni Pujadas 40,
Tel. 936 303 090,
08830 Sant Boi de Llobregat

www.sanjuandedios.net
curia@ohsjd.es
revistas@ohsjd.es

Sus datos serán introducidos en nuestro fichero de suscripciones,
cuya responsable es Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.
La finalidad del fichero es el envío de las publicaciones y de acuerdo
con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 Diciembre, usted puede ejercitar
los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación,
dirigiéndose a la administración de la publicación.

Apellidos		Nombre	
Calle	Número	Piso	Puerta
Código Postal	Población		
Provincia o País			
Teléfono	E-mail		
Profesión			

Indique con una X la forma de pago que le interese

Por cheque nominativo adjunto nº _____
a favor de LABOR HOSPITALARIA

Por Caja o Banco (rellenar la orden por pago siguiente, sin omitir datos)

Banca o Caja de Ahorros

Titular de la cuenta

Entidad Oficina DC Núm. de cuenta

Ruego a ustedes se sirvan de tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán
adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista
LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

Fecha

Firma



Los Hermanos de San Juan de Dios han celebrado su LXVIII Capítulo General

La Orden Hospitalaria que estos días ha celebrado su LXVIII Capítulo General en Fátima (Portugal) ha designado nuevo Superior General al **Hno. Jesús Etayo Arrondo**, vinculado a la Provincia de Aragón-San Rafael.

Desde el año 2006 ocupaba el puesto de 2º consejero general y anteriormente, del 1995 al 2001, había sido Superior Provincial.

Después de haber sido elegido Superior General, el Capítulo ha elegido a los consejeros que le acompañarán en el gobierno de la Orden Hospitalaria durante los próximos seis años y que el Capítulo ha aprobado:

1º Hno. Rudlof Knopp

2º Hno. Giampietro Luzatto

3º Hno. Benigno Ramos, sac.

4º Hno. Pascal Ahodegnon



El Capítulo General además de la elección del Superior General también ha servido para profundizar en el “**Instrumentum Laboris**”, el documento que ha elaborado la Comisión Preparatoria y aprobado por el Definitorio General, y que intenta recoger la realidad de la Orden Hospitalaria y sus inquietudes de cara al futuro manifestadas en los documentos y reflexiones de la Iglesia y de la Orden.

El tema central ha sido “La familia de San Juan de Dios” y se ha intentado profundizar, clarificar y buscar nuevos horizontes para el futuro de la Hospitalidad que desarrolla la Orden y que hacen referencia a la identidad de la familia hospitalaria, a la estructura de la misma y a las formas de concebir el concepto de familia, sentido de la misma, dedicación y camino hacia el futuro. Se ha realizado una evaluación de todo el sexenio, destacando aquellos retos que se plantearon en el Capítulo General de 2006 y se han llevado a cabo, en todos los ámbitos (Formación, Bioética, Pastoral de la Salud, Postulación General, Cooperación Internacional, Económico y Secretaría General) y por regiones (Asia Pacífico, Africa, Europa y América). Los Jóvenes San Juan de Dios han tenido un papel destacado en este Capítulo plasmando acciones encaminadas a que la Hospitalidad pueda llegar cada vez más al corazón de los más jóvenes. Creemos que puede ser de interés a nuestros lectores conocer el espíritu que anima al nuevo gobierno, y nada mejor un perfil biográfico y una entrevista con el Hno. Jesús Etayo.

Perfil biográfico del Hno. Jesús Etayo Arrondo

El Hno. Jesús Etayo nació el día 26 de mayo de 1958, en Fustiñana (Navarra). Procedente de la Escuela Apostólica de Zaragoza, comenzó el Postulantado en Septiembre de 1974 en Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Pasó al Noviciado de Carabanchel Alto (Madrid) en Septiembre de 1975 y allí realizó la profesión Temporal el

29 de Septiembre de 1977. Emitió la Profesión Solemne el día 12 de octubre de 1983, en la Escuela Apostólica de Zaragoza, donde ejercía como formador. Durante su preparación técnica realizó los estudios elementales, preuniversitarios y se diplomó en Enfermería en Barcelona, a finales de junio de 1980. Comenzando a continuación los estudios de Teología y la especialidad de Vida Religiosa en Zaragoza y Madrid (en el período entre 1980 y 1985).

En el año 2002, en Barcelona, realizó un postgrado de Pastoral de la Salud y posteriormente, un máster de Bioética en el Institut Borja de Bioètica de Barcelona. Es ordenado diácono en Zaragoza por Mons. Elías Yanes, Arzobispo de Zaragoza, el 13 de Abril de 1985 y de presbítero por Mons. Javier Osés, obispo de Huesca, en su pueblo natal el 21 de Septiembre de 1985.

Ha desarrollado la Hospitalidad en distintos centros de Formación (Escuela Apostólica, Responsable del Prepostulantado, Maestro de Novicios y de Escolásticos) y en la actividad pastoral con personas afectadas neurológicamente, disminuidos psíquicos y ancianos en Madrid; realidades de marginación en el Albergue de Barcelona y con inmigrantes en Sant Vicenç del Horts (Barcelona); salud mental en Sant Boi de Llobregat (Barcelona) y en uno de los centros penitenciarios de Barcelona.

En el servicio de Animación y Gobierno ejerció como Consejero Provincial, Responsable de las Áreas de Pastoral Social y de la Salud, Bioética, Voluntariado, Formación, Estilo de Vida, en distintos períodos, y Superior Provincial de 1995 a 2001. Ha participado en varios Capítulos Generales y el 16 de octubre de 2006, en el transcurso del LXVI Capítulo General fue elegido 2º Consejero General, asignándole las áreas de Bioética y de Formación de Hermanos. Geográficamente ha tenido encomendada la animación de las Provincias de España, Portugal y Francia hasta el día del 2 de noviembre en el que ha sido elegido Superior General.

Hno. Jesús Etayo, Superior General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios



Lo primero, enhorabuena por este nuevo reto que te han confiado para los próximos 6 años. Ni que decir tiene que nos alegramos mucho. Qué opinión te merece la celebración del Capítulo, cómo has visto a los Hermanos y a los Colaboradores que han participado por primera vez con estatus consultivo.

En primer lugar, un saludo cordial y fraterno para los lectores de LABOR HOSPITALARIA. La celebración del Capítulo General ha sido una experiencia muy positiva de espiritualidad, de universalidad y al mismo tiempo de fraternidad y comunión.

Una asamblea grande, en algunos momentos con más de ciento veinte personas, contando los invitados, traductores y personal de secretaría, que además de llevar adelante los trabajos capitulares hemos experimentado y vivido durante tres semanas como una auténtica Familia Hospitalaria de San Juan de Dios.

Como tal Familia todos, Hermanos y Colaboradores, nos hemos sentido bien, en un ambiente sereno, fraterno y hospitalario que nos ha permitido llevar adelante las sesiones capitulares, reflexionando, dialogando, discerniendo, evaluando y proyectando al futuro la realidad de la Orden.

Es cierto que los Colaboradores han venido por primera vez con estatus consultivo, es decir, no como invitados, sino de acuerdo al derecho que les otorgan los nuevos Estatutos de la Orden. Sin embargo desde 1994 los Colaboradores han participado en los Capítulos Generales como invitados, con las mismas características y participación que en el actual.

De todos modos, llevas ya seis años en el Gobierno General como consejero pero, sinceramente, ¿qué supone asumir esta nueva responsabilidad al frente de la Orden?.

Efectivamente he formado parte del Consejo General los últimos seis años y sin duda eso es una gran ayuda para asumir esta nueva misión,

porque muchos temas los conozco, al igual que la realidad de gran parte de la Orden y el ambiente que se vive en la Curia General y en Roma. Sin embargo ya viví la misma experiencia cuando fui elegido Superior Provincial en el año 1995 y, salvando las distancias, puedo decir que el cambio fue muy grande, como lo está siendo ahora. Asumir la última responsabilidad como Superior General, significa que uno es elegido como último referente en la Orden para todo. Aunque evidentemente uno no lo debe, ni lo puede hacer todo, sin embargo le llega todo, debe preocuparse por todo y debe dar respuesta a todo, especialmente a aquellas situaciones más importantes, para lo bueno y para lo no tan bueno.

En definitiva, la responsabilidad es mucho mayor y las implicaciones también. Sin embargo, debo decir que lo vivo como una experiencia de fe y, por tanto, como una llamada de Dios a seguir sirviéndole ahora desde esta misión. Sólo con su ayuda, la de San Juan de Dios y la de toda la Familia de San Juan de Dios, podré llevar adelante nueva misión.

¿Cuáles son los retos de futuro de este sexenio?

De forma sintética los desafíos que la Orden debe afrontar mirando los próximos años y que han sido identificados en el Capítulo General son los siguientes:

- Seguir promoviendo la renovación de la Orden en todos sus ámbitos, como respuesta a las necesidades internas de la propia institución, pero también como respuesta a la nueva realidad y los nuevos desafíos que el mundo y la propia Iglesia nos plantea.
- Es fundamental para la Orden mantener viva y actual la misión y el carisma de Hospitalidad, de manera que en la actualidad y en el futuro podamos seguir ofreciendo un servicio de evangelización a través de la asistencia y cuidados de calidad de los enfermos, los pobres y los necesitados.
- Consolidar la visión de la Orden como Familia Hospitalaria es otra prioridad de la que se derivan otras muchas que tienen que ver con

la identificación y la corresponsabilidad de los Colaboradores, su formación y los diversos modos posibles de participación en nuestra Familia.

- La vida espiritual y fraterna de los Hermanos, la pastoral vocacional y la formación inicial y permanente son retos que debemos afrontar de una manera decidida, especialmente el de la pastoral vocacional, aunque dada la realidad no es un tema fácil.
- Finalmente, y no porque sea el menos importante, en los tiempos de crisis mundial que vivimos, el Capítulo ha sentido una especial llamada a redoblar los esfuerzos a favor de las personas más afectadas por esta crisis y a fomentar, a pesar de las dificultades que también nos afectan a nosotros, la cooperación internacional.

En una sociedad globalizada y cada más laica, ¿cómo se posiciona la Orden Hospitalaria ante esta coyuntura?

La Orden se posiciona siempre como una institución de Iglesia al lado de los enfermos, de los más vulnerables y desfavorecidos de la sociedad. Ni podemos ni queremos perder nuestra identidad ni nuestro patrimonio espiritual y cultural, eso nos haría perderlo todo.

Pero precisamente nuestra identidad y el espíritu que inspiró a San Juan de Dios, nuestro Fundador, y que sigue inspirándonos a nosotros hoy, nos sitúa en medio del mundo, encarnados en las realidades concretas, tratando de llevar la Hospitalidad de Dios a los más desfavorecidos, más allá de las ideas, nacionalidades, razas o religiones. Esta posición nos hace estar abiertos al diálogo con el mundo y a la cooperación con quienes tienen la buena voluntad de servir a los demás. Especialmente en este mundo cada vez más descristianizado, creemos necesario potenciar el diálogo de la fe con la ciencia, con la cultura y con otras confesiones y religiones. Con todos y a partir de todos podremos construir un mundo más humano, más digno y en definitiva más cristiano.

editorial

LA VIDA. Hermosa, frágil, breve. Nos lo recuerda el salmista: “Para ti mil años son un ayer que pasó... Aunque vivamos setenta años y el más robusto hasta ochenta..., pasan aprisa y nosotros volamos” (Salmo 90).

Pero no son los años que cuentan, sino la vida de los años. Por ello, mientras vivas, vive. Dice Séneca: “En tres tiempos se divide la vida: presente, pasado y futuro. El presente es brevísimo; el futuro, dudoso; el pasado, cierto”. Un misterio. El tiempo pasa y pasamos con la vida. Ayer ya pasó, sólo tengo entre las manos el hoy. ¿Vivir?. No tenemos tiempo, vamos deprisa, corremos; una cosa sucede a otra sin haberla experimentado, gustado, vivido.

La vida del hombre es un bien, es manifestación de Dios, signo de su presencia; es un don, un soplo divino (Cfr. Gen. 2, 7; Ev 34). La Iglesia recoge justamente esta dignidad y vocación del hombre (GS 12) Y si la vida de todo hombre es un don, es imagen de Dios, podemos afirmar que el único dueño de la vida humana es Dios; por ello, podemos decir, la vida humana es sagrada, es inviolable.

Ante el misterio de la vida nace en el hombre la admiración, el respeto, la gratitud y, por ello, la acogida, la defensa, el cuidado y la celebración. Son expresiones subrayadas fuertemente en la encíclica *Evangelium Vitae*. De igual modo la “Carta de los Agentes Sanitarios” del Pontificio Consejo de la Pastoral de la salud está toda ella desarrollando esta idea central de la vida e invitando a todo agente de salud a descubrir este alto valor de su servicio a la vida; “ministros de

la vida” llama la Carta a los Agentes Sanitarios (Cfr. n.º. 1 al 10). Páginas hermosísimas para leer y meditar. Y después de esta amplia introducción la Carta desarrolla las tres fases importantes de la vida: engendrar, vivir y morir.

Invitamos a nuestro lectores de LH a acercarse a estas dos fuentes, les servirán de buena introducción para una atenta lectura de los temas que ofrecemos en este número de Labor Hospitalaria; temas de la vida, del ciclo de la vida. Desde el inicio hasta el final, pasando por el progreso, la mejora, tanto técnica, como humana, psicológica y espiritual... A ello van dirigidos los diferentes temas del presente número que el lector tiene en sus manos.

José L. Redrado, OH
Director





1. Reflexiones y comentarios presentados el 14 de mayo de 2010, con motivo del vigésimo octavo aniversario de la Pastoral de la Salud, en Puebla, Pue. México.

01/Entre el sufrimiento y la presencia¹

Dra. María de Jesús Albuérne Fentanes,

Profesora en la Universidad Autónoma de Tlaxcalab. México.

Nuestro ritmo de vida nos lleva a un activismo, a un “hacer” tantas cosas, a “no tengo tiempo de nada”, y desempeñamos además, roles para demostrar nuestra capacidad y rendimiento.

Pero en ese devenir habrá que detenernos y preguntarnos cómo “somos” y “vivimos” el encuentro con el sufrimiento. Los profesionales de la salud, hacemos nuestro trabajo, pero algunos expresan que se necesita una cierta dureza emocional y así, cada uno guarda sus reflexiones y miedos. Formar e integrar un grupo interdisciplinario para “saber hacer” y “poder hacer” cualquier cosa, sentirse útil ante la angustia a lo desconocido, al sentimiento de impotencia del personal sanitario, y de los familiares, buscando no solo de ocuparse de los dolores del cuerpo, sino también de los del alma. Aquí es dónde la pastoral de la salud desarrolla su trabajo y se presenta en nombre de Jesús.

Acompaña y asiste a enfermos y moribundos, acude diariamente al misterio de la vida y la muerte.

Tarea apasionante sin lugar a dudas, pero también muchas veces llena de dificultades. Trabajamos en el silencio, tras bambalinas, sin protagonismos ni aplausos, donde no en pocas ocasiones se cuestiona y se duda de la efectividad de nuestro trabajo y se nos exigen un plus que muchas veces no somos capaces de vivir y ofrecer.

Necesitamos detenernos para pedirle al Señor que guíe nuestro encuentro con el enfermo y sus familiares, un acercamiento a un espacio lleno de fragilidad y vulnerabilidad, de necesidades y posibilidades, de proyectos frustrados y esperanzas nuevas, con respeto, ya que es una tarea sagrada, y todo esto, desde nuestro propio sufrimiento y vivencia, ser empáticos, escuchando lo verbal y no verbal del enfermo. El enfermo nos habla y nosotros le hablamos sin decir nada, Dios calla, “se esconde en el manto del silencio”, un silencio que reconforta.

Deseo comenzar mi intervención con un agradecimiento a los organizadores de esta **jornada de la Pastoral de la Salud**, por su confianza y su invitación para compartir con ustedes algunos comentarios que puedan ayudarnos a reflexionar sobre nuestro compromiso y tarea diaria junto al que sufre, junto al enfermo, tarea apasionante sin lugar a dudas, pero también muchas veces llena de dificultades.

Formamos parte de una sociedad que corre de un lado a otro todo el día. Nuestro ritmo de vida nos lleva a un activismo, a un “hacer” tantas cosas, que no nos detenemos a cobrar conciencia sobre lo que hacemos y lo que vivimos. A menudo decimos o escuchamos expresiones tales como: “**no tengo tiempo de nada**”, o bien, “**no tiene tiempo de nada**”.

Nos esforzamos por desempeñar roles, hacer cosas, demostrar nuestra capacidad y rendimiento, así como cuantificar nuestro quehacer para sentir que lo que hacemos vale la pena y, si además, el resultado que hemos logrado es el que consideramos y creemos que debe ser, nuestra sensación de “bienhacer” las cosas, está asegurada.

Sin embargo, necesitamos detenernos y preguntarnos no sobre “**cuanto**” hacemos, sino “**cómo**” somos y “**cómo**” vivimos nuestros encuentros con el sufrimiento, el dolor de la enfermedad y la muerte. Necesitamos descubrir en cada uno de nosotros una nueva forma de presencia que incluya no solo el “**hacer**” sino, el “**ser**”, el “**como ser**” y desde “**donde ser**”.

Trabajamos en el silencio, tras bambalinas, sin protagonismos ni aplausos, donde no en pocas ocasiones se cuestiona y se duda de la efectividad de nuestro trabajo y nos exigen un plus que muchas veces no somos capaces de vivir y ofrecer.

La posibilidad de reflexionar sobre la presencia de religiosos y laicos con los enfermos, desde la Pastoral de la Salud nos posibilita a “**ser**”: una oreja que escucha, un corazón que late, una mano que consuela, una presencia que cuestiona, un silencio que conforta, una mirada que tranquiliza. Ser capaces de acoger, sostener, consolar, orar, estar, acompañar, descansar, creer, esperar, etc. a través de nuestra presencia, con resultados imperceptibles e incuantificables, donde solo la certeza en Dios nos alimenta y descansa.

1/

Personal, enfermedad e instituciones.

La enfermedad y la muerte, son eventos complejos y difíciles de asimilar. En la formación profesional de médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras y personal en general etc. no se prevé ninguna forma de elaboración de todo lo que significa confrontarse con las personas que sufren.

Los profesionales de la salud, hacen su trabajo en el cuerpo del enfermo que sufre, buscan formas para disminuir el dolor y echan mano de una serie de recursos científicos para alargar la vida del paciente. Todos buscan “**curar**” aún cuando saben que ocurrirá lo inevitable: la muerte.

A pesar que la idea de la muerte está presente en todos los seres humanos, en la vida diaria

La enfermedad y la muerte son eventos complejos y difíciles de asimilar

se tiende continuamente a negarla. Los avances tecnológicos en el mundo de la medicina, como son: la erradicación de muchas enfermedades y el alargamiento de la vida, han determinado una ilusión de que viviremos eternamente aquí en la tierra y por consiguiente mostramos un rechazo a la muerte. Nos olvidamos que la enfermedad y la muerte son hechos naturales, eso sí, difíciles de aceptar. Es poco usual que la muerte sea considerada como parte natural del proceso de la vida, se la considera como “**algo**” que hay que combatir, como algo incomprensible, injusto e irracional.

Por ejemplo, en ocasiones podemos ser testigos del dolor y el sufrimiento de un niño o un joven, que con sus pocos años nadie quisiera que muriera. Los vemos sudar copiosamente, con la boca semiabierta y una respiración afanosa y fatigada; advertimos moretones en sus brazos y piernas, cuando no un catéter conectado a su vejiga por donde se desliza un líquido rosáceo, probablemente sangre. Pliegues en un su cuerpo, llagas que laceran la piel, y cuerpos mudos e inertes conectados a tubos y máquinas disponibles para “**ayudar**” al enfermo a vivir.

Lo que se vive diariamente en hospitales, sanatorios y centros especializados, no tiene nada que ver con el proceso de morir que vemos tantas veces en las películas y en la televisión. En los films las personas se apagan de improviso, unos momentos antes estaban lucidos, hablaban y a veces sonreían y unos momentos después están muertos. Mantienen un buen aspecto, no aparecen sudados, ni con un horrible color de la piel...sin embargo el color, el olor, la temperatura y tacto desagradable de alguien que muere no significa nada frente al dolor y el sufrimiento de la pérdida del ser querido. En general, las familias están olvidadas del mundo médico, que le pone más atención a curar las enfermedades que a tener cuidado de las personas.

El sentimiento de los padres de un niño o de un joven cuando continúan acariciando el rostro y el cuerpo inerte del hijo, o bien, estar junto

a un padre en estado de coma por largas horas o días es verdaderamente una prueba dura y muy perturbadora por el sufrimiento que se experimenta al no poder hacer nada ante lo que está sucediendo.

Médicamente la muerte es un proceso biológico; la persona no respira más, el corazón deja de latir, el pulso desaparece, el cuerpo se enfría, técnicamente se puede decir que “**han cesado las funciones vitales**”. Los médicos testifican el hecho, señalan la causa, día y hora de la muerte. El cuerpo se traslada a otra habitación en espera de completar los trámites legales para entregarlo a los familiares y profesionales que se harán cargo del cuerpo. Pero ¿qué pasa con todo lo que desencadena dolor y sufrimiento?

No pocas veces, hemos escuchado al personal sanitario expresar que para este tipo de asistencia se necesita una “**cierta dureza emocional**” es decir, se observa que se da una contención emotiva en el personal, en médicos y enfermeras, y “**no se habla**” de lo que sucede. Todo queda en lo “**no dicho**”, cada uno guarda sus reflexiones y sus miedos. ¿Qué fin tienen los sentimientos del personal sanitario, privados de palabras y pensamientos, ahogados en los gestos de un “**hacer**” a menudo redundante? El hacer, cubre precisamente -en las instituciones- los espacios del pensamiento, de la elaboración y de la reflexión: los afectos se convierten en gestos, las ideas se condensan en hechos, los sentimientos se restringen en la cotidianidad del deterioro de los servicios, prevalece solo el “**hacer**” que sofoca las emociones y las evita.

Enfermos que ante el shock del diagnóstico y de los tratamientos, esperan que una cirugía les sirva para extirpar el mal y retoman el deseo de vivir porque su esperanza se reestructura. Miradas perdidas de quien ingresa al hospital o al sanatorio por miedo a un examen radiológico que los ayude a conocer lo que les sucede, la vergüenza a ser vistos desnudos, el insomnio que acompaña la incertidumbre, y el miedo, el dolor y el rechazo de quien se ve mutilado y lleno de suturas y curaciones.

LH n.304

Tomar conciencia de la necesidad de reflexionar acerca de la complejidad del trabajo y el concepto de la interdisciplinariedad; de las dificultades que entraña el dialogo entre culturas profesionales diversas con sus lenguajes propios y específicos; de prejuicios y estereotipos, además de descentralizar nuestra propia visión del mundo, para llegar a ser más cognoscibles y comprensibles las propias competencias y experiencias, que permitan formar e integrar un grupo interdisciplinario de trabajo al servicio de los que sufren. “Saber hacer” y “poder hacer cualquier cosa”, ofrece la posibilidad de sentirse útil ante la angustia, el sentimiento de impotencia del enfermo, el personal sanitario y los familiares, buscando no solo ocuparse del cuerpo y sus dolores, sino también de sus almas que sufren. Cuantas veces ante cuadros de intenso y profundo dolor y sufrimiento en el paciente, el personal sanitario y la familia asumen decisiones difíciles como: dejar al enfermo consciente mientras sufre muchísimo o bien sedarlo perdiendo cualquier posibilidad de relación con él. Los familiares se encuentran perturbados, confusos, desesperados y enojados, buscan con urgencia y necesidad a quién hacer reclamos y expresar su rencor. Enfrentar el sufrimiento por la enfermedad y la muerte, expone continuamente al encuentro con lo indescriptible, con lo que no se puede decir, lleva a los límites del pensamiento y de las palabras; al dolor real así como a la sensación de un vacío irreparable.

Este es el territorio donde el personal que conforma la Pastoral de la salud desarrolla su trabajo, en medio de estructuras físicas, horarios, personal sanitario, aparatología, enfermedades, etc.. Todos se mueven y conocen sus roles. Quién se encuentra confuso y perdido es el enfermo, para él todo es nuevo y extraño, vive con temor y con duda; necesita aprender a convivir con un entorno y rutinas hasta ese momento ajenas a él. Enfrentar un diagnóstico que de pronto le ha cambiado la vida, que le impone la necesidad de vivir de otra manera, buscando al mismo tiempo entender por qué se ha enfermado.

El enfermo hospitalizado y su familia se sienten angustiados por el temor a lo desconocido, ya que no saben lo que va a pasar ni lo que les espera y las consecuencias de ese acontecimiento: incapacidad, pérdida del trabajo, etc. o bien la muerte. El mundo relacional del enfermo está en crisis: ahora todo está matizado por el dolor y el sufrimiento. Estar en el hospital y no ejercer el propio rol familiar y laboral desgasta la energía intelectual y emotiva no solo del enfermo sino también de los familiares.

2/

Acompañando en el dolor y el sufrimiento.

La asistencia y acompañamiento al enfermo se inicia desde que se toma la decisión de hacerlo. Detenerse para cobrar conciencia como acompañantes de lo que vamos a hacer y como lo vamos a hacer, es una de las dificultades que ameritan una reflexión, porque ello toca los propios límites del dolor, del sufrimiento y de la muerte en el ejercicio de nuestro rol profesional o voluntario.

¿Cómo reaccionamos y qué hacer con el tema del alejamiento, la separación y la pérdida del enfermo que hemos asistido o acompañado por un tiempo?. ¿cómo sobrevivir ante la experiencia diaria de confrontarnos dentro de nuestro rol profesional o voluntario con nuestros propios límites, con nuestra impotencia, así como con la fragilidad y la extrema vulnerabilidad del ser humano? No podemos encontrar el dolor del otro sin permitirnos encontrar el nuestro. ¿Dónde estoy?, ¿Cuál es mi relación con la vida y con la muerte?, ¿cuál es mi sentido de estar en el mundo? Acompañar y asistir a enfermos y moribundos es asistir diariamente al misterio de la vida y de la muerte. Sin embargo, el sufrimiento no permanece dentro de la persona, genera un

Acompañar y asistir a enfermos y moribundos es asistir diariamente al misterio de la vida y de la muerte

movimiento de solidaridad con los demás que sufren. Es un misterio que encuentra su única respuesta con Jesucristo en la Cruz y lo trasciende. Es decir, Dios permite el sufrimiento y la deficiencia. Eso es un límite que se manifiesta sobre todo en la muerte y más frecuentemente en el dolor. Y ese límite inherente al hombre nos sitúa frente a nuestra limitación. Pero ese límite, ese dolor y esa muerte fue asumida y aceptada por Jesucristo en la cruz y le añadió un sentido, una apertura: a la muerte le sucedió la resurrección. **Beucheot (2009)** considera que:

“en aquel que sufre, así sea atrozmente, brilla la victoria de Jesucristo sobre el dolor y la muerte. Y así se manifiesta la gloria de Dios”.

El **Cardenal Lozano** dice que:

“el sufrimiento genera amor hacia el que sufre, un amor desinteresado para ayudarlo aliviándolo. Ello se logra a través de organizaciones sanitarias y sus profesionales, también a través de voluntarios. Es una verdadera vocación, en especial cuando se une en la Iglesia con una profesión Cristiana”.

En este sentido, **Irigaray (2006)** considera que:

“necesitamos detenernos para pedirle al Señor que guíe nuestro encuentro; detenernos y acercarnos despacio, sabiendo que entramos en un espacio sagrado, un espacio lleno de fragilidad y vulnerabilidad, de necesidad y posibilidad; de proyectos

frustrados y esperanzas nuevas. Saber detenernos, aprender a acercarnos con delicadeza y con respeto porque nuestra tarea es sagrada”.

Cuántas veces, muy seguros de nosotros mismos, o tal vez, tratando de ocultar nuestra inseguridad, entramos bruscamente en la habitación del enfermo, nos introducimos en su espacio sin delicadeza, sin ponernos en su lugar, sin ser conscientes de donde entramos. Necesitamos detenernos interiormente antes del encuentro; mientras llamamos a la puerta y solicitamos permiso para entrar, necesitamos vaciarnos por dentro para estar dispuestos a ir al encuentro del que está en esa habitación, del que sufre. Entrar en la habitación, ponernos en su lugar y ver lo que está pasando, nos sitúa en la dimensión de un encuentro emotivo, sincero y profundo en condiciones de sufrimiento y de muerte, con la disponibilidad para descubrir todos los aspectos de la vida, incluido el dolor y el sufrimiento más lacerante, pero con la esperanza de ver renovarse una posibilidad de cercanía y de comprensión profunda que nos deje a todos una huella positiva: una esperanza.

Para acercarnos al que sufre desde nuestro propio sufrimiento y vivencia de vulnerabilidad y fragilidad, necesitamos: Disponibilidad en tiempo: no podemos tener un encuadre rígido temporal, esto sería contraproducente para la relación. Disponibilidad en espacio: la enfermedad no se programa, esto supone, en ocasiones, la necesidad de renunciar a otros compromisos con el fin de ayudar al enfermo.

Ser empáticos en el acompañamiento, significa derribar las barreras de la distancia y ello nos hace vulnerables ante la presencia y la realidad profunda del que sufre, pues acoger las heridas y sufrimientos del otro, puede despertar y tocar nuestras propias heridas y sufrimientos. La empatía hace que nos olvidemos momentáneamente de nosotros mismos para centrarnos en el otro y así tomar conciencia de lo que está viviendo. No en pocas ocasiones ante los

LH n.304

problemas sin solución con que nos encontramos, no sabemos qué decir, nos quedamos sin palabras, tan solo podemos “estar y acompañar” con nuestra presencia. La empatía exige toda nuestra disponibilidad para “escuchar”, estar abiertos para recibir el mundo interior del enfermo. Oír puede resultar fácil, pero “escuchar” activamente es un acto de voluntad para poner atención a lo que el otro me comunica, así como captar el significado único que las palabras tienen para el que las dice. Escuchamos con todo lo que somos, no solo con nuestros oídos, también escuchamos con la mirada, con la postura y el movimiento de nuestro cuerpo con nuestras manos. La escucha nace del interior de la persona y va hasta lo más profundo del otro.

Acoger al enfermo como persona específica, única e irrepetible; acoger su realidad y su sufrimiento, sus miedos, sus esperanzas y desesperanzas, sus dudas y cuestionamientos, siempre dentro de un clima de respeto. Estar atentos a acoger sus sentimientos que a través de sus comentarios pueden ocultar sentimientos de culpa, experiencia de injusticia e incompreensión. Pocas veces, los cuestionamientos del enfermo no tienen respuesta, simplemente lo único que podemos hacer es compartirlos y acompañarlos. Lo que el enfermo nos cuenta es vital para él, quizá, cada vez que lo visitamos nos cuenta lo mismo. Aquí cabe la pregunta: ¿qué esperamos que nos cuente si su vida transcurre las 24 horas en una habitación del hospital o de su domicilio?. Su vida se ha convertido en enfermedad y por eso nos cuenta siempre lo mismo.

3/

Silencio y presencia.

El enfermo “nos habla” y nosotros “hablamos” sin decir nada. Aquí cabe otra pregunta: ¿Seremos capaces con nuestra presencia silenciosa de

transmitir como Jesús: descanso en el cansancio, certeza en la duda, fuerza en la debilidad, seremos capaces de ser: sostén en el abatimiento, ternura y presencia en la soledad, esperanza en la oscuridad y salud en la enfermedad?

El voluntario, el pastor de la salud, se presenta en nombre de Jesús para llevar el nombre y la presencia del Señor, el cual sufre cuando sufrimos y desea nuestra salud.

¿Con nuestra presencia externa estaremos comunicando la presencia de Dios?... Sabemos que no se puede dar lo que no se tiene y si queremos comunicar la presencia de Dios tendremos que estar llenos de esa presencia.

“Si queremos transmitir y contagiar al enfermo con nuestra presencia del amor de Dios, necesitamos haberlo experimentado en nosotros mismos a través de esos encuentros en la intimidad con el Padre” (Irigaray).

¿Cómo nos preparamos para ello?, ¿qué tiempo dedicamos cara a cara con Dios, a la oración y al dialogo con él?.

Estos encuentros nos fortalecen y transforman internamente, van moldeando nuestra forma de ser, de pensar y sobre todo nuestro modo de Amar.

La **Madre Teresa de Calcuta**, nos expresa en los siguientes versos, cuánto es importante la oración:

“Fruto del silencio
Es la oración,
Fruto de la oración
Es una profunda vida de fe,
Fruto de la fe es el amor,
Fruto del amor es el servicio,
Fruto del servicio es la paz.”

Benedicto XVI en **Deus Caritas est**, enfatiza el poder de la oración expresando que:

“el cristiano que reza no pretende cambiar los planes que Dios ha previsto. Busca más bien el encuentro con el Padre de Jesucristo, pidiendo que esté presente con el consuelo de su Espíritu, en él y en su trabajo”.

Y agrega:

“una actitud auténticamente religiosa evita que el hombre se erija en juez de Dios, acusándolo de permitir la miseria sin sentir compasión por sus criaturas. Pero quién pretende luchar contra Dios apoyándose solo en el interés del hombre, ¿con quién podrá contar cuando la acción humana se declare impotente?”.

Cuantas veces ante el sufrimiento por la enfermedad y la muerte sentimos que Dios no escucha. Dios calla,

“se esconde en el manto del silencio” (Larrañaga)

¿Dónde está Dios?, ¿no es un padre?, ¿por qué no nos escucha?, ¿por qué permite tantas injusticias, tanto dolor y sufrimiento?... y Dios no responde, poco a poco nos sentimos inseguros, confusos, desconcertados, sintiendo que lentamente la fuerza y la resistencia mas firme van desapareciendo. En los momentos de sufrimiento intenso, hacemos transacciones con Dios, prometemos hacer cosas, o dejarlas a un lado, pedimos a Dios que cese el sufrimiento y a cambio negociamos cosas, hacer o darle algo.

Desesperados le pedimos pruebas... pero nada, Dios no responde. Al respecto, el **Salmo 29** dice:

“Escondiste tu rostro y quedé desconcertado”.

San Juan de la Cruz también expresa el silencio de Dios con sus versos inmortales:

“¿Adónde te escondiste,
Amado, y me dejaste con gemido?
Como el siervo huiste,
Habiéndome herido,
Salí tras ti, clamando, y eras ido”

El silencio está presente en los momentos decisivos de nuestra vida. Durante la enfermedad y la muerte, acompañamos en silencio con nuestro “ser” presente, la soledad del enfermo a la hora de la travesía de la vida a la muerte.

Morir es la experiencia más solitaria de la vida, es el momento en que todos anhelamos la compañía de los que están dispuestos a compartirse con nosotros. Nuevamente silencio, Dios no nos asegura ni nos dice nada.

“Afuera brilla el sol, hablan los pájaros, hablan las flores, hablan las estrellas. Solamente Dios calla. Todo en el universo es una profunda evocación del Misterio, pero el Misterio se desvanece en el silencio” (P. Larrañaga).

El silencio es la forma que Dios tiene de hablarnos y su “ausencia” es otra forma de su omnipresencia. Un día Dios le dijo a **Santa Teresa de Avila**:

LH n.304

“Cuando parecía que estabas sola, es cuando yo estaba más cerca de ti”.

Cuando el sufrimiento y la soledad son más intensas El está más cerca que nunca, solo que no nos da ninguna señal, pues desea que nos abandonemos más a El. Pero,

“También este silencio y esta aparente ausencia es un riesgo para Dios, pues algunos suelen apartarse” (Dajczer, 1992).

Dios no nos libra del sufrimiento, de los temores, de las inseguridades, de los cuestionamientos, sin embargo, su presencia en el silencio reconforta, apacigua, relaja, llena de paz y bienestar, nos descansa. Necesitamos abandonarnos a Dios en el silencio de una fe que es capaz de ver lo esencial y lo invisible.

“Es la fe que sabe que en el silencio y detrás del silencio esta Dios.”

Realidad última a la que accedemos por la mirada de la fe. Una vez en un grupo de voluntarios, se discutía si la fe puede ayudar a superar el dolor y el sufrimiento por la enfermedad y pérdida de un ser querido. De esta pregunta que parecía tener una respuesta simple e inmediata, el tema se amplió sobre la controversia de la verdadera fe. Se cuestionó si la fe pertenece a los cristianos o a todas las religiones?.

¿La verdadera fe pertenece solo a los religiosos o a todas las personas indistintamente?, ¿la fe es también laica? La respuesta la dio el testimonio recogido por una voluntaria en el Sur de Italia. Esta persona recordó que una señora muy an-

ciana, le decía en relación a la ayuda que recibía para sostener su sufrimiento. Ella hablaba de una “**inteligencia del corazón**”.

Pero ¿cuál era esta inteligencia del corazón?. Todos estuvieron de acuerdo: en que culturalmente sabemos que el lugar de los sentimientos es el corazón, y que la inteligencia del corazón no podía ser otra que “**El Amor**”. Y ¿qué cosa es la fe sino un acto de amor?... He aquí la respuesta.

Benedicto XVI en la introducción de su carta **Encíclica Deus Caritas est**, nos dice:

“**Dios es amor, y quién permanece en el amor permanece en Dios y Dios con él**” (1 Jn 4, 16).

Estas palabras expresan con claridad el corazón de la fe cristiana: la imagen cristiana de Dios y también la consiguiente imagen del hombre y de su camino. Además en este mismo versículo, por decir así, nos ofrece una formulación sintética de la existencia cristiana:

“**Nosotros hemos conocido el amor que Dios nos tiene y hemos creído el él**”.

En otra parte de la encíclica Benedicto XVI se refiere a la caridad cristiana como respuesta a una necesidad inmediata en una determinada situación. Concretamente “**se refiere al servicio que se ofrece a los que sufren**”, donde además del requisito de la competencia profesional, como se trata de seres humanos, necesitan algo más que una atención técnicamente correcta.

Necesitan humanidad. Necesitan atención cordial. Para ellos los agentes además de su preparación profesional, necesitan también y sobre todo una “**formación del corazón**”:

BIBLIOGRAFIA

1. Sumo Pontifice Benedicto XVI, Deus caritas est, Carta encíclica. *Documentos Pontificios, 2007, Talleres Koinonia comunicación Editoril, Puebla, Mex.*
2. Sumo pontifice Juan Pablo II, Fe y razon, Carta encíclica, *Documentos Pontificios, Ediciones Paulinas, S.A. de C. V. México, D. F.*
3. Antea Associazione, L'affettivita Nel Volontariato, *Scuola media Cavanis - Anno Scolastico 2004/05. Cecchina (RM) Italia.*
4. Bayes Ramón, Psicología del sufrimiento y de la muerte, *Ediciones Martinez Roca. 2001 España.*
5. Beuchot Mauricio, Filosofia de la religion, *Edit. CATEDRA Eusebio Francisco Kino sj. México.*
6. Crozzoli Aite Livia, a cura de, Assenza piu acuta presenza, *Paoline Editoriale Libri (2003), Torino.*
7. Dajczer Tadeusz P., Meditaciones sobre la fe, *Colección caminos de Santidad 1, Librería Parroquial de Claveria, México.*
8. Irigaray Victoria, Acompañando en el dolor, *Conferencia pronunciada en Vitoria, España.*
9. Larrañaga Ignacio, El silencio de maria, *Librería Parroquial, México.*
10. Lozano Barragán Javier Cardenal, El dolor, enigma o misterio. *Conferencia pronunciada en Aquisgrán (Alemania)*
11. Rocamora Alejandro, Un enfermo en la familia, *Editorial San Pablo, Madrid.*

“Se les ha de guiar hacia ese encuentro con Dios en Cristo, que suscite en ellos el amor y abra su espíritu al otro, de modo que, para ellos, el amor al prójimo ya no sea un mandamiento por así decir impuesto desde fuera, sino una consecuencia que se desprende de su fe, la cual actúa por la caridad (cf. Ga 5, 6)”.

4/

La esperanza en el sin-sentido.

Para Irigaray, es importante, “**hacerle sentir al enfermo que su grito de dolor no cae en el vacío**”. Como acompañantes, una de las tareas más importantes es la de infundir Esperanza. Una Esperanza que no solo consista en recobrar la salud física, sino una Esperanza que vaya más allá de lo cotidiano, una Esperanza que sea capaz de darle Sentido a lo sin sentido. Una Esperanza que nos trasciende, que nos dá fuerzas para vivir el sufrimiento y adversidad presente, que nos llena de paz. Una Esperanza que es don de Dios.

Bermejo (1999, citado en Irigaray) expresa:

“**El símbolo de la esperanza es el ancla. Infundir Esperanza no es otra cosa que ofrecer, a quién se encuentra movido por el temporal del sufrimiento, un lugar donde apoyarse, un agarradero, ser para él ancla que mantiene firme, y no a la deriva, la barca de la vida. Ofrecerse para agarrarse, ser alguien con quien compartir los propios temores y las propias ilusiones: eso es infundir esperanza**”



02/

Enhancement

medicine

Medicina de mejora

M^a Pilar Núñez-Cubero,

Ginecóloga.

Profesora de Bioética.

Universitat Ramon Llull. Barcelona.

El deseo de mejora humana ha suscitado siempre, en la humanidad, una búsqueda que ha dado frutos innegables, como el acceso a una educación para todos, en muchos países o la prolongación de la vida y la longevidad.

Con la explosión de las tecnologías, conocidas como NBIC, se intenta asociar la Nanotecnología, con la Biotecnología, la Informática y las Ciencias cognitivas, para poner al servicio de la medicina una nueva categoría de aplicaciones hasta ahora impensables.

Se utilizan ya implantes cocleares para mejorar la audición y otros dispositivos de sustitución de la retina.

Se ha conseguido realizar una conexión entre el cerebro humano y el ordenador, con resultados sorprendentes, pero que plantea la cuestión de la diferencia entre el hombre y la máquina.

En muchos casos estas técnicas se han puesto a punto para combatir o prevenir trastornos o deficiencias patológicas, tienen, pues, un origen medical pero también son utilizadas con una finalidad de “mejora” (en inglés enhancement), para desarrollar, reforzar, o modificar las capacidades propiamente humanas, en beneficio de algunos individuos o de toda la humanidad.

Algunos, que se designan con el término “transhumanistas”, quisieran gracias a esas técnicas NBIC, cambiar al hombre, no solo físicamente, sino también en su mente, su visión del mundo y sus valores, para llegar a crear una nueva especie humana.

En ese contexto es de importancia capital interrogarse sobre las aplicaciones de esas técnicas y reflexionar sobre su repercusión en lo que es irrenunciablemente humano.

1/

Evolución de la medicina y del concepto de salud.

El fin de la medicina había sido, hasta el s. XVIII, el restablecimiento de la salud, se trataba exclusivamente de una medicina curativa.

Se conocían las enfermedades infecciosas de forma “implícita” y el tratamiento consistía en mejorar de forma natural las defensas del organismo, para luchar contra el agente patógeno y poco a poco se introdujeron medicamentos “específicos” contra los síntomas: fiebre, dolor, vómitos..., pero la identificación del agente patógeno tardaría en llegar.

Estas enfermedades eran producidas por microorganismos que representan, aproximadamente, el 60% de la biomasa del planeta Tierra y se estiman en más de 1030 el número de bacterias en la biosfera. Estos agentes han desarrollado múltiples estrategias para evolucionar a lo largo de millones de años y poder adaptarse a diferentes nichos y a cambios en los ecosistemas. Con la aparición del ser humano como especie, éste se constituyó, obviamente, en un nicho más para la colonización microbiana. El número de bacterias que habitan el tracto gastrointestinal supera en diez veces el número de las células (1013) que constituyen el cuerpo humano, mientras que en la piel habitan aproximadamente (1012) bacterias. A pesar de su gran abundancia, solamente una pequeña fracción de las especies microbianas son patógenas reales o potenciales para el ser humano.

Con el correr de los siglos y el desarrollo de la microbiología se fueron identificando las bacterias y más tarde los virus como agentes de una enfermedad específica. En 1796, nacería la primera vacuna contra la viruela, como método de prevención.

El término Enhancement, es una palabra inglesa que quiere decir: mejorar, reforzar, realzar... Aunque este vocablo ha sido aceptado como tal, por la mayoría de las diferentes lenguas de nuestro planeta, en este artículo aparecerá siempre como “mejora” y aplicado a la medicina, como el arte no simplemente de curar, sino y especialmente de mejorar el cuerpo o la persona.

Este tipo de medicina debe ser considerado como una respuesta al “**Human enhancement**” o Mejora de lo humano, es decir de la persona humana.

Este deseo de perfeccionamiento, está presente en cada ser humano y ha suscitado en la humanidad, de todo tiempo, una búsqueda que ha dado frutos evidentes, como el acceso a la educación para todos en múltiples países, el aumento de la esperanza de vida, y la curación o el control de enfermedades consideradas, hasta hace poco, como “incurables”.

A lo largo del tiempo se han ido utilizando, en cada época, los métodos que se tenían a disposición para esta mejora, pero es actualmente con el desarrollo de la biotecnología y la tecnociencia, que la medicina puede ofrecer un medio, no solo para curar o restaurar, sino también para mejorar.

Y ello no sería objeto del debate abierto en nuestros días, si no fuera por la posibilidad de los riesgos o efectos adversos que encierra. Veamos de qué estamos hablando.

La evolución de las sociedades nos ha conducido a una medicina del bienestar

Se había configurado la medicina preventiva, y lanzado el aviso “vale más prevenir que curar”.

Al advenimiento de la genética y la posibilidad de predecir una enfermedad de aparición tardía, se configura la medicina predictiva, con un nuevo adagio “mejor predecir para evitar”, principio evidente si se puede actuar contra la realidad nosográfica, es decir la enfermedad inevitable a corto o largo plazo. Pero puede ocurrir que ésta se pueda predecir y no exista tratamiento alguno que se pueda ofrecer, con lo cual puede que sea necesaria una “**medicina preventiva de la medicina predictiva**”.

Además, la genética parece dar forma a una medicina perfectiva, a una mejora genética para obtener los genotipos (constitución genética) que expresen los “**fenotipos**” (manifestación externa de los caracteres) que mejor se adapten a las necesidades del hombre en unas circunstancias determinadas. Así, se buscará el gen de la inteligencia, de la fuerza muscular, de una talla determinada, e incluso dando rienda suelta a la imaginación humana, se configuraría una medicina idealizada o de grandes aspiraciones, el gen de la longevidad, del buen oído musical. Situaciones que hoy la epigenética parece cuestionar, pero que podemos considerar como un paso a la medicina de mejora.

La evolución de las sociedades nos ha conducido a una medicina del bienestar. Los países bálticos, casi 10 años antes de que la **Organización Mundial de la Salud, OMS**, diera, en 1946, su definición de salud como “**perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social**”, ya la habían considerado así, en relación con las primeras leyes sobre el aborto. Los países escandinavos aceptan éste, en 1935, por razones de tipo físico, psíquico, o social, ya que consideran la Salud como el bienestar humano. La ley danesa lo entiende así en 1937 y la ley sueca en 1938.

Ante la imposibilidad de generalizar esa definición de salud dada por la OMS, pues las dos terceras partes de la humanidad carecen de los mínimos necesarios para ese bienestar,

hay que admitir otros conceptos de salud más adaptados a nuestro tiempo. Así:

Boorse, economista de la salud, en una definición bastante complicada viene a decir que la salud es, la aptitud para llevar a cabo las funciones normales para cada grupo de edad y sexo con, al menos, una eficiencia aceptable.

Von Weizsacker define la salud como la amplia capacidad de acometer la empresa de la autorrealización, en la cual la curación es el proceso que posibilita la iniciación o la reintegración del enfermo a esa empresa.

Diego Gracia, siguiendo la línea de Laín Entralgo definirá la salud como la capacidad de posesión y apropiación del cuerpo... que es lo contrario de esclavitud y servicio. Sano no está quien mayor bienestar siente, sino quien más plenamente es capaz de apropiarse y cultivar su propio cuerpo.

En esa misma línea se expresará **Adela Cortina** quien concibe la salud como el grado de autoposesión de cuerpo y mente por parte del sujeto. Autoposesión que implica un estado de conciencia con cierta lucidez, capacidad de desplazamiento, de autocontrol, y de relación personal.

Con las nuevas tecnologías se entra en un concepto médico nuevo, la medicina basada en la evidencia, incorporando el gran volumen de información obtenido por esas técnicas. Poco después con el desarrollo de la Psicología humanista que incluye la autorrealización y el desarrollo integral, se inicia una orientación hacia la medicina holística, o aquella que considera las dimensiones “**fisiológicas, psicológicas, sociales, emocionales y espirituales**” del hombre. Una medicina que busca, de manera maximalista, la integración armoniosa de todas las dimensiones del ser humano, teniendo en cuenta sus aspiraciones ideales y utópicas, incluidos los deseos espirituales y que se ha definido como salud holística: salud de “**salus**” en latín, derivada del griego “**olos**” que significa TODO.

En el fondo hablar de salud holística parece una redundancia, pues ambas palabras significan casi lo mismo, lo que intenta es poner el énfasis en el concepto de totalidad o integralidad de la persona humana como un todo. Se trataría de pasar de una medicina basada en la evidencia a una medicina personalista centrada sobre la persona.



La aplicación de la genética, permitirá también una medicina personalizada, al poder adecuar los tratamientos a las mutaciones generadoras de patología que puede expresar cada persona de manera individual.

2/

Los cambios de la sociedad y los movimientos filosóficos.

2.1.

Cambios sociales.

La sociedad del tercer milenio, la llamada “sociedad del bienestar” viene marcada por cambios importantes:

La persona reclama el ejercicio de la autonomía en sus decisiones sobre el propio cuerpo y sobre el mundo que la rodea, sobre el qué, cuando y cómo de nuestros proyectos, también el de la salud. El hombre, agente, actor y autor de su vida para Zubiri, deberá ser considerado también, como diría Laín, paciente, espectador e intérprete de sí mismo. Al mismo tiempo, esta sociedad se manifiesta intolerante a la mínima deficiencia o límite.

2.2.

Las filosofías contemporáneas.

Las nuevas ideas filosóficas se han interrogado sobre el concepto de persona, para privarla de su primacía. El hombre ya no es el centro de la sociedad sino un accidente irrelevante de la misma, una parte de un conjunto dirá Foucault decretando la “muerte del hombre”. Algunos de nuestros filósofos contemporáneos (Singer) no reconocen la supremacía del hombre y han desplazado nuestro mundo de una sociedad antropocéntrica a un universo biocéntrico, lo que ha creado una crisis del concepto de persona, (distinción entre “humans non persons” and “persons non-humans”) que comparten también el filósofo autonomista, Engelhardt, y el utilitarista, Harris.

No quiero dejar sin mencionar la nueva corriente transhumanista, (H+), que Lydia Feito define como “la posición que defiende la mejora del ser humano para alcanzar un estado superior o posthumano”. Según esta teoría el ser humano es especialmente maleable gracias a la tecnología que tiene la capacidad de cambiar al hombre no solo física, sino también psíquicamente, en su pensamiento, cosmovisiones y valores, y ello gracias especialmente a la terapia génica. Reconoce

“la libertad de cada individuo para elegir la persona que uno quiere ser; el hombre ya no se ve como una criatura de Dios,

sino como un producto de técnicas antropogénicas”. (F. Torralba, en el Congreso de la Asociación Europea de Centros de Ética Médica, Barcelona 2005)

3/

Human Enhancement-Enhancement Medicine, Mejora de lo Humano y Medicina de Mejora.

La búsqueda de la mejora de lo humano, lo transhumano y quizá lo post-humano, plantea dos grandes cuestiones: ¿qué nos define como seres humanos? y ¿hasta dónde queremos llegar, reformando o remodelando lo que somos?

En el horizonte planea un nuevo paradigma transhumanista. El hombre actual parece, para algunos, haber tocado techo “se camina hacia una posthumanidad”.

La humanidad parece ir continuamente a un cambio radical socio-cultural y técnico en las próximas décadas. Pero la mejora que parece deseable ahora puede tener rasgos indeseables dentro de 100 años.

La condición humana no es ya solo un tema social, cultural o filosófico, sino también un tema científico, el ser humano está cada vez más en manos del mismo hombre por las modernas biotecnologías.

¿Quién somos? ¿quién podemos ser? y cómo podemos llegar no exclusivamente por cuestiones filosóficas o existencialistas, ya que hemos entrado en el dominio científico.

¿A dónde vamos desde aquí?

Parece que se trata de ir al futuro mejorando la arquitectura mental y física, al ir incorporando las tecnologías convergentes:

BANG: Bits, Atoms, Neurons, Genes
NBIC: Nanotecnología, Biotecnología (genética), Técnicas de la Información

y Comunicación (TIC) y el Conocimiento (neurociencias)

Esta mejora se comenzó a debatir en 2001 como una posibilidad o consecuencia de la aplicación de las nuevas tecnologías y ha echado mano de una nueva medicina que trata de la utilización de la tecnología biomédica, para conseguir otros fines que el tratamiento o la prevención de enfermedades.

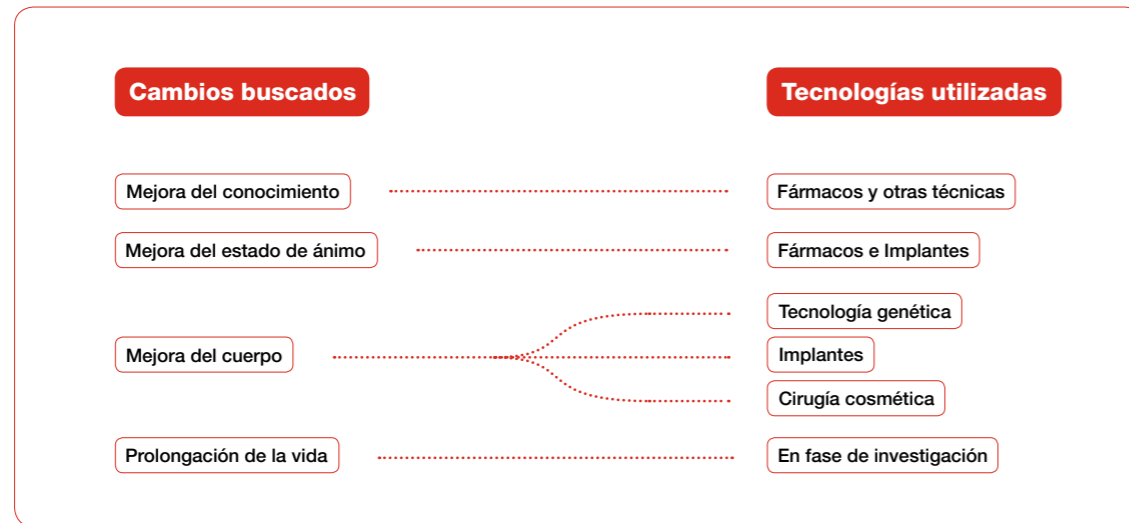
Hoy ofrece 4 tipos de enhancement o mejora:

1. del Conocimiento
2. del Estado de ánimo
3. del Cuerpo
4. de la Esperanza de vida

Y además un medio de selección o prevención mediante el Diagnóstico Genético Preimplantacional “DGP” y el Diagnóstico genético de screening o cribado “DGS”, para evitar nacimientos de individuos portadores de patologías.

El problema, escribe Van Est et al (2008):

“no es tanto el gran desarrollo de las tecnologías sino la falta de regulación y como los nuevos movimientos sociales hacen experimentación médica con las nuevas aplicaciones de las tecnologías. Y estos movimientos sociales, así como sus actividades no han sido investigados de forma sistemática”.



3.1

Mejora del conocimiento.

La amplificación o extensión del grado de capacidades de la mente, mejorando los sistemas de información interna o externa para la:

- Adquisición de la información, “percepción”
- Selección, “atención”
- Representación, “comprensión”
- Retención, “memoria”

Y valorando su uso para guiar las conductas mediante el razonamiento y coordinación de los motores de rendimiento, lo que se puede conseguir con:

Métodos convencionales como la educación, técnicas mentales, salud neurológica, tecnologías externas de información, premios... métodos que no crean controversia.

O bien la aplicación de **métodos no-convencionales** como: drogas o medicamentos, implantes, interacción cerebro/PC (“**Brain interface computer**”)... que pueden levantar controversias en cuanto al uso de la medicina para mejorar y no solo para restaurar la salud, como siempre ha sido considerada; la aparición de desigualdades; la valoración de beneficios y riesgos; y la reversibilidad o irreversibilidad de las modificaciones o “**supuestas**” mejoras.

Mejora o “**activación**” de la memoria en los criminales y en los testigos mediante el aprendizaje de un proceso para la codificación de los hechos, su almacenaje, y los pasos posteriores para encontrar “**claves**” para la recuperación de los hechos y recuerdos.

Técnicas que plantean un reto a la ética ya que suponen una invasión de la intimidad.

3.2

Mejora del estado de ánimo.

O estudio de la relación entre la actividad cerebral, la función cerebral y las emociones, para:

- Mejorar la empatía
- Mejorar nuestra capacidad para entender el dolor de y el amor a los otros
- Mantener el estado de ánimo

Esto ha llevado a un consumo alarmante de ritalina, (metilfenidato) indicado en niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, TDAH, y utilizado ahora por los adultos para mejorar. Una gran variedad de tecnologías pueden aplicarse a esta mejora desde:

- a) Productos alimentarios como el café, los nutraceuticals o preparados dietéticos tan en boga hoy día y cuyas acciones tienen carácter reversible.

- b) Medicamentos como la Ritalina para los estudiantes en época de exámenes con acción reversible, o potencialmente adictiva.
- c) El Provigil o Modafinil empleado para la narcolepsia y que produce una mejora de la memoria reciente.
- d) Las ampakinas para mejorar el potencial de conocimiento.
- e) El donepezil indicado en los enfermos con Alzheimer y que parece mejorar las reacciones de los pilotos.
- f) Otros como el modafinil, los beta-bloqueantes...
- g) La estimulación profunda del cerebro en casos de Parkinson, o de depresión grave.
- h) La conexión cerebro-ordenador.

Todos estos medios, deben ser bien evaluados, antes de su administración, ya que no hay fármacos ni intervenciones, libres de efectos secundarios o adversos.

3.3

Mejora del cuerpo:

“un nuevo yo, más listo, más fuerte, más rápido y mejor”.

Se cuenta para ello con:

- a) La genética, sin olvidar el medio y la epigenética, y valorando la “**reversibilidad**” v/s “**irreversibilidad**” del cambio.
- b) La medicina regenerativa con el trasplante de órganos y tejidos en indicaciones médicas o ¿solo para mejorar?
- c) La medicina preventiva, no considerada mejora o enhancement, pero que podría ser utilizada para tratar individuos sanos, contribuyendo a la medicalización.
- d) La posibilidad del Diagnóstico Genético Pre-Implantacional, DGP, y el mismo en cribado o screening, DGS, en combinación con las técnicas de la Reproducción Asistida,

- TRA, para la selección de un embrión sano.
- e) Un mayor rendimiento en el deporte mediante “**dopaje genético**”.
- f) La actuación sobre los militares, para mejora de la defensa y de la acción.
- g) La cirugía cosmética, ¿sobre qué límites?

Un punto y aparte puede considerarse la implantación de “**Chips, tags, o puces**”, que son dispositivos de las tecnologías de la información y comunicación, TIC, que contienen un chip de silicona, de los cuales unos son:

Medicamento activos en dependencia de una fuente de energía eléctrica interna o externa, independiente del cuerpo

- a) Material activo implantado por una intervención quirúrgica y destinado a permanecer.
- b) Implantes TIC pasivos que dependen de un campo electromagnético externo.
- c) Implantes TIC en línea, dependientes de una conexión a un ordenador externo o que pueden ser interrogados por un ordenador externo.
- d) Implantes TIC autónomos que funcionan independientes de aparatos electrónicos externos, después de una operación de inicialización.

También entran en los implantes medicamento activos:

- a) Los implantes de Retina intraoculares y las Prótesis de retina subretiniana o epiretiniana.
- b) Los Implantes cocleares que rodean la parte lesionada de la cóclea para transmitir las señales sonoras al nervio auditivo y el Implante auditivo en tronco cerebral en caso de disfunción del nervio auditivo que estimula el núcleo coclear situado en el tronco cerebral.
- c) Las Prótesis de miembros integradas en el sistema nervioso que actúan por microprocesador.
- d) Los Implantes de y en tejido neural para estimulación de la médula o de algunos nervios.

- e) La Estimulación cerebral profunda en enfermos de Parkinson o en caso de depresión, ya en uso.
- f) Los Marcapasos cada vez más sofisticados.
- g) Las Bombas de administración de medicamentos programables e implantables como las del Baclofen intratecal para la esclerosis en placas... las de insulina... las de carácter analgésico para el control del dolor...

Dispositivos activos a fines no médicos, simplemente para mejora de la función o del confort. El **Prof. Kevin Warwick** en el Reino Unido ha sido el primero a hacer la experiencia de implantarse un chip, **RFID**, (Radio Frequency Identification) (1998).

La empresa **Verichip** está vendiendo RFID implantes en USA desde 2004 (80 hospitales y 232 Médicos los están usando para implantar datos médicos en sus Pacientes (**Wikipedia**) y, a título de ejemplo el Baja Beach Club en Rotterdam y Barcelona han implantado un chip en un dedo, cargado como un monedero, para que los clientes VIP, puedan pagar a través del “dedo-chip”, sus consumiciones (**5 October 2004**)

El propio Prof. Kevin Warwick (Univ. Reading, UK) comparte su experiencia de poder comunicar via chip en su sistema nervioso con su mujer o su ordenador.

Controla puertas, ordenadores y brazos robóticos (local y remotamente); e introduce sueños de un futuro como un mundo cybernético (2007) mediante Interfaces neuronales que mejorarán la función de los sentidos, de la memoria y del cyber-pensamiento con la comunicación invisible entre un cerebro y otro.

Así se están promoviendo implantes corticales en sanos, para obtener informaciones del ordenador constantemente, obtener una visión en infrarrojos, mediante una retina artificial, o las llamadas armas inteligentes, que solo pueden ser disparadas por el propietario que porta un chip “compatible” implantado en su mano.

La práctica militar es uno de los campos de aplicación de la nanotecnología en 4 sectores: Biología, Energía, Información y Materiales.

Ejemplo de ello la **Brain-machine** interfaces para control remoto de vehículos, diversos sistemas implantados, manipulaciones en el cuerpo del soldado o revestimiento exterior a título de un “exo esqueleto” (**E.g. Altmann, 2006 Schilthuizen & Simonis, 2006, 2009, http://www.isoconnectors.com/defensie/**).

Otros Dispositivos de identificación y localización pueden ser de solo lectura, o de lectura/escritura, programable a distancia, sobre datos médicos, financieros, y judiciales; datos para recibir, facilitar o dar órdenes.

Otros tienen función de localización dependiente de una fuente de energía miniatura para poderse implantar y emitir una señal de radio localizable **RFID**. T

écnica que se está instalando en algunos Centros geriátricos, para la localización y control de sus residentes.

3.4.

Prolongacion de la vida (Una vida sin fin).

Aubrey de Grey (SENS project, Cambridge University UK) piensa que el primer humano que vivirá 1000 años tiene ya alrededor de 60 años.

Los Transhumanistas quieren mejorar los humanos y piensan que podemos vivir para siempre. Y están teniendo una gran influencia sobre el programa “**The National Nanotechnology Initiative**” en Estados Unidos (**www.transhumanist.org**) donde algunas personas han tenido sus cuerpos o sus cabezas congeladas mediante una suspensión criogénica, esperando la cura de sus enfermedades y la restauración de sus funciones corporales gracias a los nanobots. **www.foresight.org**

La medicina de mejora encierra aspectos antropológicos y filosóficos que necesitan un análisis

En ese mismo país, se ha dado ya luz verde al ensayo en humanos de un medicamento efectivo contra el envejecimiento. En nuestro país la llamada “**píldora del vino**”, las cápsulas de resveratrol se comercializan como un producto alimenticio, que se considera clave para retrasar la vejez.

En el estado actual, dominado por escenarios futuros, el manejo de las consecuencias, debería ser discutido:

“¿es la mejora humana el más eficiente uso de los recursos I&D, por ejemplo, mejorando las habilidades de aprendizaje?” (**Arie Rip, 2009**).

4/

Reflexión ético-filosófica.

Todas estas situaciones que pueden afectar la propia constitución de lo humano, y para la que no se conocen todavía, resultados, beneficios y riesgos están pidiendo un análisis, seguido de deliberación, que pueda guiar las normas de utilización.

Así se recomienda fijar unas:

4.1.

Prioridades y normas a mantener en el diálogo.

El debate filosófico sobre el enhancement o mejora viene de siglos atrás y tiende a centrarse en logros que no eran posibles con las tecnologías corrientes. Los experimentos que nuevos grupos sociales realizan, alternativamente, con los usos de las nuevas tecnologías existentes cruzando la frontera entre lo humano y la máquina, tienden a fijarse más allá de lo humano.

El debate corriente se dirige hacia los medios para cruzar esa frontera, tal y como citado por **Van Est et al**, en 2008, aunque la evidencia empírica de las actividades para cruzar esas fronteras parece estar ausente (qué grupos están implicados, qué hacen, qué y cuántas otras personas están implicadas, etc).

Existen ya Cyborgs, personas con marcapasos, implantes y estimuladores cerebrales, etc., para asistencia a los discapacitados, pero ¿cuándo se cruzará la frontera entre terapia o mejora?; ¿es importante esta distinción?; y ¿por qué? Este tipo de medicina encierra **aspectos antropológicos y filosóficos**: ¿Qué quiere decir ser humano? ¿Ser Imagen y/o semejanza de Dios? (Cosmocentrico / antropocentrico según una óptica religiosa); ¿Animal Racional según Aristoteles, o Martha Nussbaum?; ¿Persona? siguiendo a Kant; ¿Separación de la razón humana y el cuerpo animal? según **Paschen (TAB, 2003)**; o ¿una máquina biológica? como sugiere **Marvin Minsky** y el movimiento post-or transhumanists.

Cuestiona, así mismo, el concepto de salud: ¿Qué es la “**salud humana**”? ¿solo ausencia de enfermedad?; ¿perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social? o ¿incluye el mejorar las capacidades más allá de los límites biológicos? (**Gregor Wolbring**).

Esta mejora humana plantea nuevas situaciones éticas: ¿Qué valores se deberían aplicar a las situaciones planteadas por esta mejora? Ineke Malsch en 2006 compara la visión cristiana y la visión de la Ilustración sobre el enhancement, y señala que el concepto de Libertad no tiene el mismo contenido en el programa francés, que en la concepción cristiana.

Van Est y otros (2008) argumentan que la mejora humana se está desarrollando actualmente en un clima bio-político liberal, pero sin mencionar

en que países. **Alfred Nordmann** advierte sobre el énfasis que se está poniendo en ello. **Gregor Wolbring discute Ableism** y quiere garantizar la libertad individual para elegir el “sí y cuándo” una vez que estas Tecnologías de Mejora estén abordables. Casi todos abogan porque la Dignidad Humana debe ser respetada, como lo proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos; pero ¿qué es la dignidad humana? Hay controversias entre el concepto Kantiano y otros puntos de vista religiosos. Y es que la Dignidad es un axioma que no se puede definir, aunque se pueda describir. Grupos pluridisciplinarios de investigadores entienden que la **DIGNIDAD HUMANA**, comprende:

- a) No instrumentalización, porque los seres humanos son fines y no solo medios.
- b) El respeto de la vida privada y la “no ingerencia” en las personas.
- c) La no discriminación que exige la igualdad en el trato, a menos que la diferencia esté justificada.
- d) El consentimiento informado.
- e) La equidad facilitando el mismo acceso para todos a las ventajas de estas mejoras.

Bien que los principios éticos clásicos (no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), deben ser tenidos en consideración. Es de especial relevancia en este campo el Principio de Precaución o principio del Bienestar, según el cual “se exige”, para decidir una acción, teniendo en cuenta los conocimientos científicos del momento y dada la ausencia de certeza, “no solo la ausencia de una prueba de riesgo, sino la prueba de la ausencia de riesgo”.

En el ejercicio de la medicina, si no existía ese principio como tal, ya se recomendaba una “actitud” de precaución, como cautela, desde el tiempo de **Hipócrates**, que consiste en calcular el balance beneficio/riesgo de estas acciones médicas por acción o por abstención, valorando: la previsibilidad del riesgo; la irreversibilidad y gravedad del daño; medidas efectivas y proporcionadas; y a un coste aceptable. El principio así establecido tiene como objetivo la búsqueda del

“riesgo cero”, finalidad un tanto utópica, que ha quedado matizada en la aceptación de un “riesgo aceptable” o un “riesgo proporcionado”. Otros principios como el de integridad corporal, inviolabilidad de la intimidad, confidencialidad y protección de los datos, así como el de pertinencia, en respuesta a una situación concreta, deben ser también considerados.

La aplicación de principios no basta en ética, donde se dan con frecuencia, y más en este caso, conflictos de valores: entre la libertad personal de utilizar la economía propia en implantes para mejorar las capacidades físicas y mentales, y la libertad del profesional de proteger la salud del otro. Entre la libertad ilimitada de algunos y la seguridad de terceras personas. La frontera entre reparar y mejorar no es clara, ¿es oportuno y éticamente correcto un cambio de paradigma en la medicina? Por el momento entre todo y nada, parece más responsable el analizar y decidir teniendo en cuenta caso por caso y el mejor método para ello es la **DELIBERACION**.

REFERENCIAS

ObservatoryNano project, Ethical and Societal aspects of Nanotechnology: www.observatorynano.org > societal issues

Ethicschool project: www.ethicschool.eu (e-learning DVDs on Ethics of Nanotechnology and of Converging Technologies)

N.H. Malsch (ed) Biomedical Nanotechnology, CRC press, Boca Raton, 2005 www.crcpress.com

Nanoforum website, free documents: www.nanoforum.org

European Commission nanotechnology pages: www.cordis.lu/nanotechnology

European Group on Ethics: http://ec.europa.eu/european_group_ethics/index_en.htm

UNESCO nanoethics project: http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=6314&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

STOA: Science Technology Options Assessment

Rathenau Istituit in The Netherlands

Ineke Malsch, “Human Enhancement from Different Perspectives”, Nanoforum, 2006, published online at www.nanoforum.org > Nanoforum reports

Ineke Malsch, “A conversation on governance of nanotechnology; Individual and collective responsibility of nanotechnology; Interview with Arie Rip, University of Twente,” Observatory Nano, 2008, <http://www.observatorynano.eu/project/document/994/>

Arie Rip, Governance of new and emerging science and technology, chapter in Peter Healey (ed.), Tomorrow’s People: Challenges of Radical Life Extension and Enhancement, London and Sterling, VA: Earthscan Publishers, 2009, pp. 209-214

Tsjalling Swierstra and Arie Rip, Nano-ethics as NEST-ethics: patterns of moral argumentation about new and emerging science and technology, NanoEthics 1 (2007) 3-20

Gregor Wolbring, www.bioethicsanddisability.org

BIBLIOGRAFIA

1. A European Approach to Human Enhancement. STOA (Science and Technology Options Assessment Options) *Workshop in the European Parliament, Brussels, 2009*
2. Aspects éthiques des implants TIC dans le corps humain. Avis n° 20 du Groupe Européen d’Ethique des Sciences et des Nouvelles Technologies *auprès de la Commission Européenne. Brussels, 2005*
3. Future man - No future man. Van Est, R. Klaassen, P & al. The Rathenau Institute. *The Hague, 2008*
4. Human enhancement from different perspectives. Malsch, I. *Nanoforum. The Netherlands, 2007*
5. Reshaping the human condition: Exploring Human Enhancement. *Zonneveld, L. & al. The Rathenau Institute, The Hague, 2008*
6. Sur les perspectives d’amélioration de l’homme par des moyens technologiques. Avis de la Cellule de Réflexion Bioéthique de la COMECE. *(Commission des Evénements de la Communauté Européenne) Bruxelles, 2009*



03/

Normalizar la actuación al parto

Margarita García
de Vicuña Muñoz de la Nava,
Diplomada en Enfermería.
Matrona.
Hospital Materno infantil Sant Joan de Déu,
Esplugues (Barcelona).

El nacimiento ha sido y será un acontecimiento estrechamente unido al momento histórico y a la cultura donde se desarrolle.

El progreso de la obstetricia como de la cultura en general, no es uniforme ni simultáneo en todas las partes del mundo, cada cultura adopta modos y formas para atender los partos.

La evolución de los conocimientos científicos ha sido vital para la mejora de la morbi-mortalidad materna y fetal.

Con el devenir de los tiempos, nos encontramos en un momento idóneo para poder ofrecer una atención personalizada cuyo objetivo sea que la pareja vea cumplidas sus expectativas dentro de un marco de seguridad.

en las orillas de los ríos o en la oscuridad de una caverna. Si tiene dificultades pide ayuda y rompe el cordón umbilical con el filo de una piedra o con los dientes.

La figura de la partera aparece en el periodo primitivo. El parto deja de ser solitario y es auxiliado por mujeres con experiencia pero con una ausencia total de conocimientos científicos. Es muy habitual utilizar maniobras de superstición inútiles, amuletos, brebajes y danzas para invocar a los espíritus.

Durante miles de años los recién nacidos vieron la luz en el seno de su hogar, la madre rodeada de sus familiares, muchas veces con otra mujer de experiencia, los demás miembros de la familia cerca. La mujer estaba en su reino, con el dominio del entorno. Al nacer el niño era puesto al pecho y permanecían juntos madre e hijo.

Si ahora en el siglo XXI los profesionales especializados en obstetricia estamos debatiendo y consensuando cambios en nuestra forma de actuar ante un hecho tan fisiológico como es el arte de parir, es porque algo ha ocurrido o hemos desvirtuado en nuestra actuación que ahora nos obliga a adaptarnos a las necesidades y demandas sociales.

El intervencionismo en la obstetricia se produce como consecuencia a muchos siglos donde las pérdidas de vida materna y fetal eran ocasionadas por una mala praxis y desconocimiento de las personas que acudían al auxilio de las mujeres de parto. Pero para situarnos en el presente debemos hacer una revisión rigurosa de la historia de la obstetricia. Al hacerla se te ponen los pelos de punta ya que en los diferentes periodos de la obstetricia las muertes maternas y fetales han superado con creces la mayoría de las cifras que conocemos de muchos periodos bélicos. Para entender el por qué se ha llegado a actuar de una manera intervencionista en el parto os invito a hacer un breve repaso de los diferentes periodos de la obstetricia y de esta manera habrá muchos aspectos que entenderemos que han tenido que suceder así.

En el periodo pre-obstétrico el parto era en solitario, la mujer se aleja de los suyos, pare sola,

No es hasta el 1.500 a.C donde se realizan las primeras prácticas sensatas, especialmente las higiénicas. Estos pueblos adquieren algunos conocimientos sobre presentaciones fetales y operaciones obstétricas, cómo la versión externa. Si el parto se complica la matrona acude al cirujano para resolver el parto.

En el año 150 d.C aparece en Roma un gran médico que puede considerarse el padre de la obstetricia, Sorano, escribió dos libros: uno sobre las enfermedades de las mujeres y otro de obstetricia donde describe las distocias y enseña a proteger el periné muy semejante como se hace en la actualidad. Es también en Roma donde se practicaban las cesáreas post-mortem. Es sabido que la Lex Regia de Numa Pompilio obligaba a extraer el feto a toda mujer embarazada muerta o que moría durante el parto, sin lo cual no podía dársele sepultura.

Desde el siglo II hasta el siglo XVI cae sobre el mundo occidental la oscura noche de la edad media: catorce siglos de retroceso y lo poco que se había aprendido se olvida por completo. La obstetricia desciende a la superstición, religión y curandería. Los médicos no examinan a las mujeres, no las observan, ni las interrogan ni las palpan, lo consideran denigrante, y en el caso de una parturienta hasta indecoroso. Sólo las matronas se ocupan de las mujeres tanto en el parto cómo en las enfermedades propias de ellas.

El parto de la **Duquesa Beatriz Sforza** en Milán 1497 demuestra cómo era la obstetricia medieval:

El devenir de la historia nos ha situado en la actualidad ante la necesidad de desplegar nuevos modelos en la actuación del parto

“La Duquesa está de parto. Unos criados llevan un lecho largo y angosto provisto de un colchón duro conservado desde tiempos inmemorables en el guardarropa del palacio y en el que han tenido sus partos todas las duquesas de la casa Sforza. La parturienta tiene el rostro enrojecido y sudoroso, con mechones de sus cabellos pegados a la frente y de su boca abierta se escapa un continuo lamento. A su lado cuchichean las comadres, las criadas, las curanderas y las comadronas.

Una vieja dama dice: sería necesario hacerle tragar clara de huevo cruda mezclada con seda purpúrea desflecada. Otra asegura que lo que debería hacerse era: que tome siete gérmenes de huevo de gallina disuelto en una yema.

Otra propone, envolver la pierna derecha con piel de serpiente y atarle sobre el vientre la caperuza del marido. Una propone hacerle beber alcohol filtrado por polvo de cuerno de ciervo y grana de cochinilla.

Una vieja murmura: la piedra de águila en la axila derecha y la piedra de amante bajo la axila izquierda y acercándose el Duque con un gran plato de estaño dice: Alteza dignaos comer carne de lobo para que la parturienta se sienta mejor.

El médico principal y dos asistentes más indican en latín a un médico joven: tres onzas de limo de río mezclado con nuez moscada y coral rojo machacado, otro dice que sería mejor una sangría y el viejo doctor contesta: ya lo había pensado pero Marte está en el signo de Cáncer en la cuarta esfera solar y además está la influencia de una fecha impar.

El médico joven pregunta ¿no creéis maestro que haría falta añadir limazas de río, estiércol de marzo y bosta de vaca? El duque desesperado va al encuentro de unos canónigos y de unos frailes que traen una parte de las reliquias de San Ambrosio, el cinturón de Santa Margarita, el diente de San Cristóbal, un cabello de la virgen, etc.”

La Duquesa dio a luz a un niño muerto y ella murió a las pocas horas del parto.

En el año 1550 se inicia la obstetricia moderna con dos hechos importantes: En Italia un cirujano Cristóforo Bain practica una cesárea a una mujer viva y en Francia otro cirujano Ambrosio Paré, resucita la versión interna y la extracción pelviana.

En 1620 **Pedro Chamberlen** construye una pinza, los fórceps, para la extracción fetal, su éxito fue que las ramas de la pinza se podían colocar de forma sucesiva y no simultáneamente como ocurría con todas las pinzas que se conocían.

A partir de estas fechas los acontecimientos se producen en cadena, **Felipe Legoust** descubre la auscultación de los latidos fetales, luego fue **Sir Fielding Ould** quién interpretó correctamente el mecanismo de encaje y para evitar los desgarros perineales de los partos practicó y preconizó la episiotomía profiláctica.

Comienza entonces la lucha que hasta hoy se mantiene: la de los intervencionistas y la de los no intervencionistas. Los proclives al parto artificial encuentran en Estrasburgo donde **Osiander** en 2540 partos emplea el fórceps 1016 veces y realiza la versión interna en 111, registrando una frecuencia operatoria del 44%.

Los inclinados al parto natural siguen a **Bóer** en Viena que sólo tiene una frecuencia operatoria de 0.47%. Bóer refiriéndose a la obstetricia francesa en un discurso inaugural dice:

LH n.304

“Parece que la naturaleza hubiera abandonado su función del parto al fórceps del tocólogo”.

En 1847 se inicia la nueva era de la obstetricia contemporánea y para comprender la importancia de los acontecimientos ocurridos basta con imaginarnos a la parturienta de esos tiempos: el parto de por sí doloroso, se convertía en un verdadero tormento ya que si lograba superar el parto le esperaba algo más grave: la infección puerperal.

La frecuencia de esta complicación era tal que en EEUU esta enfermedad había producido más muertes que todas las guerras de ese periodo y en Prusia desde 1816 hasta 1875 murieron de viruela 165.000 mujeres de todas las edades, de cólera 170.000 y de fiebre puerperal 363.000 en edad media de vida.

Ignacio Felipe Semmelweis médico húngaro nacido en Budapest en 1812, era médico asistente del hospital de Viena. Observó la notable diferencia de mortalidad por fiebre puerperal entre la primera sección atendida por médicos, en la que los estudiantes hacían su aprendizaje y la segunda sección atendida exclusivamente por matronas donde no concurrían estudiantes.

Observó que las pacientes que eran examinadas en forma repetida morían con más frecuencia que las que eran poco examinadas. Observa también que los médicos que practicaban autopsias iban a la maternidad y examinaban a las parturientas.

De inmediato relaciona estos hechos y se le hace evidente la transmisión. Establece la profilaxis: lavado de las manos con cepillo, jabón con el mejor desinfectante conocido en esa época, el agua clorada o la solución de hipoclorito.

El éxito fue rotundo, mientras que en el mes de Abril de 1847, antes de la introducción del método, la mortalidad de su sala había sido del 18%,

en el mes del julio del mismo año la mortalidad bajó al 1.6%, menos de la décima parte.

El siglo XX supone para la obstetricia la consolidación de todos los conocimientos científicos y su reconocimiento como especialidad médica.

Los especialistas buscan seguridad en sus actuaciones y no quieren poner en riesgo en ningún momento la vida ni de la madre ni del feto.

Su objetivo es conseguir los mejores resultados en la morbi-mortalidad materna y fetal. Han sido muchos siglos de pérdidas humanas.

Aunque por tradición muchas mujeres siguen eligiendo parir en casa la creación de maternidades y la implantación de seguros médicos permite a las mujeres parir en ellos.

Hacia la segunda mitad del siglo XX la obstetricia adquiere un modelo intervencionista, control absoluto en la toma de decisión en el parto. Las salas de parto son pequeños quirófanos donde la mujer está conectada a aparatos y su movilidad inexistente. Posiblemente se actúa en exceso de manera sistemática, y se abusa también en exceso de episiotomías o de fórceps de la misma manera.

Con el paso de los años, son las parejas que empiezan a demandar mayor implicación en como quieren que sea el nacimiento de su hijo. En los últimos años había aumentado los partos en domicilio un 5%. El devenir de la historia nos ha situado en la actualidad ante la necesidad de desplegar nuevos modelos en la actuación del parto.

La nueva dimensión del parto debe atender a una realidad que se sustenta en el avance científico y social, consecuencia de nuestro devenir a lo largo de milenios y que se fundamenta en todos estos parámetros:

- Los avances científicos conseguidos en el peregrinar de la historia han solventado la morbi-mortalidad materno fetal, que sin duda constituye la condición necesaria antes de avanzar hacia nuevas formas de actuación.

- El parto se dimensiona más allá del periodo puramente expulsivo, integrándose, lógicamente, en un proceso que se desarrolla desde la concepción hasta el puerperio. En ese entorno, el control prenatal sitúa a la parturienta en las mejores condiciones posibles frente al final del proceso.
- La “**tutela compartida**” de ambos progenitores en todo el proceso. La reciente aparición de la figura del padre compartiendo información y decisiones está dotando de nueva dimensión al parto ya que la parturienta se presenta ante él con mayor confianza y seguridad.
- La evolución de la relación del ciudadano con el entorno médico hospitalario en dos aspectos decisivos. La racionalización de los derechos de la parturienta en esa relación y la nueva concepción de criterios economicistas que redefinen como cliente al ciudadano en el entorno de la atención médica.

Humanizar y facilitar el proceso de parto es permitir que se inicie en su momento y se respete su tiempo. Hay que evitar intervenciones innecesarias. Informar el qué y para qué, respondiendo las preguntas de los padres y respetando sus deseos. Todo ello en un escenario cómodo y cálido.

Por tanto normalizar la atención al parto y como demuestra la evolución de la especie, la mujer y el bebé están biológicamente diseñados para desarrollar y completar dichos procesos de manera natural. Nosotros debemos estar su lado con el objetivo de garantizar la seguridad e intervenir cuando la propia naturaleza no responde a lo natural.

Cumplir con las expectativas de la pareja, respetar y compartir su deseo, ofrecer confort y que se sientan cuidados deben ser aspectos imprescindibles en nuestro modelo de actuación.

Hoy tenemos la oportunidad de ofrecer seguridad y compartir con los verdaderos protagonistas un milagro y un acontecimiento extraordinario: el inicio de una vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Nancy Peña Nole.
Historia de la obstetricia.
2009
2. Julio Enrique Huamán Berrios.
Historia de la obstetricia:
Ensayo sobre algunas ideas de la
obstetricia.
Buenastareas.com. 2004
3. Gabriel Gonzalez Navarro.
Historia de obstetricia y ginecología
Española.
Habe. 2006
4. Isabel Fernandez del Castillo.
La revolución del nacimiento.
Granica. 2006.
5. Michel Odent.
El bebé es un mamífero.
Ediciones Mandala. 1990



04/Hipoacusia oralista, una condición invisible

Fluvià Artells,

La hipoacusia es en general, una enfermedad auditiva que creemos conocer y entender. Carece del impacto y la evidencia que caracterizan otras importantes enfermedades y no acostumbra a ser destinataria de fondos para la investigación. A pesar de disponer de importantes instrumentos de detección y diagnóstico, así como de excelentes prótesis auditivas, el problema principal de la hipoacusia radica en su interacción con la sociedad y en el desconocimiento de una enfermedad crónica de condición invisible y discriminada de forma encubierta. El hipoacúsico presenta un perfil de enfermo peculiar, que dificulta su atención dentro del itinerario habitual del paciente al presentar una cadencia de hechos/síntomas muy irregular e impredecible. Se trata de un perfil intermitente y de extrema sensibilidad, con una clasificación de afectados muy amplia y condicionada por el confort (auditivo). Sin duda alguna, se trata de un ámbito que pide a gritos un estudio más especializado, una atención más profesionalizada y una consideración más eficiente.

Conservo un grato recuerdo del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues. Tras inciertos diagnósticos en distintos centros y con diferentes especialistas ingresé allí con dos años, me diagnosticaron una grave meningitis bacteriana de tipo B y tuvieron que aplicarme un agresivo tratamiento con antibióticos que si bien me salvó de una más que probable muerte, dejó huella en forma de hipoacusia neurosensorial bilateral profunda. El hecho de haber oído y pronunciado las primeras palabras antes de que sobreviniera la hipoacusia fue clave para que posteriormente a la infección bacteriana ya tuviera una mínima referencia oral y conservase la capacidad de adquisición del lenguaje hablado (postlocución). Empecé desde entonces a vivir la experiencia vital de la hipoacusia oralista, una condición invisible que hasta hoy he compartido con la familia, los amigos, los compañeros de trabajo y los profesionales con quienes me he relacionado. Gracias a todos ellos, la discriminación encubierta ha sido en cierta manera más soportable y llevadera, aunque acechante de forma latente...

1/

Echando cuentas.

Según datos expuestos en el último congreso internacional de la IFHOH (International Fe-

deration of Hard of Hearing) celebrado el pasado junio en Noruega, en el mundo, 1,5 billones de personas (16%) presentan audiometrías con pérdidas de un mínimo de 25 decibelios (dB), 630 millones (9%) de 35 dB, 300 millones (4,3%) de 45 dB y 250 millones (3,6%) a partir de los 55-60 dB. En Europa, 85 millones de ciudadanos son considerados hard of hearing people y en España -según datos del INE-, 1 de cada 1.000 niños nace con hipoacusia profunda y 5 de cada 1.000 lo hace con algún tipo de deficiencia auditiva, es decir entre el 0,1% y el 0,5%. Pero existe cierta confusión en el recuento de la población española con déficit auditivo, ya que estos datos en primer lugar, corresponden a nacimientos y en segundo lugar, no hay unanimidad a la hora de considerar los diferentes niveles intensivos de la hipoacusia (normoauditiva, leve, media, severa, profunda y cofosis). Por otra parte, se evidencia la dudosa fiabilidad de los datos del INE -en cuanto a hipoacúsicos se refiere- cuando éstos son comparados con los datos del resto de países industrializados. La gran mayoría -por no decir su totalidad- presentan porcentajes superiores al 13-14% de la población, mientras que España a duras penas declara un 2,5% de su población como hipoacúsica. Un dato revelador: en todo el territorio español, se reconocen solamente alrededor de 1 millón de hipoacúsicos; una cifra ligeramente inferior a la cantidad de afectados auditivos que presentaría la comunidad de Cataluña si estos datos hubiesen sido recogidos con rigor y fiabilidad. La mayoría de estadísticas sólo reflejan la población auditivamente deficitaria que se considera oficialmente discapacitada, es decir, con un grado de discapacidad igual o superior al 36%, y este dato no refleja con rigor ni exactitud el porcentaje real de personas hipoacúsicas, puesto que entre otros detalles descuida más del 50% de las personas con un trastorno auditivo. Se ignora por completo a tantísimas personas con hipoacusias de vejez, laborales, ambientales o de hábitos de riesgo. Las características más o menos graves de la hipoacusia son determinadas por la misma patología antes que por consideraciones administrativas, con lo que la condición de discapacidad tiene un alto riesgo de tergi-

versación de resultados. También se olvida que la hipoacusia -en cualquiera de sus intensidades- es una de las consecuencias de más de 100 dolencias, entre ellas SIDA, diabetes, artritis, colesterol, hipertensión, sarampión, paperas, sífilis, esclerosis múltiple, varicela, derrame cerebral... No entraremos en discusiones acerca los porcentajes reales, puesto que el objetivo de este artículo no es cuantificar ni discutir, sino valorar la atención longitudinal integrada que recibe un hipoacúsico una vez ha sido diagnosticado y tratado en el hospital y en el gabinete audioprotésico. Como mínimo el 90% de los hipoacúsicos tienen como primera opción el lenguaje oral, son los hipoacúsicos oralistas.

El 10% restante, hipoacúsicos usuarios de la Lengua de Signos (LS) como primera opción, que utilizan preferentemente la LS. Prácticamente en su totalidad los **hard of hearing** son hipoacúsicos oralistas. Y en cuanto a la palabra “sordo”, es un término informal que define un concepto generalizado y con una ambivalencia que lo hace poco adecuado a la hora de usarlo en un contexto más técnico. Para finalizar este primer apartado, creo que los siguientes datos resultarán tan interesantes y contundentes como los anteriores. Son cifras extraídas del informe **Hearing Matters (2010-2011)** de la organización inglesa **Action on Hearing Loss**:

- 10 millones de afectados por pérdida auditiva en el Reino Unido, de unos 62 millones de habitantes.
Se trata pues, de un porcentaje del 16%.
- Previsión de 14,5 millones de afectados para el 2031, lo que significa más de 200.000 nuevos afectados al año.
- Fondos destinados a investigación por afectado el pasado 2010 en el Reino Unido: 49,71£ para las enfermedades cardiovasculares, 32,31£ para la diabetes, 14,21£ para oftalmología y 1,34£ para la pérdida auditiva.
- 45% de los afectados por pérdida auditiva no han realizado una audiometría.
- 1 de cada 3 afectados tiene acceso a una prótesis auditiva, siendo de 4 millones el total de afectados.

En Europa, 85 millones de ciudadanos son considerados personas con problemas de audición

2/

Diversidad funcional vs discapacidad.

Antes de empezar a utilizar los conceptos de discapacidad o diversidad funcional, es de suma importancia recordar un detalle que olvidamos con demasiada frecuencia: las personas consideradas oficialmente como “**menos capacitadas**”, no lo son tanto por la patología que presentan sino más bien por el conocimiento y aceptación que la sociedad tiene de ellos. De hecho alrededor de un 10% de la discapacidad corresponde a los problemas que conlleva directamente convivir con el hándicap, mientras que un revelador 90% pertenece a las dificultades que exhibe la sociedad para que la integración de los “**discapacitados**” sea una realidad todavía lejana. Los individuos **hard of hearing** pueden ser diversamente funcionales, un concepto muy diferente y con connotaciones positivas frente las negativas que conlleva la definición de “**discapacidad**”, todavía hoy en día utilizada y desgraciadamente aceptada a nivel social. La diversidad funcional de la hipoacusia en su modalidad oralista es sensorial aunque su condición invisible y la discriminación encubierta que padece suponen que sea considerada muchas veces como si de un déficit intelectual se tratara. Así pues, la vulnerabilidad social de esta enfermedad crónica irreversible se ve acentuada por la ausencia de conocimiento que, a su vez, conlleva y genera numerosos conflictos en las relaciones de los afectados con la sociedad a nivel familiar, social, cultural, laboral... Podemos establecer cierto paralelismo entre la hipoacusia y la fibromialgia, en aquellos días en que ésta era observada con escepticismo y sospecha. Puesto que se trata de una “**sordera invisible**”, que no se percibe a primera vista y en muchos casos no se manifiesta de forma explícita como ocurre en las hipoacusias profundas y/o signantes. Ambos tipos de hipoacusia (oralista y signante)

comparten características aunque presentan dimensiones específicas muy diferentes, propias, y en el caso de la oralista abonan su percepción social como “condición invisible”. El hipoacúsico oralista, al contrario del signante, no acostumbra a formar parte de una comunidad -e incluso de una cultura- con los de su condición, puesto que sus diferencias con la sociedad no presentan tantos contrastes como en el caso de la hipoacusia signante. Se encuentran en un no-lugar, ni perdidos ni desorientados, sino forzados a ser unos nómadas estigmatizados por el desconocimiento y los apriorismos creados sobre sus necesidades y auténticas capacidades. Las personas hipoacúsicas pueden sentirse integradas o discriminadas y aisladas. Son expertas en deambular entre estas dos realidades que existen por separado a pesar de que sucedan en el mismo escenario. Se entiende entonces que no es la diversidad funcional la que condiciona las capacidades del hipoacúsico sino la habilidad de comprensión y la voluntad de la sociedad, concebida como un extenso grupo heterogéneo que no responde al unísono a demandas estandarizadas. La discapacidad es en realidad, la ausencia de capacidad a la hora de observar a alguien con diversidad funcional, sin prejuicios discriminatorios que condicionen y perjudiquen la estima, la confianza y la valoración del afectado.

3/

La hipoacusia: realidad clínica y social.

La discapacidad, según lo expuesto anteriormente, nace fuera del ámbito clínico. Toma forma una vez el afectado ya ha sido diagnosticado, evaluado su déficit y decidida la prótesis auditiva correspondiente. A los hipoacúsicos, ¿se les llega a dar realmente de alta alguna vez?

El mayor problema de la diversidad funcional no es tanto la cronicidad de la enfermedad, sino la actitud social mostrada y percibida por el enfermo cuando interactúa como persona y ciudadano en su entorno de socialización. Se trata más bien de una cuestión cívica y educativa.

El error está en tratar esta cuestión como un problema de integración social, puesto que las personas con diversidad funcional no han estado ni están en ningún momento “desintegradas” sino bajo una especie de sutil “apartheid” que se tiende a resolver con más buena intención que auténtica consciencia de inclusión social. Integración social y laboral, responsabilidad social corporativa, normalización y conceptos parecidos no son, con frecuencia, más que lenitivos injustos carentes de efectividad.

Se enfoca hacia los afectados todo tipo de estrategias de integración y normalización olvidando a personas e instituciones que deberían revisar y corregir su posición “desintegradora”. A menudo la integración social no se realiza de forma adecuada y no se atiende a la diversidad funcional. Esto sucede sin que ningún protocolo u organismo regulador responda de la calidad de esta integración.

4/

En el filo de la experiencia de la discriminación.

La hipoacusia oralista afronta la discriminación encubierta dada su condición invisible que favorece el desconocimiento o “normalidad” de sus características y dificulta la comprensión de sus necesidades. Al no presentar ningún signo físico visible se trata al hipoacúsico con una consideración y exigencia que en muchos casos resulta difícil de comprender y corresponder.

La percepción del uso de audífonos o implantes cocleares (IC), depende del tiempo de relación y de la confianza entre interlocutores. En la mayoría de casos, en las relaciones ocasionales, breves y fugaces, el respeto convencional y la novedad difuminan la exposición de la diversidad funcional de la hipoacusia.

Se dice que los primeros quince segundos determinan la impresión que nos llevamos del interlocutor, tratándose lógicamente de una impresión rápida sin concesiones empáticas. Incluso en relaciones más consolidadas, diversos factores condicionan la afinidad interlocutiva: carácter, introversión, confianza, prejuicio, seguridad, resiliencia, asertividad, comprensión, paciencia, tozudez, testarudez, ideología, cultura.

Nunca me han educado ni informado acerca de la idiosincrasia de una persona ciega. Y debido a esta falta de conocimiento -que no voluntad- cuando inicio una relación con un ciego inadvertidamente estoy expresando cierta “flojera” no a la hora de empatizar pero sí en cuanto me aproximo a la realidad de esta persona y establezco los principios de la relación.

Y esto lo percibe rápidamente la persona afectada, haciéndole sentir “especial” en un sentido negativo aunque no peyorativo.

A medida que experimento situaciones similares tengo oportunidad de aprender, crecer y mejorar esta relación y conocimiento, es la grandeza de la voluntad de progresar personal y socialmente.

Pero no hay duda alguna de que existe un déficit humanitario y hospitalario en cuanto a educación y civismo se refiere.

Creo firmemente que la aceptación del concepto de la diversidad funcional conlleva el rechazo a la aceptación de tantos otros tipos de discriminación (de género, racial, sexual, ideológica o religiosa), pero no creo que a la inversa esto suceda. Aceptar la diversidad funcional conlleva una apertura de miras de un calibre inmenso que deberíamos potenciar.

5/

Horizontes de progreso.

No pretendo dar a entender que no exista atención alguna al aspecto social de la diversidad funcional. Por supuesto existen y de manera creciente los agentes sociales profesionales y voluntarios que realizan una labor imprescindible. Pretendo en todo caso subrayar la poca importancia y relieve que aún se les otorga cuando en realidad deberían gozar de la misma admiración y reconocimiento que reciben los profesionales sanitarios en su desempeño innovador. Son de hecho, “médicos sociales” que trabajan fuera del hospital, en los entornos de socialización de las personas con diversidad funcional. No olvidemos que la educación, la asistencia y el trabajo social forman parte de la cultura de prevención sanitaria a pesar de estar acostumbrados a relacionar el concepto sanitario con un ámbito exclusivamente clínico y con situaciones de enfermedad y escasez de salud. La prevención sanitaria empieza por el conocimiento de los factores de riesgo, tanto para evitar lesiones como para impedir su agravación, incluyendo el riesgo de la exclusión social. La situación actual de recesión y crisis financiera lo reafirma: aumentan día a día los casos de atención hospitalaria y los problemas de salud mental a medida que los recortes sociales aumentan las brechas en la continuidad asistencial sociosanitaria.

6/

Atención integrada.

En el horizonte de progreso correspondiente a la organización de la sanidad, destaca, por su relevancia para la mejora de la atención a las

personas hipoacúsicas, la opción de reforma organizativa del sistema asistencial basado en la integración de niveles y la intersectorialidad. Lo que se aplazó reiteradamente en tiempos de bonanza ahora es imperativo si se desea reconstituir el sistema público de salud y evitar su desmantelamiento. La integración transversal intersectorial -sanidad, educación y servicios sociales- y la integración coordinada de niveles constituyen una oportunidad para mantener y acrecentar la capacidad resolutoria del sistema de bienestar social con los recursos disponibles. Frente a la atomización de los itinerarios asistenciales -entre niveles, agencias de educación y asistencia social- la asistencia integrada ofrece, sin que haya mejores alternativas, “hacer más con menos”. Y esta oportunidad es particularmente relevante para la atención continuada y longitudinal a las personas hipoacúsicas en la medida en que se active de manera creativa la evidencia internacional de efectividad, el compromiso profesional, las tecnologías de la información (TIC), el voluntariado y el liderazgo de las instituciones punteras en la innovación asistencial. A lo largo del ciclo vital de las personas hipoacúsicas, fuera del estricto circuito clínico, se echa en falta esta cooperación sinérgica entre los agentes sociales y agencias relevantes. Una red de apoyo, consulta y asesoría basada en el intercambio fluido de información entre las instituciones de acogida, tratamiento, socialización, empleo y protección social, supone un salto cualitativo que, en ocasiones y en un entorno particularmente adverso como el actual, ha encontrado su impulso. No se trata de confiar en el azar sino de reconocer que en el dilema entre la regresión o la transformación de nuestro sistema de protección social existe suficiente potencial de conocimiento, excelencia, espíritu emprendedor y experiencia innovadora como para elegir reformas integradoras basadas en diagnósticos de progreso tan conocidos como ignorados hasta la explosión de la “burbuja sanitaria”. En este contexto pueden identificarse oportunidades excepcionales para salvaguardar la legitimación civil de los servicios de la política social, como el avance en la consideración ciudadana inclusiva de la diversidad funcional y la revisión de la iconografía y mitos de la discapacidad.

7/

Conclusiones.

Después de observar la situación de la hipoacusia en España y contrastarla con los contextos foráneos y globales en el reciente congreso internacional de la **International Federation of Hard of Hearing (IFHOH)** en Bergen, me arriesgo a sugerir la necesidad de abrir un foro de discusión. Debatir, sin pretensiones conclusivas, tanto la pertinencia de obtener y compartir mejor la información acerca de la contribución y progresos en la “buena práctica” de cada agencia asistencial relevante, mediante la utilización de la conectividad participativa de las herramientas de intercambio de información. Considerar las ventajas y obstáculos asociados a la viabilidad de promover localmente una experiencia singular de integración coordinada del acceso de los afectados a las prácticas de salud pública, la gestión clínica, la atención preescolar, los ciclos de formación reglada, el soporte comunitario a la socialización y la integración en el mercado laboral. Las TIC y las nuevas posibilidades de trabajo en equipo que ofrecen son cruciales para afrontar nuevos retos asumibles y factibles. Y a pesar de que en España la protección social de la hipoacusia no presenta ni goza de los adelantos de los países punteros, estas nuevas herramientas permiten avances insospechados. Hablamos de herramientas de inteligencia colectiva y de comunicación participativa (crowd wisdom). Es necesario un proyecto propio en terreno español que facilite la creación de un hub para interconectar no solamente los grupos de interés locales y nacionales sino todos aquellos que fuera de nuestras fronteras llevan años desarrollando estrategias experimentadas y efectivas para la mejora de los recursos y asistencias a las personas hipoacúsicas. Un hub que enlace la realidad nacional con la internacional y estimule cada uno de los grupos de interés. Se trata de propiciar un espacio donde la experiencia y la buena práctica de las instituciones concernidas,

combinadas con el estímulo de la innovación y la emulación, tengan la oportunidad de compartir una estrategia cooperativa de avance. Ya existen esfuerzos dedicados a la innovación y mejora clínica, así como voluntad de mejorar la asistencia longitudinal a través de los distintos grupos de interés. Un hub no pretende modificar ni intervenir en ámbitos que ya cuentan con suficiente implantación, sino que busca reafirmar y reforzar la voluntad compartida de progreso.

La garantía de éxito de un proyecto de esta naturaleza debería contar como una de sus mejores credenciales los principios y valores propios de las instituciones acogedoras, la observancia de los principios de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas Discapacitadas, la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes y los valores concomitantes. La red asistencial de la **Orden de San Juan de Dios** es sin duda un referente significativo. Los valores de sensibilidad, respeto, responsabilidad, diálogo, superación y perseverancia, que se contemplan, entre otros, en la Orden, sustentan la visión estratégica de un proyecto de esta naturaleza.

1. **LS, Lengua de Signos:** es una lengua natural de expresión y configuración gesto-espacial y percepción visual (o incluso táctil por ciertas personas con sordoceguera), gracias a la cual las personas sordas pueden establecer un canal de comunicación con su entorno social, ya sea conformado por otros individuos sordos o por cualquier persona que conozca la lengua de señas empleada.
2. Cada 4 años, la **International Federation of Hard of Hearing (IFHOH)** y la **European Federation of Hard of Hearing (EFHOH)** celebran un congreso con las asociaciones miembro de las mismas. Este año ha sido el turno de Bergen (Noruega), ciudad que ha acogido el **Board General Meeting (BGM)** de la IFHOH y EFHOH los pasados 25 - 28 de junio. Por primera vez España ha estado representada por **F. Artells** como miembro

La prevención sanitaria empieza por el conocimiento de los factores de riesgo

individual, condición aprobada en las votaciones efectuadas en las sesiones internas previas al comienzo del mismo congreso.

BIBLIOGRAFIA

1. International Federation Of Hard of Hearing (June 2012). A better quality of life for Hard of Hearing people. *Resolution International Federation Hard Of Hearing Board General Meeting 2012. Bergen, Norway*
2. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (2008). [base de datos]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm#5 [Mayo 2012].
3. Informe Hearing Matters (2010-2011). [base de datos]. Londres: Action on hearing loss, Royal National Institute for Deaf People. Disponible en: <http://www.actionon-hearingloss.org.uk/supporting-you/policy-research-and-influencing/research/hearing-matters.aspx> [Mayo 2012].
4. Torres Monreal, S., Uquiza de la Rosa, R., Santana Hernández, R. (1999). Deficiencia auditiva. Guía para profesionales y padres. Málaga: Ediciones Aljibe.
5. Bruner, J. compilación de Linaza, J.L. (1998). Acción, pensamiento y lenguaje. Madrid: Alianza Editorial.



05/La vejez se prepara desde la juventud

P. Arnaldo Pangrazzi, M.I.
Profesor de Pastoral de la Salud.
Instituto Camillianum. Roma.

Traducción: Felipe Blanco.

"La vejez no llega de repente, sino que se prepara desde la juventud. Cada vez más, seremos mañana lo que somos hoy", dice el autor de este artículo. Pangrazzi explica cómo la vejez, en cuanto horizonte último de la existencia terrenal, puede ser afrontada con actitudes bastante diferentes. El proyecto global sobre el que hay que trabajar para diseñar el propio futuro contempla cuatro horizontes: mental, afectivo, corporal y espiritual. El autor dibuja un mapa indicando aquellos recorridos que conducen a extraviarse o a autolesionarse, frente a los que ayudan a reencontrarse y a salvarse.

Se empieza a envejecer el día en que se nace. Cuanto más se vive, más se envejece. Cuanto más se envejece, más aumentan las pérdidas.

El otoño de la vida se anuncia gradualmente, por las canas, por las arrugas en la cara, la visión defectuosa, el oído que empieza a fallar, los crecientes achaques corporales, la pérdida de memoria. Según van pasando los años, se produce un proceso de imparable decadencia corporal, sobre todo después de los 80/90 años.

Pero la vejez no es un periodo que haya de medirse solo con el calendario biológico o por el cómputo de los años transcurridos. Con cierta frecuencia se encuentran ancianos de ochenta o noventa años que irradian energía y que transmiten vitalidad, como también se encuentran veinteañeros que parecen ya viejos, faltos de motivación y vacíos. La edad de una persona no se mide tanto por el cómputo de los años como captando las vibraciones de su corazón, la vitalidad interior, el modo de relacionarse con el mundo, con Dios, con los demás.

El **Dr. James Hurley**, a la edad de 85 años, se expresaba en estos términos:

“Somos tan jóvenes como lo sea nuestra fe, nuestra confianza personal y nuestra esperanza; tan viejos como lo sean nuestras dudas y nuestros miedos. En el centro del corazón hay una estación de radio: en la medida en que

reciba mensajes de esperanza, de ánimo y de confianza en Dios y en el prójimo, nos mantendremos jóvenes”.

El otoño de la vida, en cualquier caso, viene marcado inexorablemente por un in crescendo de pérdidas y de recortes que abarcan la esfera física, mental, afectiva, social y espiritual. El impacto con el gradual desmoronamiento de las propias seguridades genera en el anciano un abanico de actitudes diversas que van de la hostilidad al victimismo, del desconsuelo al enclaustramiento, de la regresión a la desesperación, de la pasividad a la aceptación.

Diversos factores pueden incidir en las actitudes adoptadas, entre ellos: el carácter de la persona, su relación con el pasado, la propia filosofía de vida, la presencia o ausencia de personas queridas, la disponibilidad o no de recursos interiores y religiosos.

Dos mensajes, extractados de fuentes diferentes, muestran cómo la vejez, en cuanto horizonte último de la existencia terrenal, puede ser afrontada con actitudes bastante diferentes. El primero es un texto egipcio, que se remonta a unos 2.500 años antes de la venida de Cristo, que describe de un modo realista y un tanto pesimista, el periodo de la vejez:

“¡Qué penoso es el final de un anciano. Se va debilitando de día en día, la vista disminuye, los oídos se quedan sordos, la fuerza va declinando: el corazón no encuentra ya descanso.

La boca se vuelve silenciosa y ya no habla. Las facultades intelectuales disminuyen; ya no logra recordar hoy lo que hizo ayer; le duelen todos los huesos; aquellas ocupaciones a las que antes se dedicaba con gusto, ahora las hace con desgana, y el sentido del gusto ha desaparecido. La vejez es la peor de las desgracias que pueden afligir a un hombre”.

El segundo es la oración de un anciano que observa con benevolencia las limitaciones y debilidades de la senectud e invoca la ayuda de Dios, para vivirla positivamente.

Señor, no permitas que me convierta en uno de esos viejos gruñones, siempre dispuestos a lamentarse, a refunfuñar; que se vuelven tristes y llegan a ser insoportables a los demás.

Consérvame la sonrisa, aun cuando mi boca esté ya un poco desdentada.

Consérvame el buen humor que ponga las cosas, a la gente y a mí... a cada cual en su lugar.

Haz de mí, Señor, un anciano sonriente, mantenme un corazón abierto.

Haz de mí un anciano generoso, que sepa compartir sus cuatro cuartos con quien no los tiene... y las flores de su jardín con quien no tiene tierra para cultivarlas...

No permitas que me convierta En un hombre del pasado, hablando siempre de sus buenos viejos tiempos en los que nunca hacía frío, y despreciando el tiempo de los jóvenes, en que siempre está lloviendo.

Haz de mí, Señor, un anciano que no se ha olvidado de cuando era joven y que sabe revivir con la juventud de los demás.

Señor, no te pido la fortuna y la felicidad. te pido simplemente que mi última estación sea hermosa, para que ella dé testimonio de tu belleza¹.

Estos dos mensajes ponen de relieve dos perspectivas diametralmente opuestas sobre la vejez.

El texto egipcio subraya los aspectos fenomenológicos, pero sobre todo físicos de esta fase de la existencia, poniendo en evidencia sus aspectos negativos y concluyendo con una nota dramática que define la vejez como “la peor desgracia para el hombre”.

El segundo texto abarca un horizonte más amplio y centra su atención en las actitudes y tendencias relacionales y de comportamiento del anciano.

El autor del texto pide a Dios ayuda para estar dispuesto a la sonrisa y a la generosidad, para saber captar los aspectos positivos del presente y de los jóvenes, y descubrir retazos de belleza en la vida cotidiana.

1/

La vejez se prepara en la juventud.

La vejez no llega de repente, sino que se prepara desde la juventud. Cada vez más, seremos mañana lo que somos hoy. En consecuencia quien de joven tiende a ser crítico, negativo y apático, se volverá, con el paso del tiempo, cada vez más crítico, negativo y carente de motivación.

Quien de joven tiende a ser optimista, emprendedor y a tener buen humor, se verá, con el paso de los años, reforzado en su esperanza, creatividad y sentido del humor.

El mañana de cada cual se prepara desde que se es joven y requiere el esfuerzo de trabajar sobre sí mismos, con realismo y humildad, tal como sugiere el siguiente relato.

1. Oración que aparece en: “Presenza nella sofferenza” (por Arnaldo Pangrazzi) ed. Camilliane, Torino, 1987, p.83

2. "Cambia il mondo cambiando me", en Anthony De Mello, "Il canto degli uccelli", Ed. Paoline, Milano, 1986, p. 195

El sufi Bayazid dice de sí mismo: Cuando yo era joven, era revolucionario y todas mis oraciones a Dios eran: "Señor, dame la fuerza de cambiar el mundo".

Cuando me acercaba ya a la edad mediana y me di cuenta de que la mitad de mi vida había transcurrido sin que hubiese cambiado ni a una sola alma, cambié mi oración por: "Señor, dame la gracia de cambiar a todos aquellos que están en contacto conmigo. Aunque solo sea a mi familia y a mis amigos, ya seré feliz".

Ahora que soy viejo y mis días están contados, empiezo a entender cuán necio he sido. Ahora mi única oración es: "Señor, dame la gracia de cambiarme a mi mismo". si hubiese rezado por ello desde el principio no habría desperdiciado mi vida"².

El otoño de la vida se prepara en primavera, cultivando actitudes, limando asperezas y alimentando aquellos recursos que permiten anticipar un futuro sereno y constructivo. Quien no realiza la tarea de la poda, quien no siembra ni abona el propio terreno en primavera, corre el riesgo de encontrarse en otoño sin cosecha o, si acaso, de recolectar únicamente frutos agraes o comidos de gusanos. Con el riesgo añadido de tomarla con Dios por reveses sufridos o por terrenos improductivos.

El futuro no es una fatalidad o un castigo, sino que se prepara con esfuerzo y responsabilidad en el transcurso de la juventud. El proyecto global sobre el que hay que trabajar para diseñar el propio futuro contempla **cuatro horizontes: mental, afectivo, corporal y espiritual**. Dibujamos este mapa indicando aquellos recorridos que conducen a extraviarse o a autolesionarse, frente a los que ayudan a reencontrarse y a salvarse.

2/

Recorridos para envejecer mal.

A la hora de esclarecer los posibles recorridos, se prefiere trazarlos mediante una presentación esquemática más que narrativa, dejando al lector la tarea de conectar las tendencias que se mencionan con ejemplos concretos de vida. A nivel **mental**, se prepara uno para envejecer mal cuando, desde la juventud, se permanece encerrados en la jaula de la rigidez, caracterizada por:

- Actitudes de dogmatismo, intolerancia y autoritarismo;
- Defensa de los propios esquemas y fijaciones;
- miradas negativas y críticas sobre la realidad;
- Tendencias a la confrontación y a la conflictividad
- Refugiarse en el pasado y condenar el presente.

A nivel **afectivo** se prepara uno para envejecer mal cuando prevalecen actitudes evidentes de **cerrazón**:

- En la desconfianza y en la suspicacia hacia los demás;
- En el replegarse y estar absorto únicamente en sí mismo;
- En el distanciamiento de las emociones y de la implicación relacional;
- En un estilo de vida caracterizado por el aburrimiento y la aridez;
- En las falsas pretensiones de autosuficiencia.

A nivel **físico** se prepara uno para envejecer mal cuando se deja llevar por el **descuido** de sí, que se manifiesta:

- En la negligencia y falta de cuidado de la propia imagen externa;
- en la intemperancia y el consumo excesivo

El proyecto global sobre el que hay que trabajar para diseñar el propio futuro contempla los horizontes mental, afectivo, corporal y espiritual

- de comida y de bienes materiales;
- En la tendencia a una vida sedentaria, que contribuye a la atrofia muscular y del vigor físico;
- En la dependencia del tabaco, de los fármacos, del alcohol;
- En el desorden de la actividad habitual.

A nivel **espiritual** se prepara uno para envejecer mal cuando prevalece lo banal y lo efímero y se permanece huérfano de metas y de ideales, proceso que se evidencia:

- En la búsqueda constante del placer y de la gratificación;
- En las actitudes de egocentrismo y de autoidolatría;
- En la huída del dolor, de la enfermedad, de la muerte;
- En la falta de sensibilidad hacia el prójimo y hacia los valores comunitarios;
- En la alienación de Dios y de cualquier llamada de lo sobrenatural.

La consolidación o el cristalizar de las mencionadas actitudes mentales, afectivas, físicas y espirituales resultan ser una profecía del propio futuro. En consecuencia, del conjunto de rasgos y actitudes del joven, se adivina qué tipo de vejez le espera.

3/

Indicaciones para envejecer bien.

Así como existen recorridos que son un preaviso de la infelicidad, la propia y la de las personas cercanas, así también se van perfilando otros que ayudan a envejecer bien, de modo que se sufra y se haga sufrir menos.

A nivel **mental** se prepara uno para envejecer bien alimentando la **motivación**, que es el motor de la vida, y que se activa:

- Aprendiendo a cultivar la observación y el espíritu de gratitud;
- Ampliando el horizonte de los propios intereses;
- desarrollando las potencialidades latentes y dando expresión a la propia unicidad;
- Alimentando la confianza y la tenacidad frente a las dificultades;
- Fijando nuevos objetivos y empleándose a fondo para alcanzarlos;
- Cultivando la curiosidad y la apertura a las novedades.

A nivel **afectivo** se prepara uno para envejecer bien cultivando la amabilidad, que se manifiesta:

- Queriendo y dejándose querer por los demás;
- Prestando atención al corazón, a los sentimientos y a la gestualidad;
- Instaurando relaciones de respeto hacia quien tiene una distinta manera de pensar, de creer o de sentir;
- Estando dispuesto a ayudar a quien está necesitado;
- Liberando las potencialidades sanativas de la sonrisa y del buen humor.

A nivel **físico** se prepara uno para envejecer bien prestando atención a las necesidades y a los mensajes del cuerpo:

- Practicando una dieta sana y ejercicios regulares, para mantenerse en forma;
- Distribuyendo sabiamente el tiempo entre trabajo y descanso;
- Valorando el don de la propia corporeidad a través de la autoaceptación y de la autoestima;
- Encontrando el modo y el momento de liberar tensiones y de recargar las pilas;
- Desarrollando hábitos saludables que favorezcan la salud y un estilo de vida equilibrado;

A nivel **espiritual** se prepara uno para envejecer bien alimentando la vida interior y las necesidades

del espíritu, como por ejemplo:

- Dedicando un tiempo y un lugar a la reflexión y a la espiritualidad;
- Viviendo con espíritu creativo las imperfecciones propias y ajenas;
- Reafirmando lo que de positivo hay en sí mismo y en los demás;
- Viviendo la vida más como un misterio a descubrir que como un problema a resolver;
- Cultivando formas de oración y de meditación que den profundidad al propio peregrinaje terrenal;
- Rindiendo honores a la centralidad de Dios más que a la propia.

En la medida en que una persona, desde joven, se pone manos a la obra para cultivar, para desarrollar y consolidar estas actitudes, su futuro resultará una fase estacional positiva y fecunda, a la sombra protectora de los frutos sembrados.

4/

Un viaje que arranca de lejos.

La vejez es como escalar el Everest, pero el viaje arranca de lejos. Es en el propio viaje en lo que hay que trabajar, más que centrarse u obsesionarse con la meta. Un viaje bien realizado garantiza el logro de la meta.

El viaje está hecho de miles de pasos. Está sembrado de obstáculos a superar, de contrariedades a afrontar, de sufrimientos a asumir. El conjunto de todo ello contribuye a plasmar el anciano del mañana.

Realizar el viaje es como construir una casa. La casa es el resultado de todo un mosaico de esfuerzos silenciosos, de poner un ladrillo cada

vez para dar forma a lo que luego será un lugar donde vivir. El Everest de la vejez se prepara en el valle de la juventud.

En la medida en que ya desde la juventud se alimenta la inteligencia para que permanezca abierta al aprendizaje y al conocimiento, en que se presta atención al corazón para que irradie con energía positiva las relaciones, en que se cuida el cuerpo para que su estado de bienestar inspire la acción y la proyectividad, en esa misma medida se prepara el retraso de la propia vejez.

Un relato de **B. Ferrero** resume cómo el futuro de cada uno queda definido por las actitudes que han dado color a su propio pasado:

Había una vez un hombre que estaba sentado al borde de un oasis, a la entrada de una ciudad del Medio Oriente.

Un joven se acercó y le preguntó:
“Nunca he venido por estos lugares.
¿Cómo son los habitantes de esta ciudad?”

El viejo le respondió con una pregunta:
“¿Cómo eran los habitantes de la ciudad de la que provienes?” “Egoístas y malvados. Por eso me alegré de marcharme de allí” “Pues así son los habitantes de esta ciudad”, le respondió el anciano.

Poco después, otro joven se acercó al hombre y le hizo la misma pregunta:
“Acabo de llegar a este país. ¿Cómo son los habitantes de esta ciudad?”

El hombre respondió de nuevo con la misma pregunta: “¿Cómo eran los habitantes de la ciudad de la que provienes?” “Eran buenos, generosos, hospitalarios, honestos. Tenía muchos amigos y me ha costado mucho dejarlos”.
“También los habitantes de esta ciudad son así”, respondió el anciano.

Un mercader que había llevado sus camellos a abreviar había escuchado las conversaciones, y cuando el segundo joven se alejó, se dirigió al anciano en tono de reproche: “¿Cómo puedes dar dos respuestas completamente distintas a una misma pregunta que te han hecho dos personas?”

“Hijo mío, respondió el anciano, cada uno lleva su propio universo en el corazón. El que no ha encontrado nada bueno en el pasado, no encontrará nada bueno tampoco aquí. Por el contrario, quien en la otra ciudad tenía amigos, encontrará también aquí amigos leales y fieles. Porque, fíjate bien, las personas son lo que nosotros encontramos en ellas”³.

3. Bruno Ferrero, “A volte basta un raggio di sole”, LDC, 1998, p. 37-38



06/Aprender a envejecer

Juan Martín Velasco,

profesor emérito de Fenomenología de la Religión.
Universidad Pontificia de Salamanca (Madrid).

El proceso de envejecimiento tiene mucho de natural. Es ley de vida, decimos con razón cuando vemos aparecer los primeros síntomas de envejecimiento. Sucede en nosotros inexorable y callado. Cuando ya ha sucedido, constatamos: “Cómo se pasa la vida... tan callado”. “No sentí resbalar mudos los años”, confesaba Quevedo. Y, sin embargo, tienen razón, más de lo que creen, los que nos dicen: “te estás haciendo viejo”; y la tenemos nosotros cuando, a la vista de los primeros síntomas precursores de lo que se avecina, nos decimos: “me estoy haciendo viejo”.

Las circunstancias externas de la vejez han ido cambiando a lo largo de la historia.

El mismo Quevedo pintaba a sus cincuenta y dos años un retrato de su decadencia física - “ninguna cosa me da más horror que el espejo en que me miro” - con el que no se identificaría un anciano de ochenta en nuestro tiempo.

Porque el progreso de la medicina, la geriatría y la gerontología, las mejoras sociales y los avances técnicos ayudan en la actualidad a paliar gran parte de las limitaciones y los inconvenientes que comporta la vejez.

Pero nada de esto nos exime de nuestra propia responsabilidad frente al envejecimiento; de cada uno depende en buena medida cómo sea su vejez.

Por eso vale la pena que reflexionemos sobre el arte nada fácil de envejecer de la forma más humana posible.

LH n.304

1/

La vida y el sujeto de la vida.

Los humanos compartimos la vida con otros muchos seres vivos. Como todos ellos, no tenemos otra forma de ser que la de desgranar en el tiempo nuestro ser personal, en un permanente fluir del futuro al pasado por un presente inapresable:

“Lo nuestro es pasar”,

decían ya los antiguos.

“Ayer ya fue, mañana no ha llegado / hoy se está yendo sin parar un punto. / Soy un fue y un será y un es cansado”,

sentenciaba **Quevedo**. Así, la conciencia de la temporalidad nos muestra que la muerte no es sólo el final de la vida; está introducida en la trama misma del vivir en el que se devana la existencia, y su alargada sombra se extiende sobre el conjunto de la vida, ya que vivir

es hacer pasar las promesas de ser que es el futuro a “este raro no ser, este haber sido” (**Sánchez Rosillo**) que es el pasado.

Bien miradas las cosas, vivir es en algún sentido desvivirse, y desde este punto de vista, se puede decir que el hombre como ser vivo es “ser-para-la-muerte”. Pero, para los humanos, la vida, de la que la vejez es una fase, no lo es todo.

En el ser humano hay un sujeto, dueño, ciertamente relativo, pero consciente y responsable, de ese suceder de momentos y cambios que llamamos vida humana. Ésta, para el hombre no es sólo fluir. Con sus momentos sucesivos se construye un sujeto que con el paso del tiempo forja un destino personal. Por eso, si desde siempre el hombre ha dado muestras de su conciencia de ser mortal, desde siempre da muestras también de que algo en él se resiste connaturalmente a la presencia de la muerte y que le ha llevado a oponerse a ella con todas sus fuerzas. Nadie, podríamos decir, muere de muerte natural.

Para dar cuenta de la novedad que introduce en el reino del ser el extraordinario ser humano todas las sabidurías han sentido la necesidad de referirse a un principio interior: el alma, el atman, el “corazón”, el espíritu, para designar al “quién”, al sujeto que está por debajo de todos los “qué” y los “cómo” que constituyen el lado visible de la persona. Ese principio interior radica finalmente en una dimensión de trascendencia, fundamento de la desproporción que habita a todo ser humano, que le hace aparecer a la vez como finito y capaz de superar la finitud, mundano y capaz de trascender su pertenencia al mundo, fluir temporal y sujeto que lo domina, ser corporal e interioridad inobjetable.

Las religiones han identificado esa dimensión trascendente como huella o imagen en el ser humano de una Presencia personal que llama a la existencia a la persona, sustenta la vida humana, la acompaña y le otorga un destino trascendente. **San Pablo** se refiere a ese principio interior en el hombre y a su posible realización,

en contraposición con el desgaste de nuestra vida mundana sometida a la erosión del tiempo:

“Mientras el yo exterior se desmorona, nuestro hombre interior se renueva día tras día” (2 Cor 4, 16).

Desde la perspectiva que abre a los humanos la presencia en ellos de este yo interior, surge un nuevo horizonte para la experiencia de la vejez. El desmoronamiento de nuestro yo exterior se nos impone como una evidencia con la llegada de la vejez, y los presagios de muerte que trae consigo.

Pero basta haber desarrollado la conciencia de nuestro hombre interior para sospechar que el deterioro corporal no acaba con todo lo que somos -ya un poeta pagano proclamaba: non omnis moriar, no moriré del todo-, y que haberlo desarrollado permitirá al sujeto desafiar la erosión del paso del tiempo.

De hecho, el trato con numerosos ancianos muestra que los innegables lados negativos de la vejez no agotan la experiencia humana de esta fase de la vida.

El caudal de experiencias que atesoran los convierte con frecuencia en verdaderos “**expertos en humanidad**”; sus muchos años les hacen mantener con los acontecimientos y las cosas de la vida una distancia que les permite ponerlas en su lugar, relativizarlas y arrancarles el poder de seducción que en otros tiempos ejercían sobre ellos y que los llevaba a veces a obsesionarse con ellas.

Todos conocemos ancianos a los que la disminución obligada o buscada de actividades ha dejado espacio en sus vidas para la contemplación y la admiración del milagro de lo real y el disfrute sosegado no ya de las cosas de la vida, sino de la vida misma, del hecho mismo de vivir, con las grandes riquezas que encierra.

Herman Hesse, ya anciano, concluía así una especie de balance de su vida:

”Aquí, en este jardín de la vida florecen flores en cuyo cuidado apenas hemos pensado hasta ahora: la flor de la paciencia, la de la serenidad, la de la capacidad de observar y oír la vida de la naturaleza y de nuestros semejantes, la de recordar y acoger nuestro pasado”.

Y **Erikson** veía en la vejez la fase en que el hombre lleva a su cumplimiento el desarrollo de la propia personalidad en continuidad con su pasado, y, por tanto, el momento de la consumación de la propia identidad. La raíz de todas estas posibilidades está sin duda en el descubrimiento y el cultivo durante la vida de la experiencia espiritual.

2/

La experiencia espiritual transforma la experiencia de la vejez.

El aprendizaje decisivo para un envejecer digno del hombre requiere el descubrimiento por las personas de su yo interior, de su dimensión de trascendencia, de su condición espiritual.

Pero conviene llamar la atención sobre las formas engañosas de realización espiritual que se han derivado de falsas y muy arraigadas concepciones del espíritu. Aquéllas, por ejemplo, en las que la realización de lo espiritual se lograba a costa de los aspectos mundanos, materiales o corporales del ser humano, o al

LH n.304

margen de ellos. O aquéllas otras en las que lo corporal era vivido como instrumento para una realización de lo espiritual reducido a la salvación del alma más allá de la muerte.

La experiencia espiritual, momento indispensable para la transformación del fluir temporal en realización del yo interior, del sujeto en plenitud, es vivida hoy bajo nuevas formas, de las que cabe señalar dos rasgos característicos.

Durante mucho tiempo lo religioso ha englobado lo espiritual, tenido por imposible e irrealizable al margen de la religión. Hoy sabemos que no pocas personas ajenas a las religiones establecidas pueden desarrollar una experiencia espiritual digna de su condición humana y a la altura de las aspiraciones que comporta.

Vivir espiritualmente comporta la opción de la persona por valores trascendentes capaces de dar un sentido último a su vida. Lo decisivo para una existencia espiritual es la opción incondicional por valores trascendentes, que valen por sí mismos y hacen valiosa la vida y que exigen de la persona la renuncia al egoísmo y la adopción de una forma de vida oblativa.

Tal opción otorga al sujeto una especial “calidad” y una peculiar “esperanza de vida”. La primera no significa sólo cierto nivel de bienestar, de comodidad y de independencia.

Calidad de vida significa sobre todo una vida humana con ese “más” que pedimos a la vida para que sea digna del ser humano abierto al infinito, que aspira a lo mejor y que se define por la auto-trascendencia. Cuando la vida humana adquiere esa calidad que le ofrecen los valores trascendentes que la inspiran, se ve dotada de una esperanza de vida que es otra cosa que una duración más o menos larga:

Es la que inscribe en la vida el estar animada por la aspiración a lo mejor que le hace ser sur-vie, super-vivencia, vida llena de verdad, bondad, belleza, amor y, en suma, unos valores que le dan sentido y la justifican.

No es difícil percibir que, mientras la “vida sin examen” y sin conciencia, sumida en el olvido de sí o aferrada al momento fugitivo y a lo que le ofrece, queda integrada en el horizonte de la muerte que termina con todo aquello a lo que el sujeto solo mundano se apega, la vida espiritualmente desarrollada permite incluir las pasividades, las negaciones de la vida y la misma muerte en el horizonte de ese más de vida, de esa vida trascendente, a la que le ha abierto su opción espiritual.

3/

La vejez de una persona creyente.

El ejercicio de la dimensión espiritual no agota las posibilidades del ser humano. La dimensión de trascendencia que envuelve el ser y la vida de las personas ha sido vivida a lo largo de la historia humana bajo las múltiples formas de las diferentes religiones y, en nuestra tradición, bajo la forma de vida cristiana.

El centro de esta forma de vida está en la existencia creyente. ¿En qué consiste ser creyente? Podríamos resumir la respuesta diciendo que constituye una forma de existencia que supone la vida espiritual a la que acabamos de referirnos y que la modula desde el reconocimiento de la trascendencia presente en el corazón del hombre como realidad personal.

Ser creyente significa llegar hasta el fondo sin fondo del propio ser, descubrir en él el abismo personal de ser, verdad, belleza, bien y amor del que surge, y acogerlo en una opción radical de consentimiento pleno, confianza ilimitada, conformidad incondicional y entrega amorosa que solemos resumir en la expresión demasiado desgastada de actitud teologal. Es remontar las aguas de nuestra vida y, ante la Presencia infinita, único origen

La vida de creyente pasa a tener su origen y fundamento en la Presencia personal que le a convocado a la existencia

del propio yo finito, confesar: “**Todas mis fuentes están en ti**”. Es vislumbrar el misterio que nos habita y atreverse a invocarlo como alguien que me convoca a la existencia y la convierte en don, tarea y destino personal.

No es difícil señalar la transformación que esta opción radical impone al conjunto de la existencia humana y a su desarrollo en el curso de la vida. Tan importante es esa transformación que las tradiciones religiosas la describen como un nuevo nacimiento. Afecta en primer lugar al sujeto mismo, que deja de ser sólo sujeto frente al mundo y frente al resto de los sujetos y se convierte en destinatario de una acción que Dios entabla con él. El ser humano pasa así a ser alguien de quien Dios “se acuerda” (**Sal 8**), a quien Dios ama (**Jr 31,3**) y a quien Dios mismo dice:

“Tú eres precioso para mí” (**Is 43,4**).

Gracias a esa transformación la vida del creyente pasa a tener su origen y fundamento en la Presencia personal que le ha convocado a la existencia, discurre acompañada por ella en todos sus momentos, hasta el punto de que el creyente puede decir como **Jesús**: “yo nunca estoy solo”, y confía que la muerte se convertirá en el paso a la plenitud a la que aspira su más profundo anhelo. Es verdad que la confianza radical en la vida que le otorga su condición de creyente no priva al ser humano de las limitaciones, los sufrimientos y las negatividades que comporta la vida, pero también lo es que en todas ellas su fe le permite escuchar, como escucharon los profetas:

“No temas, yo estoy contigo para salvarte” (**Is 43,5**).

Así, el hombre que en otros tiempos se dirigió a Dios como aquél “que alegra mi juventud”,

puede dirigirse en el de “la vejez y las canas” como el que le acompaña, sostiene y consuela cuando le “faltan las fuerzas” (**Sal 71**).

Por otra parte, la opción creyente genera en la persona disposiciones permanentes, “hábitos del corazón”, virtudes, que facilitan su ejercicio cuando, como sucede en la vejez, las condiciones de vida hacen particularmente difícil la perseverancia en ella.

Recordemos, por ejemplo, la sabiduría, la serenidad y el desprendimiento, capaces de transfigurar hasta la fisonomía de muchos ancianos. La sabiduría no consiste ciertamente en la acumulación de conocimientos teóricos o de habilidades prácticas.

Es más bien ese poso que deja en la mente y en el corazón la experiencia espiritual y creyente de la persona y que le permite distinguir lo real de lo que sólo es apariencia, lo verdadero de lo falso, lo valioso de lo que no merece aprecio, lo bueno de lo malo.

La persona dotada de sabiduría no mira sólo con los ojos corporales; no ejerce solo la inteligencia capaz de explicaciones. El sabio contempla, ve con el corazón y descubre en la realidad y en los acontecimientos sentidos ocultos que los convierten en símbolos de la trascendencia, en parábolas del paso de Dios por sus vidas.

Fruto de la actitud creyente es también la serenidad, suma de disposiciones interiores y de cualidades que permiten “apaciguar o sosegar disturbios”, “templar, moderar o cesar del todo en el enojo o en otras pasiones”, y vuelve a la persona “sosegada, quieta y sin turbación”.

Una disposición que no elimina la emoción, los sentimientos ni siquiera la pasión, pero que aligera todos esos sentimientos de una carga excesiva sobre la persona que perturbe su sosiego y el recto uso de sus facultades. Pocos textos ofrecen una descripción tan feliz de los aspectos positivos de la serenidad como la preciosa **Oda al maestro Salinas** de **Fray Luis de León**:

LH n.304

“El aire se serena
y viste de hermosura y luz no usada,
Salinas, cuando suena
la música estremada
por vuestra sabia mano gobernada.
A cuyo son divino
el alma, que en olvido está sumida,
torna a cobrar el tino
y memoria perdida
de su origen primera esclarecida...”.

Es frecuente contar entre los aspectos negativos de la vejez la avaricia o la avidez de los ancianos. El cultivo de lo espiritual y la opción creyente generan en cambio en ellos la virtud del desprendimiento. Una virtud que no consiste en la privación de bienes, acciones o relaciones, sino que constituye una disposición interior que facilita que aquello con lo que el sujeto se relaciona no le “prenda”, le ocupe o le domine, porque ha aprendido a relacionarse con ello y a disfrutarlo sin que de su presencia dependa su felicidad, ni de su falta, la desesperación o la desgracia.

5/

Opción creyente y proximidad de la muerte.

También sobre el lado más oscuro de la vejez, la propinquitas mortis, su vecindad con la muerte, puede la opción creyente ejercer un influjo benéfico. Ya la experiencia espiritual lo hace. Basta que una persona haya introducido en su vida el amor para que la muerte cambie de sentido.

Lo expresó magistralmente Quevedo en su soneto dedicado al “amor constante más allá de la muerte”, que termina:

“Serán ceniza, mas tendrá sentido /
polvo serán, mas polvo enamorado”.

La experiencia creyente regala al sujeto la esperanza, la convicción de que el Dios que es la fuente de la vida y que es “Dios de vivos” no puede dejar en las sombras de la muerte a aquellos a los que ha llamado a la vida y ha hecho destinatarios de su amor.

La experiencia creyente siempre ha abierto perspectivas de esperanza donde todo hacía pensar que no había futuro. Fue capaz de convertir a **Abraham** ya anciano en protagonista de una aventura personal de la que surgiría una descendencia numerosa y un pueblo escogido. Abrió por medio de los profetas utopías espléndidas para un pueblo sumido en la desgracia:

“Abriré un camino por el desierto,
ríos en el yermo para apagar la
sed del pueblo que yo formé”.

También ahora, en situaciones angustiosas como las que puede deparar a una persona la fase extrema de la senilidad, donde sólo parecen existir razones para la desesperanza, la actitud creyente puede regalar a las personas la “esperanza contra toda esperanza”, la esperanza que se impone a todas las aparentes razones para desesperar; la esperanza de quien ha aprendido de su fe a decir:

“Yo sé de quien me ha fiado” (2 Tim 1,12).





07/Los valores de la Hospitalidad

Los valores están en plena actualidad y más en un contexto de crisis. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios lleva casi cinco siglos acogiendo al enfermo y a los más necesitados a través del valor prioritario de la Hospitalidad y otros cuatro que giran alrededor de éste: Calidad, Respeto, Responsabilidad y Espiritualidad. La Hospitalidad es acoger en la propia casa al otro compartiendo lo que uno tiene en función de la necesidad del acogido. Es un movimiento de acercamiento que busca contribuir en el desarrollo y bienestar de la sociedad, por ello, creemos oportuno ofrecer la relación de artículos que sobre Valores venimos realizando en INFORMACION Y NOTICIAS, revista corporativa de la Provincia de Aragón-San Rafael. En este conjunto de artículos se recoge cómo se viven y trabajan los Valores desde los diferentes ámbitos de acción de la Provincia.

07/1. Los Valores de la Orden.

Hno. Joaquim Erra

07/2. La Hospitalidad, breve aproximación.

Hno. Joaquim Erra

07/3. San Juan de Dios, icono de Hospitalidad.

Hno. Ramón Martín

07/4. Acercando los Valores de la Orden a los Jóvenes.

Hno. Luis Marzo, Hno. Eduardo Ribes

07/5. Valores de la Orden, actitudes de voluntariado.

Inmaculada Merino

07/6. Transmisión de Valores desde la Universidad.

Amèlia Guílera, Anna Ramió, Anna Pérez

07/7. Valores de la innovación en la Orden de San Juan de Dios.

Dr. Jaume Pérez Payarols

07/8. ¿La investigación tiene valores?

Emili Bargalló

07/9. Valores atención a la salud mental.

Dr. Josep Ramos

07/10. Valores y discapacidad intelectual.

Toñi Segura

07/11. Valores y atención sociosanitaria.

Dr. Jordi Valls

07/12. Atención Domiciliaria y el valor de la confianza.

Anna Pérez y José Luis Fernández

07/13. Esperanza de futuro y Valores.

Dr. Emilio González

07/14. Acción social y Valores.

Manuel Lecha

07/15. Valores en la integración sociolaboral.

Josep Fortes

07/1 Los Valores de la Orden



Hno. Quim Erra,
Director de Curia Provincial.
Responsable del Grupo Provincial
de Transmisión de Valores.

El Consejo General, celebrado en París del 11 al 15 de enero de 2010, aprobó los siguientes valores de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, para todos sus Centros: Hospitalidad: Calidad, Respeto, Responsabilidad y Espiritualidad.

El tema de los valores, de su necesidad y de su repercusión en las organizaciones y en nuestra sociedad, es algo con lo que cada vez estamos más familiarizados y que en los últimos tiempos se ha ido universalizando.

Varios autores y analistas, comentan que la recesión económica ha llevado a un resurgimiento de los valores, plantean que

nos encontramos no sólo en una crisis de tipo económico sino más profunda y en este sentido, se conecta con todo lo que tiene que ver con los valores. Habréis escuchado también, que esta crisis mundial debe superarse con un incremento de los valores humanos. Esto es lo que la Orden Hospitalaria lleva haciendo desde hace más de cinco siglos: desde que Juan de Dios fundó su primer hospital en Granada y acogió al primer enfermo.

De ahí nuestro nombre, Orden Hospitalaria, y de ahí también nuestro valor supremo, la Hospitalidad.

Es desde la opción por este valor y su desarrollo que nosotros, los que formamos la familia hospitalaria, queremos contribuir al desarrollo y bienestar de nuestra sociedad.

Nuestra provincia lleva años trabajando sobre Valores y tomó como propios, bajo el paraguas de la Hospitalidad, la Acogida, el Respeto, la Solidaridad y la Profesionalidad. Paralelamente, ya desde el Capítulo General de 2006, la Curia General ha trabajado intensamente para conseguir la definición oficial, universal, de los valores de la Orden.

El Consejo General, celebrado en París del 11 al 15 de Enero, aprobó los siguientes valores de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, para todos sus Centros: **Hospitalidad: Calidad, Respeto, Responsabilidad y Espiritualidad.**

Son distintas maneras de expresar una misma realidad que tiene su eje central en el valor de la Hospitalidad y todo lo que supone su desarrollo. Nuestra Provincia, debe ahora iniciar un proceso de adaptación de la nomenclatura de valores que veníamos utilizando a la que se nos propone para toda la Orden.

En realidad son muy afines a los que ya teníamos e incluso, en algún caso, los mismos.

La Hospitalidad, se expresa a través de la Calidad que es la base esencial de nuestro servicio y de nuestra gestión. A través de la excelencia y de la profesionalidad de nuestros Colaboradores tomamos conciencia de las nuevas necesidades para llevar a cabo el modelo de atención juandediano.

La calidad se traduce en Respeto por todas las personas que acuden a nuestros servicios y a nuestros centros. El respeto es por otro lado condición indispensable para poder actuar de forma hospitalaria en todo lo que tiene que ver con acogida y acompañamiento. Respeto al prójimo, al “otro”, ofreciéndole una atención a toda su dimensión humana con una actitud comprensiva y justa en nuestro ámbito sanitario y social.

Acoger con respeto al otro, nos lleva irremisiblemente a la Responsabilidad, criterio fundamental para nuestro servicio y gestión siguiendo fielmente los ideales de San Juan de Dios basados en la justicia, la ética y la sostenibilidad.

Sin duda “**hacerse cargo**” comprometerse con la realidad del otro, de personas y colectivos en situación de enfermedad, vulnerabilidad o riesgo social, exige una gran dosis de responsabilidad.

Y finalmente, desde esta responsabilidad se explica la dimensión o valor de la Espiritualidad para guiar a cada persona en su búsqueda de significado, de religión y de trascendencia.

Desde los centros y casas de la Orden, se ofrece atención espiritual a todas las personas de manera independiente de que en algunos, ésta sea vivida o expresada a través de otras confesiones Como Juan Ciudad, nos ofrecemos a los demás sin distinción de sexo, raza o religión. La dimensión espiritual de la persona la presentamos como algo constitutivo del ser humano y por tanto con derecho a ser contemplado, atendido y acompañado.

En definitiva, desde Curia General nos invitan a la práctica de la Hospitalidad que hermanos y colaboradores debemos traducir en cercanía, amabilidad, sensibilidad, actitud de escucha, honestidad, positividad y solidaridad, componentes todos ellos de lo que nosotros entendemos como nuestra forma de atender y servir a las personas.

07/2 La Hospitalidad, breve aproximación

Hno. Quim Erra,
Director de Curia Provincial.
Responsable del Grupo Provincial
de Transmisión de Valores.

La Hospitalidad es este acoger en la propia casa al otro

El concepto de Hospitalidad nos ha acompañado a lo largo de toda la historia de la humanidad. Ciertamente han ido cambiando sus formas y expresiones, pero podemos decir que se trata de algo inherente a la tradición humana, ya que forma parte del movimiento de interrelación entre personas. La Hospitalidad es este **movimiento de acercamiento y acogida al otro**. Algo tan básico pero a la vez tan indispensable para poder establecer un núcleo de relación entre personas, que es vital para el progreso y la supervivencia.

La Hospitalidad es este acoger en la propia casa al otro, compartir lo que uno tiene pero siempre en función de la necesidad del otro -como afirma el profesor **Francesc Torralba** en su libro “**Sobre la Hospitalidad**”-. Proporcionar lo suficiente para que el otro adquiera su autonomía y no quede atrapado por el que acoge, sino que le disponga para seguir su proceso autónomo.

Individualmente partimos de la experiencia de la Hospitalidad mater-nal que refleja muy bien lo que después reproduciremos a lo largo de la vida.

La mujer/madre acoge en su propio interior a otro ser, lo alimenta con su propia vida y lo protege hasta que madura lo suficiente para ponerse de parto.

No lo abandona lo sigue atendiendo progresivamente y de forma distinta conforme este ser va adquiriendo su autonomía. Entre ambos, se establece una relación afectiva que acompaña un proceso natural.

La Hospitalidad no es algo que se inventa, ni que se añade a los procesos vitales, sino que emerge en un contexto determinado cuando se dan unas formas concretas y se es capaz de conceptualizarlo como tal, es poner nombre a un movimiento humano, una dinámica, que no siempre surge de forma espontánea, pero que una vez se opta por ello se retroalimenta y desarrolla. Ello es lo propio de los valores que se caracterizan por:

- Marcan un estilo concreto, por tanto configuran una realidad.
- Se transmiten por “contagio”, cuando una vivencia su importancia o trascendencia lo acoge como “valor”. De este modo, la Hospitalidad es algo vivencial, de lo que se hace experiencia, se interioriza y ésta es su principal vía de transmisión.
- Los valores los podemos agrupar en valores de mínimos y en valores de máximos, de tal manera que siempre hay un recorri-

do para seguir desarrollando a partir de un consenso muy universal.

- Pertenecen al mundo de los ideales y por tanto tienden al infinito.

De ahí la importancia de la metodología. Siempre podremos añadir valor al valor.

- Se trata de algo dinámico y cambiante que por tanto requiere, tiempo, adaptación y asimilación.

La cultura se configura desde aquellos valores a los que damos prioridad. Promover una cultura de Hospitalidad es optar por todos aquellos valores y sus expresiones que van tejiendo un entrono, unas vivencias, gestos y acciones, que identificamos como positivas, de búsqueda del bien del otro, de desarrollo de la persona que lo ejerce y de la que lo percibe, y que aglutinamos bajo el concepto de Hospitalidad. Una cultura se caracteriza por su estimativa, por su forma de priorizar valores.

Los valores como tal son a veces difíciles de captar, como afirma **Adela Cortina**, son cualidades positivas de las cosas que para ser captadas, necesitan de un sujeto que los capte. **Los valores no son “relativos” sino que son relacionales.**

Es así que la Hospitalidad se ejerce en este marco de intercambio de relaciones entre personas, bien sea de tipo profesional, de acompañamiento, de apoyo o de amistad. El filósofo **Daniel Inerarity**, señala la Hospitalidad, su ética, como un valor en auge en el contexto de nuestra sociedad actual:

“La ética de la Hospitalidad posee una vigencia particular en un momento cultural atravesado por el conflicto entre los imperativos de la modernización y el crecimiento por un lado, y por otro, las exigencias de una ética de la salvaguarda, el cuidado y la protección. Ante la experiencia de la

fragilidad general del mundo, asistimos al nacimiento de una poderosa sensibilidad a favor de la solicitud, que se esfuerza en frenar las fuerzas de la destrucción, de la negligencia y de la modernización a ultranza”

Desde lo concreto de lo cotidiano hasta los planteamientos de corte más estratégico, son susceptibles de ser construidos y vividos en clave de Hospitalidad. Cuando el valor es considerado de verdad valor, éste se “estima”, se desarrolla y pasa a ser un elemento identitario de las personas y de las instituciones.

La hospitalidad se ejerce en el intercambio de relaciones entre personas, bien sea de tipo profesional, de acompañamiento, de apoyo o de amistad

07/3

San Juan de Dios, un icono de Hospitalidad



Hno. Ramón Martín,
Responsable del Servicio de Pastoral del
Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
Sant Boi de Llobregat.

Hoy somos unos 1.200 hermanos, unos 45.000 trabajadores, además de varios miles de voluntarios y bienhechores permanentes, los que formamos la Familia de San Juan de Dios.

Como muy acertadamente define el profesor **F. Torralba**, tras dedicar mucho tiempo a reflexionar y escribir sobre el tema, la Hospitalidad consiste en acoger a un individuo que no forma parte de mi universo personal (extraño), pero que es vulnerable: psicológica, somática, social, económica y/o espiritualmente.

Definición que precisa de forma muy bella la Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria afirmando que **la Hospitalidad busca recibir al extraño y transformarlo en un invitado.** De esta manera la Hospitalidad se convierte en instrumento de evangelización tanto en la perspectiva del testimonio como de la palabra.

LH n.304

Y las estructuras de Hospitalidad se convierten por tanto en señal y lugar de anuncio de liberación evangélica integral (**C. Identidad, págs. 35 y 41**).

El icono más acabado del Cristo compasivo y misericordioso del Evangelio lo contemplamos en la parábola del buen samaritano (**LC. 10, 25-37**).

En ella quedan identificados Cristo y el ideal cristiano de **Hospitalidad compasiva** y comprometida.

Y así se convierte en una invitación perenne hecha historia en la vida de Juan de Dios y todos aquellos que hemos recibido este carisma. “**Vé y haz tú lo mismo**” le dijo **Jesús** al que le interrogaba sobre la realidad del prójimo. Y eso mismo nos dice hoy a los cristianos que queremos ser fieles a su mensaje.

Juan de Dios lo entendió perfectamente y trató de concretizarlo durante toda su vida, hasta llegar a soñar un espacio y un estilo apropiado para realizar su deseo y la invitación de Jesús de atender las demandas de sus hermanos necesitados, tan numerosos en las calles de la Granada del siglo XVI. Nos lo sintetiza muy plásticamente el primer biógrafo de nuestro santo:

“Y viendo castigar a los enfermos que estaban locos como él (en el Hospital Real), decía: Jesucristo me traiga a tiempo y me dé gracia para que yo tenga un hospital donde pueda recoger los pobres desamparados y faltos de juicio, y servirles como yo deseo” (**Vida de San Juan de Dios, Francisco de Castro. Cap. IX**).

El **Hno. Donatus Forkan**, Superior General de la Orden Hospitalaria, con motivo de la clausura del Congreso Evangelizar hoy des-

de la Hospitalidad, celebrado en Granada en 2009 pronunció en la clausura del mismo unas bellas palabras de las que entresacamos estos pensamientos:

“**La Hospitalidad es como un hermoso tapiz tejido por varias personas que ofrece esperanza, significado y alegría, no solo a los destinatarios, sino a quienes lo practican trabajando juntos, Hermanos y Colaboradores, para realizar una hermosa obra de arte. La Hospitalidad no es solo un don, un carisma, sino una verdadera obra de arte, el arte de amar**”.

Juan de Dios lo soñó y lo deseó y, muy pocos años más tarde, se hizo realidad en su propia vida. Así se lo escribe a un gran bienhechor suyo, el caballero malagueño **Gutierrez Lasso**:

“**Por lo que entre todos, enfermos y sanos, gente de servicio y peregrinos, hay más de ciento diez. Además, siendo esta casa de carácter general se reciben en ella sin distinción enfermos y gentes de todas clases. Así que aquí se encuentran tullidos, mancos, leprosos, mudos, locos, paralíticos, tiñosos y otros muy viejos, y muchos niños; y esto sin contra otros muchos peregrinos y viandantes que aquí acuden, a los cuales se les da fuego, agua, sal y vasijas para guisar de comer. Y para esto no hay renta; mas Jesucristo lo prevé todo**” (**2 Carta a GL, 5**).

Ya avanzado el siglo XXI agradecemos a Juan Ciudad por haberse fiado de Dios y le presentamos el ramillete de obras y personas que hoy conformamos la Orden Hospitalaria

que, sin ni siquiera él proponérselo, configuran una hermosa realidad años y siglos después.

Hoy somos unos 1.200 hermanos, unos 45.000 trabajadores, además de varios miles de voluntarios y bienhechores permanentes, los que formamos la Familia de San Juan de Dios. Pretendemos actualizar el ejercicio de la Hospitalidad, según el espíritu y el estilo que él nos transmitió, en más de 300 obras asistenciales esparcidas por todo el mundo.

Y todo ello desarrollado sin solución de continuidad a los largo de 461 años desde que él partiera desde Granada junto al Padre.

El ejercicio de la Hospitalidad se convirtió en el valor central de su vida, el verdadero sentido de la misma, y así lo queremos seguir ejerciendo los que hoy formamos su familia, mediante los valores de calidad, respeto, responsabilidad y espiritualidad.

Contemplamos, por último, el icono de Hospitalidad tal como nos lo presenta su principal biógrafo a modo de sumario:

“**Todo el día se ocupaba en diversas obras de caridad y por la noche, cuando se acogía en casa, por cansado que viniese, nunca se recogía sin primero visitar a todos los enfermos, uno a uno, y preguntarles cómo les había ido, y cómo estaban, y qué habían menester. Y con muy amorosas palabras consolarlos en lo espiritual y temporal. Y luego daba una vuelta por la casa y daba recaudo a los pobres vergonzantes que le estaban esperando, proveyéndoles de todo lo necesario, sin enviar a ninguno desconsolado. A cualquiera daba limosna, sin mirar más de que se le pidiese por amor de Dios**” (**Vida de San Juan de Dios, F.de Castro. Cap.XIII**).

La Hospitalidad se convierte en instrumento de evangelización tanto en la perspectiva del testimonio como de la palabra

07/4

Acercando los Valores de la Orden a los Jóvenes



Hno. Eduardo Ribes y Hno. Luis Marzo,
Responsables Pastoral Juvenil Vocacional.

Hacer el bien a los más pobres y necesitados. Esta experiencia es la que queremos propiciar desde la Pastoral Juvenil a la hora de plantearnos las actividades.

En muchas ocasiones cuando nos planteamos hablar hoy de los jóvenes, en seguida nos viene a la cabeza una falta de valores y de principios. Pero si algo hemos podido constatar quienes compartimos estos espacios y momentos de encuentro con ellos es

un gran potencial de valores por explotar. Hemos de partir siempre desde la premisa que en los jóvenes hay un anhelo de búsqueda de la felicidad, en ocasiones muy mezclado con un sentimiento de inquietud.

Es aquí donde radica nuestro punto de partida en los encuentros que realizamos con los jóvenes, situándonos en una actitud de cercanía en este proceso de búsqueda y discernimiento. **Juan de Dios** en 1539 sintió en su corazón una llamada concreta a salir de sí mismo e ir en búsqueda del otro.

Un mensaje fuerte vibraba en su corazón: **Hacer el bien a los más pobres y necesitados.** Esta experiencia es la que queremos propiciar desde la Pastoral Juvenil a la hora de plantearnos las actividades. Proponemos siempre experiencias que les acerquen e interpielen la vida de los jóvenes y al mismo tiempo les ayuden a hacer un cambio en su manera de situarse, de interiorizar y dar respuesta ante las necesidades de los más pobres y necesitados.

Para todos los que formamos la Familia de San Juan de Dios la Hospitalidad es nuestro centro alrededor del cual se va configurando nuestra vida y nuestra tarea cotidiana, y al mismo tiempo nos dispone a vivir desde unos valores concretos como son la Responsabilidad, Calidad, Respeto y la Espiritualidad.

En las diversas actividades que desde Jóvenes San Juan de Dios ofrecemos a los jóvenes a lo largo del año, siempre llegamos a constatar en ellos actitudes y gestos de Hospitalidad muy claros. Es desde el encuentro con la persona que sufre o que está en un momento de vulnerabilidad, donde el joven conecta con su yo más íntimo y llega a descubrir en su interior valores como la Acogida, la escucha, el respeto... Precisamente en este año vamos a participar en un gran acontecimiento Internacional que será la Jornada Mundial de la Juventud y que tendrá lugar en Madrid en Agosto de 2011. En ella nos reuniremos

jóvenes, grupos, comunidades... de muy diversos lugares del mundo con un gran dinamismo eclesial y un gran testimonio vivo de fe. No me cabe duda de que estas oportunidades también ayudan a los jóvenes a construir su escala de valores y a recoger en "su mochila" múltiples experiencias que les ayuden a configurar su vida.

Queremos terminar esta reflexión haciendo mención a un pequeño párrafo de la carta que el **Papa Benedicto XVI** ha realizado con motivo de la Convocatoria para la **Jornada mundial de la Juventud** y que nos parece resume el deseo vivo de muchos de los jóvenes de hoy:

“En cada época, también en nuestros días, numerosos jóvenes sienten el profundo deseo de que las relaciones interpersonales se vivan en la verdad y la solidaridad. Muchos manifiestan la aspiración de construir relaciones auténticas de amistad, de conocer el verdadero amor, de fundar una familia unida, de adquirir una estabilidad personal y una seguridad real, que puedan garantizar un futuro sereno y feliz” (Mensaje de Benedicto XVI para la JMJ 2011 de Madrid).

Juan de Dios sigue vivo y su carisma sigue siendo novedad, porque la Hospitalidad no pasa de moda, ya que se renueva y actualiza cada día desde la humanización, el servicio, la solidaridad y los gestos de acogida que impregnan nuestro vivir cotidiano.

Hoy sigue habiendo jóvenes con muchos valores, con mucha vitalidad y con ilusión por vivir desde la autenticidad y el compromiso. A nosotros nos corresponde animar y potenciar que puedan hacer brillar dichos valores.

07/5 Valores de la Orden, actitudes del voluntariado



Inmaculada Merino,
Responsable Provincial de Voluntariado.

El valor central de la Orden Hospitalaria es la Hospitalidad. A partir de aquí, los valores asumidos por todos los centros de la Orden Hospitalaria en el mundo son: Hospitalidad: Calidad, Respeto, Responsabilidad y Espiritualidad.

Quisiera hacer una reflexión acerca de las actitudes concretas en las que estos valores se traducen para los voluntarios.

RESPECTO

Para los voluntarios el respeto se traduce en cuidar con **TACTO** y **DISCRECIÓN**, es decir, desarrollar la capacidad de no intervenir en la vida de los usuarios más allá de la exacta medida en que esta intervención es deseada y demandada. Por tanto, han de escuchar siempre, no provocar confidencias, no indagar en la vida de los demás. La persona que está sola y necesitada, casi siempre desea comunicarse, pero a nadie le gusta que le investiguen. El voluntariado descubre que

en el mundo del sufrimiento no se entra avasallando, sino con **delicadeza**. El Respeto requiere desarrollar la capacidad de **escuchar** y la **paciencia**. En determinadas situaciones las palabras no sirven; al contrario molestan. Esto ocurre, por ejemplo, cuando una persona ha recibido un diagnóstico desfavorable o está sufriendo por un dolor físico, o vive una pérdida imprevista.

Son momentos cargados de dramatismo. El sufrimiento exige respeto no sermones. **Una presencia silenciosa, un gesto de apoyo o de afecto, pueden expresar más que cualquier palabra.** Escuchar requiere manejar los silencios y ser paciente. Tener paciencia es un modo de amar y de cuidar.

Acompañando a los usuarios corremos el riesgo de pretender que caminen a nuestro paso, en lugar de adaptarnos al suyo. Si se lamentan, nos molestan, si están tristes nos inquietan, si repiten la misma historia varias veces nos irritan. Ayudar a alguien significa tener paciencia con él. La actitud paciente no se reduce a mero aguante. Significa ajustarse a los ritmos naturales. **Es paciente el que sabe adaptarse al ritmo de otras personas.**

RESPONSABILIDAD

La Responsabilidad en el voluntariado parte de la propia vivencia de la gratuidad.

Los voluntarios saben que la gratuidad no les exime de responsabilidad y que el acompañamiento que realizan es responsable cuando:

- Se forman para acompañar bien, evitando crear dependencia y huyendo del paternalismo.
- Asumen el compromiso adquirido y avisan si no pueden acudir porque saben que les están esperando y en esa espera no sólo está la consecución de una actividad, sino todo un mundo emocional
- Asumen la confidencialidad con la misma responsabilidad que los profesionales.

CALIDAD

La Calidad parte de comprender que el voluntariado ya no quiere sólo “hacer el bien” desde la buena voluntad sino “hacerlo bien” desde la formación que es condición indispensable para un adecuado acompañamiento. En este sentido el valor de la calidad no puede permitir un dilema entre actitud de compromiso por un lado, y preparación profesional por otro, como si fueran los polos de una contradicción; o entre carisma y entrega desinteresada por un lado, y trabajo planificado y gestión por otro. **En el trabajo del voluntario no puede existir una tensión esquizoide entre su cabeza, su corazón y sus manos.** El reto de la Calidad de la acción voluntaria, es el reto contra la frivolidad, la intuición y la suficiencia de la buena voluntad, contra el activismo y la repetición mimética de lo mismo porque nos falta imaginación, preparación y coraje para cambiar o innovar.

ESPIRITUALIDAD

Los voluntarios con su presencia cuidan a los usuarios. Cuidar es una tarea ineludiblemente humana y lo es porque a través de ella se cuece la cuestión del sentido de la existencia. Lo esencial se encuentra siempre en las relaciones humanas, en la disposición que uno tenga frente al otro, y frente a sí mismo cuando el otro entra en su vida, porque inevitablemente le va a afectar, en la apertura del pensamiento y del corazón ante la diferencia, ante lo que desborda y crea inseguridad y miedo. En el encuentro que los voluntarios tienen con los usuarios, en muchas ocasiones, aparecen estas preguntas: **¿Por qué a mí? y ¿Qué sentido tiene todo esto? Y estos interrogantes aparecen en el voluntariado porque el vínculo que establecen permite su expresión.** Asumir la **Hospitalidad** y vivir estos valores traduciéndolos en actitudes concretas supone interpretar nuestra propia vida y abrirnos a ella con la humildad del que aún no sabe nada, dejarnos interrogar, permitarnos descubrir

nuestra vulnerabilidad y dejar que todo lo vivido cale hondo e imprima nuestro ser como voluntarios San Juan de Dios.

Para los voluntarios el respeto se traduce en cuidar con tacto y discreción

07/6

Transmisión de valores desde la Universidad



Amèlia Guilera. Anna Ramió. Anna Pérez,
Escola Universitària D'infermeria
y Centre Docent Sant Joan De Déu.

Como Universidad, dentro de una institución como la Orden, tenemos como primera función formar profesionales de excelencia y al mismo tiempo personas éticamente responsables.

LA RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA

Entendemos las comunidades universitarias

como unas instituciones centradas en los saberes. **Enseñar y aprender constituyen la esencia del mundo universitario.** Pero las Universidades forman parte de una realidad más amplia dan respuesta a las sociedades y sus necesidades, y de esta inserción social, hace que se deriven retos y responsabilidades.

La Universidad no es una organización productiva ni comercial; no representa a un sector de la sociedad en particular ni aspira a tener un papel político; cultiva la pasión por la verdad y la primacía del conocimiento como principio de toda interacción con la comunidad a la que pertenece.

El apego a esos principios -la lealtad a un cierto ethos universitario- es condición esencial para su relevancia social (Lerner, 2004).

Las comunidades Universitarias pueden iniciar en los debates complejos a adultos mayores de edad, con derecho a voto y responsabilidad jurídica para conseguir un perfil distinto de los/las egresados/as y generar estudiantes preocupados con las injusticias que se cometen a su alrededor y capaz de comprometerse con causas justas; **estudiantes informados capaces de desarrollar reflexiones críticas sobre la sociedad en la que se desempeñan; estudiantes capaces de escuchar, participar, intercambiar. Formados/as en la ética del diálogo; estudiantes promotores de democracia y participación, que saben ser y son ciudadanos/as.**

TRANSMISIÓN DE VALORES DESDE LA UNIVERSIDAD

La socialización debemos concebirla como un proceso multidireccional que implica al individuo y a la sociedad y sus instituciones; en el proceso están involucrados múltiples actores, con objetivos, metas, procedimientos diferentes, y con distintas posibilidades de influencia; en los últimos años además hemos detectado una creciente dificultad para articular los espacios más tradicionales

como la familia, el centro educativo o la comunidad, con las organizaciones sociales y las diferentes formas de acceder a la información: televisión, prensa, internet, etc.

Por otro lado debe tenerse presente el entorno cambiante de los últimos tiempos, en que el lenguaje de comunicación ha experimentado modificaciones importantes entre los/as jóvenes y en el que **“lo nuevo” se hace “viejo” de forma rápida**, pudiendo caer en la concepción de que los valores más tradicionales que las universidades pretenden transmitir, pertenecen a un mundo desfasado, que no está en consonancia con la realidad actual.

Así debe cuidarse la dialéctica para que la socialización en valores no sea visualizada por los/as jóvenes como una abstracción sin concretar o un marco perteneciente a generaciones anteriores pero escasamente aplicable a su situación específica.

Como Universidad, dentro de una institución como la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios tenemos como primera función **formar profesionales de excelencia y al mismo tiempo personas éticamente implicadas; ciudadanos/as con conciencia histórica y espíritu cívico: seres capaces de reconocer la situación de sus sociedades y de entender sus deberes hacia sus conciudadanos/as.** Entre esas personas capaces y honradas deben surgir los líderes de unas sociedades humanitarias, justas y además eficientes. Esa es nuestra labor y nuestro reto.

07/7

Valores de la innovación en la Orden de San Juan de Dios



Dr. Jaume Pérez Payarols,
Director de Innovación e Investigación.
Hospital Materno Infantil Sant Joan de Déu.

San Juan de Dios, hace unos 500 años, era un importante emprendedor, que asumiendo riesgos, puso en marcha un nuevo e innovador servicio de atención a necesitados.

Uno de los comentarios más frecuentes de la gente cuando por primera vez viene a trabajar a un centro de San Juan de Dios es que es algo diferente, te sientes bien acogido y comprometido desde el inicio, hay algo especial. Se puede atribuir a la cultura de nuestra “casa”, fundamentada en compartir valores y creencias. **¿Facilita esta cultura la innovación?** En primer lugar echemos un pequeño vistazo a las definiciones de la Real Academia Española de la Lengua a los conceptos de innovación y emprendedor.

INNOVACIÓN;



“crear o modificar un producto o servicio para que sea mejor y aporte valor.”

EMPRENDEDOR;



“persona que se enfrenta, con resolución, a acciones difíciles; es aquel individuo que está dispuesto a asumir riesgos. Desde este punto de vista, el término se refiere a quien identifica una oportunidad de negocio o servicio y organiza los recursos necesarios para ponerla en marcha.”

Interesantes definiciones que nos dicen que San Juan de Dios, hace unos 500 años, era un importante emprendedor, que asumiendo riesgos, puso en marcha una nueva empresa.

Creó un nuevo e innovador servicio de atención a necesitados. Sin embargo el mérito más importante de San Juan de Dios no es el hecho de crear una “empresa” innovadora en la atención a pacientes necesitados, sino que **esta semilla haya culminado en una organización con cultura propia, con valores que se comparten**, fluyen, permanecen y se transmiten. Valores transversales como la Hospitalidad, el respeto, la responsabilidad, la calidad y espiritualidad nos representan. Hay valores que favorecen la innovación en las empresas y en los individuos, por ejemplo: ambición, confianza, apoyo, compromiso y disciplina.

- **Ambición y pasión:** sabemos que el dinero no es la clave para la innovación, sólo a veces, es necesario. Lo más importante es la visión y visualizar

el futuro deseado, ambición sana, el saber qué debemos hacer. Reflejaría que aún siendo importante el objetivo, lo fundamental es el camino a seguir para conseguirlo y la pasión que se emplea y se transmite durante este camino. Imposible innovar sin pasión. Imposible vivir sin pasión.

- **Confianza:** tanto en la capacidad de las personas, en el ser críticos, constructivos y en ver oportunidades donde otros sólo ven problemas. También la confianza en el grupo, mejor en el equipo; donde la gente construye basándose en las ideas de los otros, no hay destrucción sino aportación enriquecedoras de las ideas. La iniciativa personal en el valor de la marca. **Todos y cada uno hacemos San Juan de Dios.** Es difícil tirar hacia delante un reto si no nos divertimos en nuestro trabajo.

- **Apoyo:** especialmente de las jerarquías, la tolerancia al error noble, bien intencionado. Dar espacios para que las ideas puedan fluir e intercambiarse, entorno donde esto se pueda favorecer. Las jerarquías existen pero esto no quita el diálogo entre niveles, la valoración por lo que tú eres y no por el status quo que ocupas.

La Orden es un ejemplo del sumatorio de las diversas ideas y de la generosidad de sus miembros en el desarrollo de sus funciones internas, promovidas por la confianza y el apoyo pero siempre con el respeto. Para que estos valores favorezcan la innovación debe situarse en un marco de compromiso, disciplina y responsabilidad. La innovación debe ser sistemática, comprometida y a largo plazo para que de sus frutos y de esto, del largo plazo, la Orden sabe mucho. Seguramente este componente de innovación y emprendimiento que existe en el ADN de la Orden de San Juan de Dios es lo que la hace persistir, con éxito, durante más de 500 años. La innovación no sólo es hacer algo nuevo, muchas veces, yo diría la mayoría de ellas, lo más importante es **cómo lo haces**. La Hospitalidad es uno de los valores principales de la Orden y uno de los que más

identifican a los colaboradores que participamos en ella, y aunque su valor intrínseco es siempre el mismo, no así su manera de mostrarla, de vivirla, de hacerla evidente en cada momento y circunstancia. **Innovar para nosotros no es replantearse el concepto de Hospitalidad, si no cómo debemos aplicarlo en cada momento y circunstancia.** Es aquí donde observando, participando, escuchando y dialogando con la sociedad somos capaces de aplicar de una manera innovadora, y muchas veces diferencial, los valores propios de la Orden para el mayor beneficio de los que más lo necesitan.

07/8

¿La investigación tiene valores?



Emili Bargalló,
Director Fundació Sant Joan de Déu.

Nuestra misión es contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de las personas teniendo presente nuestro compromiso ético y nuestra orientación científica y social.

Cierto es que la investigación biomédica es tremendamente compleja y competitiva. Compleja porque resulta necesario tener

muchos conocimientos para ser capaz de comprenderla, y competitiva porque sólo aquel que consigue llegar primero al nuevo conocimiento es destacado ante la comunidad científica y ante la sociedad.

Esa complejidad es tal que no resulta suficiente ser médico o doctor en medicina, por ejemplo, además hay que ser especialista en un determinado campo, y hay que ser también experto en una subárea para poder hacer aportaciones relevantes.

La investigación es un proceso sistemático, organizado y objetivo, cuyo propósito es responder a una pregunta o hipótesis y así aumentar el conocimiento y la información sobre algo desconocido.

Me gustaría destacar algunas de las características de la investigación que pueden ayudar a acercarnos a las motivaciones de fondo de la misma:

UNIVERSALIDAD.

Es decir, que lo que es válido para uno es válido para todos, independientemente de la raza, la religión o la cultura. La ciencia constituye un elemento común a las culturas del mundo, pertenece a toda la humanidad.

La disponibilidad para escuchar y aceptar ideas de los demás, y también para cambiar las propias en función de las evidencias que se nos ofrecen. La apertura es imprescindible para la generación de nuevo conocimiento y para que fructifique la creatividad.

EL TRABAJO EN RED.

Hoy ya no se puede concebir el avance de la ciencia con investigadores aislados que no sean capaces de trabajar en equipo con sus propios colaboradores o con colegas ubicados en otros centros o en otros países. La ciencia se basa en un insaciable deseo de conocer y comprender. La curiosidad nos

empuja a no dejar de poner preguntas sobre la mesa ni dejar de buscar respuestas a las mismas.

EL ESPÍRITU CRÍTICO.

La ciencia promueve la búsqueda de pruebas y la evaluación continua del conocimiento. En ciencia se ha de cuestionar todo, es imprescindible la honestidad y el interés por encontrar la verdad. Otra de las características de la ciencia es la provisionalidad. Ésta resulta ser una característica esencial del conocimiento científico.

Puede hasta resultar incómoda frente a esquemas de certeza, permanencia e inmovilismo, pero la realidad nos muestra la evolución del conocimiento a lo largo del tiempo.

RELATIVIDAD.

Muy relacionado con lo anterior está la necesidad de matices que requiere de mayor calidad en las afirmaciones.

La incertidumbre de resultados o el margen de error son cuestiones habituales por donde avanza la ciencia y tenerlo en cuenta resulta imprescindible.

AUTOCRÍTICA.

Dudar de toda conclusión que uno mismo formula comenzando inmediatamente a buscarle sus puntos débiles es esencial en la ciencia.

La ciencia es crítica consigo misma, y también debe estar abierta a la crítica por parte de la sociedad en general.

INICIATIVA.

La necesidad de revisión continua y la posibilidad permanente de mejorar obligan a una actitud de inconformismo y emprendedora, a la valoración y asunción de ries-

gos en la innovación, asumiendo los experimentos fallidos como pasos imprescindibles y útiles de un proceso.

RACIONALIDAD.

Es la base para buscar causas y motivos de los fenómenos. Responde a la necesidad de considerar antecedentes y consecuencias de cada asunto objeto de análisis. Y por último, destacar también la **creatividad** que es clave en la investigación, para buscar soluciones a problemas divergentes, y para establecer relaciones originales, proponer hipótesis, inventar y diseñar leyes, crear modelos, teorías, procedimientos, métodos...

Todas estas características, en nuestro caso, cristalizan alrededor de la **HOSPITALIDAD**, valor central de la Orden, con el que también a través de la investigación se contribuye al desarrollo y a la mejora del bienestar de nuestra sociedad.

Entendemos la Hospitalidad como la capacidad de acogida de la falta de conocimiento para aportar soluciones a los problemas y al sufrimiento de tantas personas que padecen alguna enfermedad sin más esperanza que la de que la ciencia pueda avanzar lo suficiente como para aportar nuevas alternativas.

La misión de aquellos que colaborem en el avance de la ciencia en esta Institución se concreta en contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de las personas teniendo en todo momento presente nuestro compromiso ético y nuestra orientación científica y social.

07/9 Valores y atención a la salud mental



Dr. Josep Ramos,
Director de Planificació
de Salut Mental y Adicciones.
Parc Sanitari Sant Joan de Déu

En San Juan de Dios partimos de una ética de la responsabilidad: atendemos a los principios, pero también a la realidad.

Ya desde la época de nuestro fundador, la Orden Hospitalaria ha mantenido constantemente un fuerte compromiso con las personas que sufren trastornos mentales graves. En nuestra Provincia existen cinco entidades diferentes que disponen de servicios sanitarios de salud mental, abarcando todos los ámbitos posibles, lo que hace que nuestra Institución sea uno de los principales proveedores públicos de servicios en este sector.

Pero, ¿de qué hablamos cuando hablamos de valores? **En ninguna actividad humana es posible dejar al margen los valores**, pero el pensamiento científico trata de situarse como una propuesta de conocimiento objetivo basado en hechos y normas libres de valores. Los valores se contraponen a

los hechos, ya que se trata de significados que el sujeto confiere al objeto como resultado de un proceso valorativo o de apreciación subjetivo. El mismo conocimiento biomédico parte de esta hipótesis de exclusión de los valores, y trata de definir la patología como una disfunción, una desviación del funcionamiento normal de una determinada estructura (por ejemplo, hepatopatía).

Sin embargo, la patología mental se nos presenta como una expresión de la totalidad del individuo, de su comportamiento como persona. Por eso el profesional experto necesita -incluso para diagnosticar- basarse no sólo en los hechos observables (la conducta), sino en la interpretación que hace el paciente y su entorno, en sus apreciaciones, en el grado de afectación de su funcionamiento social (en el fondo, valores). Como dice **K.W. Fulford**,

▼
la psiquiatría es una práctica basada en hechos y valores.

Por otra parte, los trastornos mentales graves, justamente porque afectan a un órgano, el cerebro, que no puede parcializarse y que responde de la globalidad de la persona, con frecuencia comportan situaciones en las que la autonomía está disminuida. Hablamos entonces de falta de competencia para tomar decisiones. Esta situación implica un grave riesgo para los propios derechos del paciente, ya que en estos casos suelen ser los médicos (y en parte, los familiares) los que deciden en su nombre.

Por todo ello, en salud mental, la ética no es sólo un asunto relativo a las grandes decisiones sobre la vida y la muerte, sobre graves conflictos de valores que afectan al ser humano, sino, y por encima de todo, un asunto cotidiano. **Nuestros comités de ética son un instrumento fundamental en la configuración de la práctica en salud mental,**

sobre todo para la formación en valores de nuestros profesionales. En San Juan de Dios partimos de una ética de la responsabilidad: atendemos a los principios, pero también a la realidad.

No practicamos una ética abstracta, sino que, mediante la deliberación, tratamos de ponderar las consecuencias reales de las decisiones. En una reflexión, aún inacabada, que lidera la **Dra. Esther Lobo** y que estamos llevando a cabo en la Provincia, abordamos la cuestión de los valores en nuestros servicios desde tres perspectivas: los **derechos** de los usuarios, la Hospitalidad y la importancia de **los profesionales y la organización**. Si lo que se pretende es que estos tres ejes no se queden como meros valores de adscripción o de aceptación, sino que realmente ayuden a regular nuestras decisiones y nuestras conductas, debemos abordar de manera dialéctica las contradicciones y los conflictos entre ellos.

El primer eje, el de los derechos, es fundamental. En los trastornos graves, el riesgo de pérdida de autonomía es muy significativo, por lo que el respeto a la libertad según la capacidad del paciente en cada momento es crucial. La participación en primera persona del paciente es también un objetivo fundamental. Nuevas competencias culturales son necesarias para abarcar la diversidad cultural y religiosa de nuestros pacientes. También la confidencialidad y sus límites y el compromiso firme contra las actitudes estigmatizadores entre los mismos profesionales y en nuestros propios centros, son valores que hemos señalado.

El segundo gran eje es el de la Hospitalidad. Significa reconocer la singularidad de la persona, acogerla de manera integral y con una actitud de escucha activa. Reconocer también las necesidades de las familias. Las necesidades de los pacientes más graves implican necesariamente un modelo de atención multidisciplinar, dentro del cual nuestro reto es que las respuestas a las

necesidades médicas, psicológicas, sociales, ocupacionales, de enfermería y espirituales estén razonablemente disponibles en nuestros servicios. Aunque siempre debemos acoger y orientar, la limitación de la cartera de servicios puede entrar en conflicto con determinadas necesidades sociales (por ejemplo, vivienda) de muchos de nuestros pacientes.

El tercer ámbito es el de los profesionales y la organización. Implica la preocupación por la salud de los profesionales, por sus condiciones de trabajo y por su participación activa en la organización. La calidad es un valor que la buena organización espera del buen profesional. Debemos incentivar a los profesionales que más valor añadido aportan y generar pactos de eficiencia cruzando la efectividad que el profesional persigue con los recursos disponibles.

Promover una cultura de identidad, orientada a la innovación. A diferencia de otras empresas, en las que la gestión por valores puede ser una opción moderna, incluso rentable en algunos aspectos, **para San Juan de Dios es simplemente una obligación**. Aunque eso sí, seguramente igual de difícil.

07/10 Valores y discapacidad intelectual



Toñi Segura,
Directora del Área de Atención
a la Persona con Discapacidad
Centre Assistencial Sant Joan de Déu.
Almacelles (Lleida)

Debemos dejar paso a un modelo que incorpore valores que mejoren el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad intelectual y de sus niveles de satisfacción personal.

Estamos viviendo un momento muy importante en las organizaciones del ámbito social en lo relacionado con el modelo de atención a las personas con discapacidad y a sus familias. Modelo que deja atrás la atención basada en una perspectiva biomédica-rehabilitadora e **incorpora la subjetividad personal de todas y cada una de las personas usuarias de los servicios como eje central de la mejora de la calidad de vida.**

Profesionales y sociedad tenemos que defender este cambio, sin miedo, desarrollando nuevas culturas que incorporen debates éticos en la toma de decisiones; durante muchos años

nos ha correspondido determinar qué es lo bueno para alguien que nunca ha decidido que es lo mejor para él. Decidir cómo gestionar el derecho a la libertad, a la salud, al desarrollo de la sexualidad, a la propiedad, a la intimidad... supone tener valores propios que determinan que es lo bueno para la vida personal.

Son muchas las personas que atendemos que no han desarrollado su capacidad de auto-determinación (para expresar sus propias motivaciones, valores y necesidades de una forma asertiva) y las personas que nos responsabilizamos de acompañarles no siempre compartimos el mismo código moral, ni los mismos objetivos, ni valoramos del mismo modo las cuestiones, ni las responsabilidades son las mismas.

Esta complejidad nos exige **reconocimiento y compromiso de las diferentes partes de deliberar para encontrar la solución más adecuada a un conflicto que es vivido de manera distinta por las diferentes partes implicadas** en el mismo. Por ello las deliberaciones basadas en la búsqueda de la calidad de vida, tiene que ser un requisito imprescindible en la metodología de trabajo de la organización. Las aportaciones tienen que ofrecer seriedad, solidez y rigor.

De ahí **la gran importancia de la formación de los profesionales** en este nuevo modelo de atención, para poder opinar se tiene que tener conocimiento en la materia, no vale la superficialidad en el abordaje de los temas. Un profesional formado es un signo de calidad y contribuirá a construir una organización con un signo propio de identidad y con un alto grado de competencia.

Debemos tender a estilos propios que fomenten el compromiso de la escucha de la voz de la persona, compromiso de no dominarla, ni convencerla, ni de interpretar lo que dice, tan sólo permitir y posibilitar a otra persona que relate sus experiencias e intérpre-

te lo más valioso que tiene: su propia vida. Como agentes de cambio que somos, debemos provocar nuevas propuestas que dejen atrás actitudes y posiciones de poder que, en definitiva, lo único que hacen es invalidar y discapacitar a la persona, persona que quiere tener una vida digna y valiosa, que tiene la necesidad de vínculo, de confianza con el que le apoya y le guía en su proyecto de vida.

Tenemos el deber de mejorar su capacidad de participación y delegarle con la ayuda necesaria, la toma de decisiones. En definitiva y por derecho, debemos contribuir a favorecer el desarrollo de la autonomía de estas personas. Adaptémonos a su ritmo y sepamos ver que de esta relación que se establece siempre existirán aportes muy valiosos para ambos y todo desde un prisma de la igualdad.

Debemos dejar paso a este modelo que incorpora valores de modo que además de mejorar en los indicadores y objetivos de calidad, mejore también el reconocimiento de sus derechos y en sus niveles de satisfacción personal.

Tengamos pues presente que mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias significa tener **confianza** en ellos, ser **solidarios** con sus limitaciones, respetar su **identidad**, aplicar el sentido de **justicia** sin discriminarlos por su discapacidad, **incluirlos** en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho potenciando la participación social y por supuesto favorecer a que sean **agentes activos de su propia vida**.

Las organizaciones que tienen en cuenta estos valores, son organizaciones abiertas al progreso y al futuro y por supuesto son organizaciones vivas basadas en la persona.

07/11 Valores y atención socio-sanitaria



Dr. Jordi Valls i Ballepí,
Coordinador de Programas Socio-Sanitarios.
Curia Provincial.

Cuidamos a la persona que sufre y a los que sufren con ella, sin compartimentos, en su totalidad, atendiendo a sus necesidades.

El patrón de la asistencia ha cambiado en los últimos años. Alrededor del 70% del gasto sanitario está relacionado con las **enfermedades crónicas**. La falta de una reflexión profunda sobre el impacto que este cambio debería haber tenido en el sistema sanitario, junto con la rigidez de nuestro sistema para adaptarse al cambio y la limitada eficacia del enfoque tradicional para conseguir buenos resultados en la enfermedad crónica, ha hecho que no se responda de manera adecuada a la realidad actual.

Asistimos a un cambio del paradigma, se ha pasado de la enfermedad a la pluripatología. El cambio de la pirámide demográfica conlleva un incremento de su prevalencia. El reconocimiento de nuevos derechos sociales con la **“ley de dependencia”** y las leyes

de servicios sociales, la debilitación de las redes sociales y comunitarias y los cambios que suponen la creciente y decidida incorporación de la mujer al mercado laboral, producen un cambio radical en el perfil del usuario de servicios.

Todo ello ha ido favoreciendo la aparición, en los últimos años, de un espacio de atención denominado **sociosanitario** definido como el

▼

sistema de atención sanitaria y social que se presta al conjunto de personas que precisan de esta intervención simultánea en el tiempo e integrada en la orientación de los dos tipos de servicios, para obtener sinergias que mejoren su estado.

Mientras la enfermedad produce la necesidad de servicios sanitarios, la dependencia es la generadora de necesidad de servicios sociales. Es claro que ambos conceptos están relacionados, la enfermedad es, con mucha frecuencia, la causa de la discapacidad y **la dependencia**. Se produce una afectación significativa de las capacidades, del estilo de vida y de los proyectos personales, afectando profundamente al ámbito familiar.

La atención de las personas **más desfavorecidas** siempre ha sido el sello diferenciador de la atención dispensada por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD) en todos sus centros desde los tiempos de Juan Ciudad en la Granada de principios del siglo XVI.

Tienen fiel reflejo en la orientación que tomaron, a finales del siglo XIX, con la restauración de la Orden en España, hacia los **cuidados a la discapacidad física o intelectual; los centros de salud mental** (inicialmente en instituciones manicomiales

para más tarde liderar los modelos modernos comunitarios de atención) incluyendo como uno de los programas más importantes el de la **psicogeriatría**; las **residencias geriátricas**; los **centros de media o larga estancia**, principalmente geriátricos; o los recursos dedicados a atender los **procesos próximos al final de la vida** (unidades y equipos de cuidados paliativos, unidades de daño cerebral irreversible).

Es por ello que no es necesario reinventar la rueda ni poner nombres nuevos a lo que ya existe con el fin de ser originales. La Orden ha sido, en este campo también, avanzada a su tiempo. Hace tiempo que cuidamos a la **persona** que sufre y a los que sufren con ella, sin compartimentos, en su totalidad, atendiendo a sus necesidades.

Lo que hace falta es seguir **haciendo el bien, bien hecho**. Una de las características principales del modelo asistencial de la Orden Hospitalaria es la integralidad de la atención a la persona, en el sentido más holístico de la palabra, contemplando todas sus esferas prestando especial atención a aquellas habitualmente más descuidadas como son sus ámbitos emocionales, sociales y espirituales y haciéndolo extensivo al entorno que la rodea y apoya.

La **Hospitalidad** como valor original y nuclear de la Orden impregna el resto de los principios que rigen y distinguen nuestra labor. Impulsa a asistir a las personas desde la humildad pero con la máxima cualificación profesional y personal, con paciencia, responsabilidad y respeto. Para conseguir el reto de dar una respuesta adecuada a las necesidades debemos confluir en organizaciones que hagan realidad la **continuidad asistencial**, que ofrezcan **respuestas integrales**, respetando la voluntad de las personas y articulando respuestas **personalizadas**. El modelo de trabajo en equipo en régimen interdisciplinar bien utilizado es el que tiene mejor rendimiento para obtener el obje-

tivo de conseguir la mejor y más completa atención para la persona/familia, dado que potencia las capacidades de los profesionales mediante el compartir y conjugar sus conocimientos y habilidades. La intervención de profesionales-equipos competentes y bien coordinados, capaces de movilizar los recursos necesarios ofrece el mejor enfoque para conseguir el bienestar del paciente y su familia. Hace falta seguir trabajando en la incorporación a esa ecuación a los actores más importantes de la obra, los pacientes. Uno de los retos más importantes de la asistencia socio-sanitaria actual, es ver de qué manera les hacemos **partícipes activos en su proceso de atención**.

La gestión integrada de las patologías “**socio-sanitarias**” en los centros de la OHSJD por equipos interdisciplinarios competentes y con el paciente en el centro de toda intervención, redundan en beneficios medibles en términos no sólo económicos con ahorro de recursos, sino en la mejora de parámetros de calidad de vida y bienestar de los pacientes y sus familias, en la satisfacción y seguridad del acompañamiento en procesos largos y difíciles.



07/12 Atención Domiciliaria y el valor de la confianza



José Luis Fernández Iniesta,
enfermero-Gestor de Casos.

Ana Pérez Carmona,
Directora Fundació d'Atenció
a la Dependència Sant Joan de Déu.

La confianza es esencial en la vida, pero cuando vivimos etapas de vulnerabilidad o de fragilidad, necesitamos más que nunca confiar en el “otro”.

Cuidar a una persona en situación de falta de autonomía, dependencia o discapacidad, no es una tarea fácil. **Francesc Torralba** dice al respecto:

“es un deber de humanidad y una expresión de responsabilidad, que exige una serie de condiciones y de habilidades técnicas que se pueden aprender, pero también, y de manera especial, una actitud de respeto activo hacia los derechos del otro”.

Hablar de atención domiciliaria desde nuestra Fundación, es hablar de atender a personas con pérdida de autonomía temporal, crónica o definitiva, presente en cualquier edad y/o etapa de la vida y vinculada a discapacidades físicas, psíquicas y/o intelectuales.

En nuestra corta experiencia de actuación en este ámbito hemos detectado un valor esencial, necesario e imprescindible en la interrelación con la persona/familia: **la confianza**.

El concepto de la confianza hoy en día está de moda, se habla de confianza en los mercados, en la moneda, en los países, en los líderes... En general se relaciona y se entiende desde la seguridad, la transparencia, el diálogo o el compromiso.

En nuestra organización con un vínculo en esencia de lo humano. Muchas personas o familias nos llaman por la **confianza en la Institución** y nos preguntan:

“...pero ustedes son de San Juan de Dios ¿verdad?”, después nos explican su situación; la mayoría de los casos tiene que ver con la necesidad de atención a sus personas mayores y dicen: “...hemos pasado de la etapa de los achaques o una situación de riesgo...”, “...es que se ha caído esta semana...”, “...es que le han dado el alta después de estar unos meses en convalecencia...”, y sintetizan: “...ni pueden hacer lo que hacían, ni pueden estar solos...” “¿qué podemos hacer?, ¿qué tipo de ayuda nos pueden ofrecer?, ¿Ustedes tienen personas de confianza?”

La confianza es esencial en la vida, pero cuando vivimos situaciones o etapas de vulnerabilidad o de fragilidad, necesitamos más que nunca confiar en el “otro”.

Las personas a las que ofrecemos nuestros servicios, nos abren sus casas de par en par, nos dan su número secreto de la “cartilla” del banco, nos explican sus conflictos, no cuentan sus historias de muchos años atrás, quizás mil veces contadas pero para nosotros únicas. Todo y que el colectivo mayoritario a quien atendemos lo representan las **personas mayores**, como nosotros decimos **los niños de la guerra**, no podemos olvidar a **personas con problemas de salud mental o niños en situación de pluridiscapacidad**. En estas situaciones encontramos muchas veces a sus familias con una entrega total, con muchas dificultades para normalizar su vida. Son familias (la mayoría de veces las madres) que viven y velan por ofrecer la máxima calidad de vida a sus hijos, niños con salud precaria, con recaídas frecuentes, con ingresos continuados y con unos cuidados que integran un sinfín de detalles.

Las expectativas sobre la confianza para la mayoría de las personas, tienen que ver con esperar de aquel que entra por su casa, una actitud de respeto, de profesionalidad, de tranquilidad, de esperar que un vivir día a día construido con el paso del tiempo, no se vea alterado con alguien que se muestre ajeno, que juzgue con la mirada, que cuestione, sino con una persona que muestre humanidad y se coloque a su lado como un guante, con la flexibilidad y el calor necesario, para ayudarlo a seguir sintiendo esperanza y sentido por la vida. Todos estos procesos y vivencias impactan de forma importante en sus vidas, es por ello que nuestra carta de presentación, nuestra actuación desde el primer contacto, es construir una línea de continuidad que conjugue los planes terapéuticos y/o paliativos que tenga la persona, las expectativas de la persona/familia, una línea de continuidad que tenga muy presente unos cuidados individualizados, ofrecidos con profesionalidad y con los valores propios de nuestra Institución.

07/13

Esperanza de futuro y valores



Dr. Emilio González Pérez,
Responsable de la Unidad
de Cuidados Paliativos.
Hospital San Juan de Dios. Zaragoza.

La práctica de los valores expresa el grado de compromiso que tenemos con esta organización.

La “**excelencia en el logro de objetivos**” es un valor determinante de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios sustentado en la misión, visión y valores corporativos. La razón de ser de nuestra empresa, **la manera que pretendemos que sea reconocida debe de estar sólidamente sustentada por los pilares de los valores**, son los de sus miembros y de sus dirigentes. En las organizaciones existe la tendencia a dar por sentado que todos sus integrantes conocen el significado de un valor, pero su definición general no es suficiente para que todos respondamos de la misma manera frente a situaciones con características particulares. El sentimiento de “**crisis de valores**” nos aborda cuando con frecuencia vemos a los integrantes de nuestro equipo no poner en práctica los principios organizacionales que se supone conocen, o exhiben comportamientos

contrarios a los mismos. Al sentir que no reamamos en la misma dirección se produce mucha tensión en la organización o comunidad. Es lógico que así sea, porque todo nos cuesta más: ponernos de acuerdo, actuar de manera coordinada y lograr los objetivos que nos planteamos. El **trabajo en equipo** no es algo que sucede automáticamente por el hecho de estar todos en un mismo lugar. Poner en práctica de manera armoniosa este valor requiere de un esfuerzo y un coraje individual muy especial. Por tal razón, los grandes equipos trabajan y entrenan mucho para llegar a ser así. El **verdadero significado de los valores en las organizaciones se basa en las acciones y actitudes de sus integrantes**, y nuestro comportamiento se traduce en los detalles de lo que hacemos en el día a día: imagínese a un padre enseñado a su hijo la importancia de la verdad o la responsabilidad. Un instante después, el hijo le dice al padre que lo llama por teléfono un cobrador, y el padre le responde con naturalidad:

“Dile que no estoy”.

La **cultura organizacional es la base para la identidad y el entendimiento de sus integrantes**. Permite valorar y jerarquizar las diferentes situaciones que el entorno presenta para darles respuestas adecuadas y coherentes. Proporciona capacidad para actuar de manera estratégica y eficiente. El buen o mal funcionamiento de la organización está determinado por la solidez de sus valores, los cuales funcionan como una especie de sistema operativo que nos indica la forma adecuada para solucionar necesidades, y nos permite asignarle prioridad a cada una. Proporcionan un sentido de dirección común para todos los miembros y establecen directrices para su compromiso diario. Si resolvemos ser parte de una organización con valores ya definidos, entonces hemos decidido suscribirlos y ponerlos en práctica. Podemos afirmar que asumir los valores de una organización en la

que nos interesa estar es una responsabilidad individual. La práctica de los valores expresa el grado de compromiso que tenemos con esa organización. Todo ello tiene un fin en sí mismo, ser los mejores en lo que hacemos, de manera presente y de futuro tanto inmediato como a largo plazo, siendo este último clave en la supervivencia de la organización. A estas alturas ya no vale el realizar distinciones por unidades o subunidades asistenciales, ni en personas individuales, somos todos uno, San Juan de Dios. La “**calidad total**” resulta ser el recurso que permite a las empresas sobrevivir y hasta crecer en un contexto altamente competitivo. Para que el recurso funcione hay que volverse “**fanático**” del cliente, entendiendo por tal todo aquel que de su satisfacción depende nuestro éxito. Así, son, los enfermos y sus familias pero también los estamentos derivadores de pacientes, los gestores, los responsables políticos, etc. sin olvidar a todos los centros docentes que nos demandan formación basada por un lado en nuestra experiencia y por otro en la capacitación demostrada.

La **HOSPITALIDAD** se considera como el valor supremo que incluye los otros cuatro valores guía que le siguen, **ACOGIDA**, abrir nuestro espacio al prójimo, **RESPECTO**, reconocer, aceptar y apreciar al otro, **SOLIDARIDAD**, compasión, empatía, reconocimiento en la búsqueda del bien común y **PROFESIONALIDAD**, calidad, calidez, eficacia y eficiencia en el trabajo. Es el momento de preguntarnos ¿Qué más puedo hacer por mi empresa? Esta introspección requiere hacer tabla rasa de lo que hago porque eso ya está ahí. Puedo añadir más valor realizando otras actividades, modificando la forma de afrontar las tareas, ser más eficiente, la actitud, el bien común, esfuerzo, etc. y seguro que algo podremos encontrar que redunde el beneficio de todos. El contexto actual de crisis económica, de trabajo, de incertidumbre de futuro, de valores, de angustia vital, hemos de seguir afianzando un modelo asistencial con solidez en los valores

centrados en el hoy y en aquello que sí podemos controlar, nuestra forma de hacer las cosas de forma excelente y el mañana ajeno a nuestro control ya vendrá y seguramente con nuestras bases asentadas será prometedora. ¿Para qué angustiarnos si lo que hacemos hoy es reconocido por toda la sociedad? **Sigamos dando todo por nuestros enfermos y la recompensa de seguir trabajando vendrá dada por todo el esfuerzo invertido durante años**, dando a nuestra organización un valor añadido que la coloca en lo alto de la asistencia sanitaria de nuestro país.

07/14 Acción social y valores



Manuel Lecha,
Coordinador del Área Social.
Curia Provincial.

Los valores están para ser reflexionados, actualizados, consensuados y sobre todo vividos en el servicio a las personas.

Cuando hablamos de Acción Social, nos estamos refiriendo a toda aquella actividad que nuestra Institución desarrolla para **atender a las personas que sufren algún tipo de carencia,**

que las hace vulnerables y frágiles y las pone en riesgo o las aboca a la exclusión social.

Nuestro mundo, competitivo y egoísta, continúa dejando a muchas personas maltrechas, tiradas al borde del camino. En nuestras calles sigue habiendo sufrimiento, como lo había en tiempos de Juan de Dios. Atender ese sufrimiento es el objetivo de nuestra misión, hacerlo desde **los valores propios de la Orden Hospitalaria** es nuestro deber y nuestro fundamento ético y debe orientar nuestro compromiso moral.

Hoy está muy de moda hablar de valores en las entidades que se dedican a la acción social y todas intentan definir y fijar cuáles son los suyos. Pero tanto al hablar de ellos corremos el riesgo que se conviertan en un discurso vacío. Los valores no pueden ser solo algo que quede bien en nuestros documentos o que los adornen, o algo así como una medalla que nos ponemos para afirmar nuestra identidad institucional.

Los valores han de ser algo vivo y dinámico. Están para ser reflexionados, actualizados, consensuados y sobre todo vividos en el servicio a las personas. Han de formar parte de nuestro ser y de nuestro hacer.

Nuestros valores se fundamentan en la tradición cristiana, formamos parte de los que piensan que mejorar nuestro mundo es posible siguiendo a Jesús de Nazaret y sus enseñanzas. **La utopía cristiana** de cambiar el mundo desde los pobres y excluidos es la que conmovió e inspiró a Juan de Dios. Hay un relato evangélico que condensa muy bien lo que hay que hacer y el cómo se ha de actuar con la persona que sufre, es **la parábola del buen samaritano (Lc. 10,30-35).**

Un texto que todos los que nos dedicamos a la acción social deberíamos releer con frecuencia, no sólo como meditación piadosa, sino como referente ético de nuestra acción con las personas que sufren.

07/15 Valores en la integración sociolaboral



Josep Fortes,
Director C.E.T. Intecserveis.

Desde nuestros inicios, aplicamos los valores de la acogida, respeto y responsabilidad, garantizando la estabilidad de los puestos de trabajo y el bienestar de los trabajadores y sus familias.

En el **Centro Especial de Trabajo Intecserveis** nos ocupamos desde hace más de una década de la inserción laboral de personas con discapacidad, a las que ofrecemos un trabajo remunerado y normalizado junto con el apoyo de unos servicios complementarios de ajuste personal y social para que puedan llevarlo a cabo de la manera más óptima posible. Aprovecho este espacio para haceros partícipes de cómo y qué valores se trabajan a diario.

Para empezar a hablar de nuestra labor, no debemos olvidar que las personas con discapacidad y específicamente con trastornos mentales, tienen las tasas más elevadas de inactividad laboral. A día de hoy, continúan siendo un grupo estructuralmente excluido

El buen samaritano al encontrarse con el hombre malherido, tirado al borde del camino, lo primero que hace es compadecerse, sale de sí mismo, de sus cosas, de su egoísmo y se siente responsable de la vida de aquella persona, por eso su siguiente acción es acercarse, sin temor a complicarse la vida.

Es entonces cuando desde el **respeto** hacia el herido, comienza su acción **hospitalaria**: cura sus heridas con aceite y vino y se las venda, le ofrece la mejor **calidad** asistencial; lo sube a su propia cabalgadura, **se hace servidor** del que sufre; lo lleva al hostal y le cuida, paga al posadero para que se cuide de él y promete volver para hacerse cargo de los gastos, es capaz de crear una **infraestructura hospitalaria** para que le atiendan y se **compromete** para el futuro.

Este compromiso y esta manera de hacer en el cuidado del que sufre han de ser las señas de identidad de nuestra **espiritualidad**, como lo fueron para Juan de Dios que vivió como expresión más profunda de su fe la entrega sin condiciones en el servicio a los pobres. Una espiritualidad entendida como la dimensión más profunda del hombre, que es posible vivirla como creyente o desde el compromiso compasivo y solidario de los que piensan que construir un mundo mejor es posible.

LH n.304

prácticamente del mercado laboral. Por eso uno de nuestros valores fundamentales es el **compromiso para su integración laboral**, defendiendo su derecho a trabajar como cualquier ciudadano, para que así puedan disfrutar de sus beneficios.

A la falta de oportunidades laborales se suma que como consecuencia de su discapacidad sufren déficits de carácter más o menos severo y de forma más o menos persistente, lo que demanda de un acompañamiento y apoyo continuo para realizar un trabajo normalizado y poder sobreponerse de los efectos negativos de su discapacidad.

Es fundamental que en este proceso de incorporación al trabajo se les acompañe y apoye desde la profesionalidad y el respeto de todos en su entorno diario, es decir, responsables del CET, compañeros, familiares y por supuesto también es ineludible la empatía, tolerancia y paciencia de nuestros clientes para que puedan superar este desafío con éxito y al mismo tiempo mantener el objetivo a lo largo del tiempo.

Por supuesto el propio interesado se ha de implicar también en el proceso, cosa que no siempre suele suceder. Nuestro procedimiento de inserción laboral es específico para cada persona y para cada momento y debemos adaptarnos y atenderlas con empatía, sensibilidad y solidaridad para generar una espiral de confianza mutua sobre las capacidades y competencias en un entorno complicado, donde el máximo valor es la superación laboral y sobretodo personal.

Somos un agente rehabilitador más ya que asistimos el aspecto psicosocial de la persona con una atención integral e integrada dentro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Formamos un **equipo multidisciplinar pero sobretodo un equipo de optimistas** respecto a la posibilidad de recuperación e integración laboral de nuestros trabajadores, confiamos en facilitar los procesos naturales

de recuperación de cada uno de ellos y que puedan superar el deterioro que la discapacidad le ha impuesto.

Y esto, en mayor o menor medida, lo conseguiremos mediante importantes dosis de voluntad y esfuerzo que harán aflorar esas capacidades y competencias, así como unas mejores habilidades de comunicación, afrontamiento y relación con su entorno. Intentamos aplicar los conocimientos, estrategias y experiencia adquiridos para influir positivamente en aquellos que nos rodean. Diariamente hemos de superar obstáculos, romper las barreras que nos separan y colaborar juntos para conseguir el crecimiento laboral y personal, promoviendo en la medida de lo posible una actitud de continua superación, esperando y escuchando a los demás para promover el cambio que nos lleve a una vida más completa. Y es por eso que finalizo esta reflexión opinando que quizás el valor que más nos une es el de la superación.



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD
www.sanjuandedios.net

