LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACIÓN Y PASTORAL DE LA SALUD

1

Hermanos de San Juan de Dios Barcelona

Año 46. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 1994
Número 231. Volumen XXVI

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director
MIGUEL MARTÍN

Redactores
MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración
JOSÉ ANTONIO TORRE

Secretaría de Dirección
LOURDES COLL
EDUARDO GARCÍA

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 280 40 00
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido. Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

1	**EDITORIAL. Contrastes**	6
2	**MARCO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA, ¿UNA NOVEDAD?** Francisca Pérez Robles y Ana Ramió Jofre	8
3	**ACTUACIONES EN ENFERMERÍA PARA LA HUMANIZACIÓN DEL ÁREA PREQUIRÚRGICA** Carmen Flores Alda	13
4	**UN CASO DE ASISTENCIA INTERDISCIPLINAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS** Iosu Cabodevilla	18
5	**ROL DE LA PASTORAL EN LA HUMANIZACIÓN DEL MUNDO DE LA SALUD** Arnaldo Pangrazzi	21
6	**SENSIBILIZACIÓN EN LAS ESCUELAS: ENCUESTA *VIVIR EL MORIR***	26
7	**«ME NIEGO A CREER QUE ESTEMOS EN UNA CRISIS DEL ESTADO DEL BIENESTAR»** Miguel Martín Rodrigo	30
8	**LA CELEBRACIÓN DE LOS SACRAMENTOS EN LA ENFERMEDAD**	37
9	**COMPASIÓN Y SOLIDARIDAD: DOS ARMAS CARGADAS DE FUTURO** Ramón Martín Rodrigo	44
10	**PRESENCIA DE LAS HIJAS DE LA CARIDAD EN LOS HOSPITALES** Sor Carmen Victoria Ruiz de Toro	51
11	**EL PAPA INSTITUYE LA ACADEMIA PARA LA VIDA**	60
12	**ASAMBLEA PLENARIA DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE AGENTES SANITARIOS**	63
13	**PROTOCOLOS DEL COMITÉ DE ÉTICA** Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona	66

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.29

1. EDITORIAL

CONTRASTES

Acontecimientos recientemente ocurridos en nuestro entorno nos invitan a una elemental reflexión por cuanto, bajo nuestro modesto punto de vista, resultan ciertamente significativos.

En el marco de la guerra que se desarrolla en la extinta Yugoslavia, los medios de comunicación nos hacían conocedores del bombardeo del Hospital de Gorazde por parte del ejército serbio. No era ésta la primera ocasión en que se llevaba a cabo parecida operación teniendo por objetivo un centro hospitalario. Meses antes, un hospital que acogía a enfermos mentales y deficientes había recibido trato idéntico.

Difícilmente, por no decir en modo alguno, se puede hallar lógica a una guerra. Cuesta entender que a un tiro de piedra del siglo XXI, la Humanidad deba debatirse todavía en estas contiendas para solucionar (?) sus conflictos. Cuando, además, esto ocurre en el corazón de una Europa que camina decidida, aun cuando no exenta de dificultades, hacia la creación de una comunidad integrada, todavía resulta más difícil de asimilar.

Pero en el reino de la sinrazón y de la crueldad que todo conflicto bélico supone, cabía todavía esperar que al ser humano le quedase un átomo de compasión con sus semejantes que han cargado con la peor parte del mismo —heridos de guerra—, o se hallan en él desde la más absoluta inocencia —enfermos, ancianos, niños...—.

Pues no. Se ataca a una población que está esperando en fila el abastecimiento de los víveres más indispensables para la vida; explota un mortero en medio de un grupo de niños que juegan en medio de la calle; se bombardea un hospital repleto de enfermos y que se ha visto obligado precisamente a ampliar sus instalaciones para dar acogida a los que la trágica máquina de la guerra escupe.

LH no entra en el análisis político de las causas del conflicto. Pero **LH** lamenta que éste no respete a la persona en su más nítida expresión de fragilidad e impotencia. Podrán ganar la guerra pero han perdido completamente la razón y, consecuentemente, la más que discutible legitimidad de su posible victoria.

* * *

Parecidos sucesos han tenido lugar en Ruanda. Guerrilleros que se hacían presentes en los hospitales con el fin de *rematar* a los que previamente habían dejado malheridos. Otra perla de las conductas que puede desarrollar un ser humano.

En medio de tanta locura y crueldad, emergieron unas *pobres monjitas* españolas que, al servicio de los enfermos, no dudaron en exponer incluso su vida. Obligadas a salir del país, expresaban su inmenso dolor por tener que dejar a aquellas gentes en tan triste situación.

Eran, simplemente, eso: *unas pobres monjitas.* Tan pobres que ni tan siquiera eran dignas de ser «buscadas entre la selva», como se atrevió a manifestar el funcionario de guardia del Ministerio de Asuntos Exteriores de España a una Superiora Mayor que se interesaba por ellas. Quizá sea cierta su aseveración y en la España de hoy sea más importante buscar otros personajes cuya aportación a la sociedad no sea tan honesta y limpia como la de dichas religiosas.

A ellas se les concedió el premio *Príncipe de Asturias* de la Paz. Una forma de reconocer la identidad y trayectoria de unas ciudadanas españolas que todavía saben conjugar el verbo servir en un proyecto de solidaridad con los más desheredados del planeta. Un premio que ellas nunca buscaron, pero que agradecen. Y que no dudaron en compartir con todo el ejército de misioneros españoles extendidos por todo el mundo —unos 20.000—.

Pero el auténtico premio se lo concedieron a estas *pobres monjitas* —pero grandes mujeres—, la admiración y el respeto de todo el pueblo español que, asfixiado en un clima de corrupción y oscuros intereses, pudo comprobar que todavía existen personas de esta pasta y que, por si ello fuera poco, son paisanas nuestras.

Unos matan enfermos; otros están dispuestos a dar la vida por ellos. Inmensos contrastes que ponen de relieve el amplio mapa de actitudes, los sentimientos, y las conductas que puede adoptar el ser humano.

Contrastes que, bajo nuestro punto de vista, indican que algo falla en nuestro mundo. Un mundo enfermo en el que, casi seguro, *los más graves* no sean los que se hallan hospitalizados.

LH

Las drogas de abuso: un reto sanitario



Publicado por la Universidad Pontificia Comillas de Madrid, bajo los auspicios de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, y en íntima colaboración con el Servicio de Información Toxicológica del Instituto Nacional de Toxicología, aparece en el mercado un texto sintético y práctico dedicado a una de las plagas de nuestro tiempo. Las drogas de abuso, un reto sanitario. Este Manual dirigido a toda la clase sanitaria explica todos los tipos de drogas que se manejan habitualmente y abunda en las de más reciente polémica como las drogas de diseño, llamadas así por generarse en laboratorios clandestinos desde la base de las anfetaminas.

Asimismo se estudian las alternativas terapéuticas para las intoxicaciones agudas, los métodos sustitutorios tipo metadona y las distintas reglamentaciones que acotan la ilegalidad de estas drogas.

Finalmente se dedica un capítulo a los aspectos médico-legales del uso de dichas drogas, es decir, la delictogénesis, el impacto en el mundo laboral, la imputabilidad y finalmente la dificultad para encuadrar algunas drogas modernas en el apartado de substancias que atentan contra la salud pública, tal y como recientemente hemos visto en los medios de comunicación que ha ocurrido con el *éxtasis.*

2. MARCO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA, ¿UNA NOVEDAD?

Francisca Pérez Robles
y Ana Ramió Jofre
E.U.I. Sant Joan de Déu

El presente artículo aborda un objetivo tan atrayente como sugestivo: «averiguar si existe correspondencia entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y las obras de misericordia».

Con ello se investiga en qué medida el marco conceptual de enfermería diseñado por una de las pioneras en la reflexión sobre la profesión de la Enfermería, estaría ya pergeñado —o al menos intuido— por la praxis más cercana a las primeras comunidades cristianas.

Las autoras —profesoras de la Escuela de Enfermería «Sant Joan de Déu» de Barcelona ambas—, asumen un reto importante pero perfectamente válido. Ojalá que cosechen entre los lectores parecido interés al que obtuvieron en la comunicación del mismo en el Congreso en que lo presentaron.

Queremos aportar con nuestra comunicación, el fruto de una reflexión sobre el arte del *cuidar: la Enfermería.*

El hecho de haber estado impartiendo desde hace años la asignatura de *fundamentos de Enfermería,* nos ha brindado la magnífica oportunidad de indagar y profundizar sobre las bases teóricas, filosóficas y metodológicas de la *Enfermería.*

Como todos ustedes saben, la disciplina cuenta con unas bases teóricas, un marco conceptual y diferentes modelos conceptuales para sustentar y fundamentar la práctica. El nexo de unión entre la teoría y la práctica lo constituye precisamente *el modelo conceptual.* El modelo en definitiva operativiza la teoría, es decir, explica cómo funciona ésta para poderla aplicar a la práctica cotidiana.

En nuestra Escuela seguimos el modelo de cuidados de Virginia Henderson, que nos permite estructurar los conocimientos que los estudiantes necesitan, para brindar cuidados y ayudar a las personas que atienden en sus 14 necesidades fundamentales.

Por otra parte, durante estos años hemos participado en diversos colectivos de Enfermería de la práctica asistencial, como profesoras encargadas de reciclar los conocimientos del personal de enfermería sobre estos temas, durante estas sesiones siempre tuvo lugar un debate más o menos de las mismas características: «¿realmente el marco conceptual y los modelos conceptuales los necesitamos en la práctica? o son unos patrones que actualmente defienden los docentes en Enfermería para justificar y dar coherencia a sus programas, pero que poco o nada tienen que ver con la práctica».

Esta cuestión apareció una y otra vez en los diferentes ambientes de la práctica donde desarrollábamos nuestros cursos de formación continuada. En ocasiones, se nos tildaba de haber inventado *algo* para justificar nuestra presencia en las aulas.

Dicha cuestión nos hizo reflexionar sobre cómo era posible *cuidar* sin un esquema conceptual de Enfermería de referencia. Hay ocasiones en que las enfermeras trabajan sin este esquema, pero nos tendríamos que preguntar entonces, si están *cuidando* desde una perspectiva autónoma e integral dentro de los equipos multidisciplinarios con una función específica e insustituible como profesionales de pleno derecho o bien simplemente estamos colaborando con otros colectivos desde el punto de vista técnico.

> “Henderson define a la enfermera como complemento de lo que el paciente carece para ser *completo, entero* e *independiente* ”

> “La función primordial de la enfermera es ayudar al paciente en sus actividades de la vida diaria ”

Por otra parte, al impartir la historia de la profesión como asignatura dentro del plan de estudios, observamos que durante el Cristianismo, las personas que se dedicaban a cuidar, lo hacían siguiendo el marco teórico filosófico de las *14 obras de misericordia.* Todo parece apuntar que el esquema conceptual de referencia no era tan novedoso como nos parecía en la práctica de los cuidados.

Hecha esta breve introducción pasaremos a exponer el objetivo de nuestro trabajo.

OBJETIVO

Averiguar si existe correspondencia entre el *modelo conceptual de Virginia Henderson* y *las Obras de Misericordia.*

MATERIAL Y MÉTODO

El método seguido en la elaboración del presente trabajo ha sido, básicamente, *la revisión bibliográfica* y *la entrevista* a diversas personas expertas en el tema.

DESARROLLO DEL TRABAJO

Como todos ustedes saben, *el modelo de Virginia Henderson* explica las actividades que integran los cuidados básicos de Enfermería. Asimismo señala que estas actividades tienen su origen en las necesidades humanas de las personas que atienden, teniendo en cuenta la influencia que ejerce, sobre estas necesidades, el estado particular de cada persona. Henderson describe los cuidados que requiere cualquier persona, sea cual fuere el diagnóstico del médico y el tratamiento que prescriba.

Henderson define la función propia de la enfermera de la siguiente manera:

> ***La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su restablecimiento y, en los casos terminales, a proporcionarles una muerte digna. Actividades que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.***
>
> ***Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude a la persona a independizarse lo más rápidamente posible.***

Efectivamente, cuanto más pronto una persona pueda cuidarse a sí misma, buscar información sobre la salud o incluso seguir los tratamientos prescritos, tanto mejor será para ella. En realidad, cuando se trata de un paciente adulto con capacidad de razonamiento, debería hacérsele sentir que la elección le pertenece.

Henderson define a la enfermera como complemento de lo que el paciente carece para ser *completo, entero* e *independiente.*

La enfermera suple las dependencias del enfermo cuando éste no quiere, no conoce o no puede satisfacer sus necesidades humanas.

Cabría decir que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente, para saber no sólo lo que éste desea sino lo que necesita para mantener su vida o recobrar su salud. La enfermera es temporalmente, la conciencia para el inconsciente, el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado, los ojos para quien acaba de perder la vista, la voz de los que están demasiado débiles para poder hablar y así sucesivamente.

Por tanto la función primordial de la enfermera, es ayudar al paciente en sus actividades de la vida diaria, o sea, actividades que normalmente ejecuta sin ayuda, es decir, respirar, comer, evacuar, descansar, dormir, moverse... Además de los actos relacionados con la higiene personal, el abrigo personal y el uso de ropas adecuadas.

La enfermera vela también por aquellas actividades que hacen de la vida del enfermo algo más que un proceso vegetativo, como son: las relaciones sociales, la adquisición de ciertos conocimientos, las actividades recreativas, la espiritualidad... Ayudando al paciente a vivir de acuerdo a sus valores y creencias y practicar su religión y también ayudar a morir con dignidad cuando la muerte es inevitable. Como vemos, *Henderson* proyecta la actividad de la enfermera más allá de los cuidados meramente físicos.

Los cuidados de enfermería, teniendo en cuenta las necesidades humanas de las personas, en dicho modelo de cuidados quedan definidas de la siguiente manera:

1. Ayudar al paciente a respirar normalmente.
2. Ayudar al paciente a comer y beber adecuadamente.
3. Ayudar al paciente a eliminar por todas las vías de eliminación.
4. Ayudar al paciente a moverse y a mantener la postura adecuada al caminar, sentarse, acostarse y cambiar de postura.
5. Ayudar al paciente a dormir y descansar.
6. Ayudar al paciente a vestirse y desvestirse y a seleccionar ropas adecuadas.
7. Ayudar al paciente a mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales.
8. Ayudar al paciente en la higiene personal.
9. Ayudar al paciente para evitar peligros ambientales y evitar que perjudiquen a otros.
10. Ayudar al paciente a comunicarse con otros para expresar temores, preocupaciones y deseos.
11. Ayudar al paciente a vivir de acuerdo a sus valores y creencias y a practicar su religión.
12. Ayudar al paciente para que trabaje en alguna cosa o se ocupe de algo constructivo.
13. Ayudar al paciente a recrearse.
14. Ayudar al paciente a adquirir conocimientos.

Como vemos, existen 14 áreas de atención de enfermería, ahora pasaremos a analizar las *Obras de Misericordia.*

OBRAS DE MISERICORDIA

Tras revisar la historia de los cuidados podemos constatar que éstos han ido cambiando sujetos a la situación social de cada etapa histórica y a las necesidades de la población en aquella época.

Hay tres momentos en la historia que influyen fuertemente en los cuidados de enfermería:

1. La aparición del cristianismo.
2. Florence Nigthingale.
3. Periodo posterior a la segunda guerra mundial.

Nos centraremos en el primer apartado con el fin de analizar las *Obras de Misericordia.*

Aparición del cristianismo

La aparición del cristianismo marcó un hito en los cuidados de enfermería. Los valores cristianos de caridad, hermandad y servicio al prójimo hacen muy importante la atención a pobres y enfermos.

La situación de la mujer (a quien van ligados más generalmente los cuidados) también se ve fortalecida en este momento, ante el principio de igualdad que proclama el cristianismo: «todos somos iguales ante los ojos de *Dios*», «honrarás a tu padre y a tu madre».

En esta etapa, los cuidados de enfermería cobraron mucha relevancia, el cristianismo era una de las únicas religiones que orientaba a los cuidadores a aliviar el sufrimiento de los pacientes.

> “La enfermera vela también por aquellas actividades que hacen de la vida del enfermo algo más que un proceso vegetativo”

> “Los valores cristianos de caridad, hermandad y servicio al prójimo hacen muy importante la atención a pobres y enfermos”

Analizando los escritos que hay sobre esta etapa de la humanidad, pudimos observar que las primeras enfermeras que cuidaban a los enfermos en sus domicilios, también tenían un modelo conceptual para llevar a la práctica. En estos textos consta lo siguiente: «*Ir a la calle y practicar las obras de misericordia*». Por tanto, el esquema teórico de estas primeras enfermeras, llamadas *diaconisas,* eran dichas *obras,* este esquema les hacía tener una función propia y definida entre los grupos que se dedicaban al arte de sanar.

Curiosamente al estudiar este marco de referencia con nuestros alumnos observamos que al igual que el modelo de Virginia Henderson también nos aparecían 14 áreas de actuación de enfermería.

Obras de misericordia

1. Dar de comer al hambriento.
2. Dar de beber al sediento.
3. Vestir al desnudo.
4. Dar posada al peregrino.
5. Visitar a los enfermos.
6. Visitar a los presos.
7. Enterrar a los muertos.
8. Dar buen consejo a quien lo necesita.
9. Enseñar al que no sabe.
10. Corregir al que yerra.
11. Consolar al afligido.
12. Perdonar las injurias.
13. Sufrir con paciencia las molestias del prójimo.
14. Rogar a Dios por los vivos y por los muertos.

Revisamos de nuevo los textos históricos, con el fin de esclarecer en qué momento se produjo la declaración de dichas *obras* y cuáles eran las necesidades sociales de aquella época que promovieron su aparición.

> «En los Evangelios queda reflejada la conducta de Jesús con los enfermos, dándonos a entender que la primera norma sanitaria es la relación cercana y acogedora»

> «Las primeras comunidades cristianas ofrecieron un modelo de ética cuyo programa se integró en las Obras de Misericordia»

Hay que decir, que hemos tenido serias dificultades para encontrar el momento histórico al que nos referimos. Encontramos, retrocediendo en la historia, alusiones a las mismas en diversos textos de momentos históricos diferentes, que ahora detallamos.

La fuente más cercana a nuestra época que habla de las mismas, la encontramos en el *Catecismo de la Doctrina Cristiana* que se elaboró en el *Concilio de Trento* (1545-1563) para el uso parroquial, anteriormente, en el *Nuevo Testamento* en el *Evangelio de Mateo* en el capítulo 25 cita las que en la actualidad conocemos como *Obras de Misericordia corporales* refiriéndose sobre todo a una actitud espiritual que consiste en hacer la experiencia, en nuestro propio comportamiento, de la actuación de *Dios* con nosotros, para conocerle mejor.

Así como en todos los *Evangelios* queda reflejada la conducta de *Jesús* con los enfermos, dándonos a entender que la primera norma sanitaria es la relación asistencial cercana y acogedora.

Retrocediendo de nuevo en el tiempo, nos remontamos al *Antiguo Testamento,* observando en la *Ley mosaica,* lo que un pueblo (el pueblo de Israel) puede hacer por el grado de salud del ser humano y el grado de prevención de enfermedades. Este pueblo lo integró hasta tal punto que vinculó los principios fundamentales de sanidad al ámbito sagrado.

CUADRO I

OBRAS DE MISERICORDIA		V. HENDERSON
1. Dar de comer al hambriento	↔	1. Ayudar a comer y beber adecuadamente
2. Dar de beber al sediento	↔	2. Ayudar a comer y beber adecuadamente
3. Vestir al desnudo	↔	3. Ayudar a vestirse y desvestirse
4. Dar posada al peregrino	↔	4. Ayudar a dormir y descansar. Dice Henderson que hay un deseo casi universal de estar con la familia y con los amigos. La mera presencia de otro ser humano, reconforta a la persona y favorece su descanso total
5. Visitar a los enfermos	↔	5. Ayudar a las personas a comunicarse con otros para expresar temores, deseos e inquietudes
6. Visitar a los presos	↔	6. Ayudar a las personas a comunicarse para expresar temores y deseos
7. Enterrar a los muertos	↔	7. Es lo que V. H. nos expresa: «en los casos terminales ayudar a las personas a tener una muerte digna»
8. Dar buen consejo a quien lo necesite	↔	8. Ayudar a las personas a adquirir conocimientos
9. Enseñar al que no sabe	↔	9. Ayudar a las personas a adquirir conocimientos
10. Corregir al que yerra	↔	10. Ayudar a las personas a adquirir conocimientos
11. Consolar al afligido	↔	11. Ayudar a comunicarse para expresar temores, deseos y emociones
12. Perdonar las injurias	↔	12. Ayudar a las personas a evitar peligros y evitar que perjudiquen a otros
13. Sufrir con paciencia las molestias del prójimo	↔	13. Ayudar a las personas a evitar peligros y evitar que perjudiquen a otros
14. Rogar a DIOS por vivos y muertos	↔	14. Ayudar a las personas a actuar según sus valores y creencias

CUADRO II

V. HENDERSON		OBRAS DE MISERICORDIA
1. Ayudar a respirar normalmente	↔	1. Respecto a esta necesidad comprobamos que no consta de forma explícita dentro de las O. M. pero hemos podido observar en diversos textos que esta necesidad de respirar era considerada por estos pueblos primitivos como el *aliento de la vida.* Era una función casi mística y se le atribuyó un carácter sobrenatural
2. Ayudar a comer y a beber adecuadamente	↔	2. Se relaciona con las O. de Misericordia 1 y 2: dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento
3. Ayudar a eliminar por todas las vías	↔	3. No encontramos mención específica sobre este aspecto, aunque sí alusiones sobre el tema: menstruación, excrementos y sudor dentro del texto bíblico en la *Ley mosaica* como medidas higiénicas
4. Ayudar a moverse y a mantener la postura adecuada	↔	4. No se encuentra de forma explícita en las O. M. aunque observando la vida de las primeras comunidades judías, pudimos apreciar que en este aspecto en líneas generales lo tenían satisfactoriamente resuelto. Fue más tarde en la evolución de la sociedad cuando las personas empezaron a padecer los problemas del sedentarismo, y la necesidad de moverse se hizo patente
5. Ayudar a dormir y a descansar	↔	5. Se puede relacionar con la cuarta O. M. dar posada al peregrino. Estas primeras comunidades ofrecían su casa a viajeros para que pudieran descansar y dormir durante la noche. Las palabras proféticas aclaran: «Seis días trabajarás y el séptimo descansarás» Génesis, 2. También se aprecia en diversos textos: «El valor de la sabiduría se encuentra, entre otros sitios, en el sueño reconfortante de aquel que vive con ella» Prov., 3. De múltiple manera y con distinto lenguaje testifican los diversos estratos del A. T. que la tranquilidad del hombre es un gran bien y una capacidad no corriente, profundamente unida a la confianza en YAHVÉ.
6. Ayudar a vestirse y a desvestirse	↔	6. Se relaciona claramente con la O. M. n.º 3: vestir al desnudo, tanto en aquellas situaciones donde las personas no pueden hacerlo como en las que hay que proporcionar vestido si no lo tienen

CUADRO II (Continuación)

V. HENDERSON		OBRAS DE MISERICORDIA
7. Ayudar a mantener la temperatura adecuada	↔	7. No consta de forma explícita, aunque sí se puede desprender de sus costumbres en el vestir, para protegerse del frío y del calor
8. Ayudar a mantener el cuerpo limpio	↔	8. Aunque no existe como O. M., sí que está referenciada en la Ley mosaica dentro de las normas higiénicas establecidas para el Pueblo de Israel
9. Ayudar a evitar peligros y evitar que perjudiquen a otros	↔	9. Se puede relacionar con la O. M. n.º 12: *perdonar las injurias.* En la medida que las personas son capaces de no guardar rencores ni resentimientos son capaces de tener relaciones más saludables con ellas mismas y con los demás. También se puede relacionar esta necesidad con la O. M. 13: *sufrir con paciencia las flaquezas del prójimo.* Cuando una persona aprende a tolerar, existe menos peligro de sufrir las tensiones típicas de una mente inflexible
10. Ayudar a comunicarse con otros para expresar sentimientos, temores y emociones	↔	10. Se relaciona con la O. M. 10: *consolar al afligido.* También se relaciona con la O. M. 5: *visitar a los enfermos.* También se relaciona con la O. M. 6: *visitar a los presos*
11. Ayudar a actuar de acuerdo con sus valores y creencias	↔	11. Se relaciona con la O. M. 14: *rogar a Dios por los vivos y los muertos*
12. Ayudar a trabajar en algo útil con sensación de rendir provecho	↔	12. Esta necesidad no queda explícita en las O. M. pero existen datos concretos que nos indican la presencia de la misma en estas primeras comunidades. «El tiempo del hombre también es tiempo de trabajo». El yahvista subraya que el trabajo es cosa del hombre considerado como ser creado. La sabiduría de Israel enseña pues, la recta interpretación del trabajo.
13. Ayudar a participar en actividades recreativas	↔	13. Tampoco existe correspondencia explícita en las O. M., pero sí alude a la misma *Qohelet* según el cual además de los tiempos para plantar y arrancar, destruir y edificar tiene el hombre tiempos para llorar y reír, abrazar y bailar
14. Ayudar a adquirir conocimientos	↔	14. Se relaciona claramente con tres O. M. La n.º 8: *enseñar al que no sabe.* La n.º 9: *dar buen consejo al que lo necesite.* La n.º 11: *corregir al que yerra*

Las primeras comunidades cristianas ofrecieron un modelo de ética cuyo programa se integró en las *Obras de Misericordia,* que sirvieron para lograr la participación en las tareas asistenciales de un buen número de miembros de las comunidades. Este marco de actuación estaba basado sobre todo en los recursos humanos.

En la *Ley mosaica* (cap. Palestina. Deuteronomio 14.2. Eclesiastes) podemos observar los métodos para prevenir la enfermedad, que entre otros figuran la higiene personal, el descanso y el sueño y las horas de trabajo. Otras hacían referencia a la inspección y selección de alimentos, cuarentenas y desinfección.

Los antiguos judíos creían que todos los hombres debían tener acceso a la atención sanitaria, con independencia de su condición social. También se fomentaba los deberes de hospitalidad hacia los extraños, para favorecer su descanso y asimismo el consuelo de las viudas, ancianos y pobres. La visita de los enfermos era una actividad importante de la vida cotidiana, esta visita se llevaba a cabo tanto para ayudarlos en aquellas actividades que el enfermo no podía, como para comunicarse consolándolo.

> "El marco conceptual de enfermería no es una novedad"
>
> "Es preciso tener un marco de referencia de enfermería para poder ofrecer cuidados"
>
> "El modelo conceptual de Virginia Henderson responde a la concepción que sobre cuidar tiene el cristianismo"

Todas estas normas sociales que a lo largo del Antiguo Testamento se van reseñando, se podría llegar a deducir que un primer intento de recopilación podría datar del siglo IV antes de Cristo.

Dados estos conceptos principales, en el cuadro I (página 10) establecemos un paralelismo entre ambos marcos o modelos de referencia.

En el cuadro II (pág. 11) vemos el paralelismo a la inversa, o sea, partiendo de las *14 necesidades* de V. Henderson hacia las *Obras de Misericordia:*

También hemos podido observar en los textos bíblicos, que no se responsabiliza totalmente de la salud de la persona a los *médicos* ya que cada persona es responsable de la misma con su comportamiento y con la fidelidad a los valores que dan sentido a la vida. Este concepto se puede relacionar con el de Independencia de V. H. Para dicha autora el objetivo principal de la Enfermería es ayudar a conseguir la Independencia de las personas para cuidar de su propia salud, de su propia vida.

Existe también un concepto claramente relacionado con el modelo de V. H. Según el autor Walter Wolff en su obra antropológica del A. T. «Israel ha sufrido enfermedades en abundancia» y casi siempre designa como factor que contribuye a enfermar una situación de *debilidad, flojera y agotamiento y de fuerza vital* quebrantada.

Al estudiar el modelo conceptual de V. H. observamos que la principal causa de la dificultad en la satisfacción de las necesidades humanas es:

— Falta de fuerza (debilidad, flojera).
— Falta de voluntad (fuerza vital).
— Falta de conocimientos.

CONCLUSIONES

Efectuado este paralelismo reconocemos que nos ha sido muy enriquecedor por todas las personas y fuentes que hemos consultado, aportando cada una de ellas elementos valiosos para esta comunicación y para la Enfermería en general.

Hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1.ª El marco conceptual de Enfermería es un elemento joven en los textos teóricos de nuestra disciplina de especial importancia para potenciar el rol autónomo de la enfermera. No tan joven es el marco conceptual en la práctica asistencial, como nos lo demuestran las primeras diaconisas que basaban sus cuidados en las O. M.
2.ª Apoyándonos en el análisis histórico del cuidar, queda demostrado que es imprescindible tener un *marco* de referencia para dar cuidados de Enfermería.
3.ª El modelo de V. H. responde a la concepción que sobre cuidados tiene el Cristianismo.

BIBLIOGRAFÍA

DONHUE, PATRICIA: *Historia de la Enfermería.* Ed. Doyma. Barcelona, 1988.

CONDE HERRANZ, JESÚS: *La aportación de la Iglesia a la Sanidad.* Labor Hospitalaria n.º 223. Enero-Febrero-Marzo 1992. Páginas 69-77.

H. W. WOLFF: *Antropología del Antiguo Testamento.* Sígueme. Salamanca, 1975.

LAÍN ETRALGO: Historia de la Medicina. Salvat. Barcelona, 1978. Reimpresión 1989.

HENDERSON, VIRGINIA: *Principios básicos de los cuidados de enfermería.* CIE. Ginebra, 1971.

MARRINER, ANN: *Modelos y teorías de Enfermería.* Rol. Barcelona, 1988.

KOZIER, BARBARA: *Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica.* 2.ª ed. Interamericana. McGraw-Hill. Madrid, 1989.

KERSHAW, BETTY: *Modelos de Enfermería.* Doyma. Barcelona, 1988.

ESEVERRI CHAVERRI, CECILIA: *Historia de la Enfermería española e hispanoamericana.* Salvat. Barcelona, 1984.

POLETTI, ROSETTE A.: *Cuidados de Enfermería, tendencias y conceptos actuales.* Ed. Rol. Barcelona, 1980 (Colección Rol de Enfermería).

DOMÍNGUEZ ALCON, CARMEN: *La Infermeria a Catalunya.* Ed. Rol. Barcelona, 1981.

JAMIESON, ELISABETH M.: *Historia de la Enfermería.* 6.ª ed. Editorial Interamericana. México, 1968.

HENDERSON, VIRGINIA: *Nite Gladys. Enfermería teórica y práctica.* La Prensa Médica Mexicana. México, 1988.

LEIPOLDT, J. y GRUNDMANN, W.: *El mundo del Nuevo Testamento.* Ed. Cristiandad. Madrid, 1973.

BENOIT, P., BOISMARD, E. y MALILLOS, J. L.: *Sinopsis de los cuatro Evangelios.* Ed. Española Desclé de Brouwer, 1987.

La Bíblia (Versió dels textos originals i notes pels Monjos de Montserrat) 3. Ed. Casal i Vall. Barcelona, 1983.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a las personas que nos han prestado colaboración desinteresadamente y sin la cual no se hubiera llevado a término este trabajo:

O. H. San Juan de Dios de Barcelona.
E. U. I. Sant Joan de Déu de Barcelona, en especial a la señorita Alicia Martín, bibliotecaria.
Centre Salesià d'Estudis Eclesiàstics Martí-Codolar.
A los alumnos de *1.º de Enfermería 91-92* de nuestra Escuela.

3. ACTUACIONES EN ENFERMERÍA PARA LA HUMANIZACIÓN DEL ÁREA PREQUIRÚRGICA

Carmen Flores Alda

Enfermera responsable de la Unidad Prequirúrgica. Hospital Universitario «12 de octubre». Madrid

La precaria atención que se dispensaba a los pacientes que iban a ser operados en el Hospital Universitario «12 de octubre», hace 4 años, llevó a la autora a analizar la situación procurando una solución al problema. Esta solución conllevaba, por una parte, la humanización en la atención al paciente en el área prequirúrgica y, por otra, el perfeccionamiento técnico de la misma.

De este modo, nos expone en este estudio, las actuaciones de enfemería para que los enfermos estén mejor atendidos en el área prequirúrgica y se mitigue esa angustia a lo desconocido propia de los que van a ser operados.

Técnicas como la psicoprofilaxis, musicoterapia o técnicas de relajación han contribuido, durante estos 4 años, a que el personal de enfermería se haya implicado y sepa estar al lado del paciente compartiendo sus problemas.

Todos sabemos que estamos atravesando unos momentos en la sociedad actual en los que los valores materiales se sobreponen a los puramente humanísticos, y en los que el trabajo bien hecho y pensando en el bien de los que nos rodean no siempre es una labor compensada en el sentido clásico. Esta pequeña contribución al estudio de la enfermería en el área prequirúrgica está dedicada fundamentalmente al personal de enfermería que, a pesar de la escasa motivación actual, realiza bien su trabajo diario de una forma constante y silenciosa.

Se sabe que una sociedad es tanto más progresista y avanzada cuanto más y mejores servicios presta a sus miembros. Por lo tanto un hospital tendrá más calidad cuanto más y mejores cuidados ofrezca a sus enfermos. Esta idea, junto con el concepto de salud integral tan manejado en la actualidad, me ha llevado a interesarme más y más por la Unidad Prequirúrgica del hospital, en la cual llevo trabajando cuatro años. Ello con un afán tanto de mejorar el nivel técnico, como de humanizar más el cuidado sanitario de la enfermería.

Es conocido que en la mayor parte de los pacientes el estado psíquico se altera en los momentos previos a la cirugía; ello depende no sólo de las condiciones anímicas individuales sino también del medio que rodea a esta espera. Si éste no es agradable, la consecuencia inmediata será el aumento de su angustia frente a lo desconocido.

Según el concepto holístico (del que era fiel seguidora MYRA E. LEVINE), se considera al ser humano como una unidad biofisiológica y energética, psicosocial y espiritual que se encuentra en constante interacción consigo mismo y a su vez con un medio ambiente siempre cambiante.

A partir de 1984 el INSALUD establece como una declaración de principios la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes, implantándola progresivamente en los hospitales dentro de un plan de asistencia sanitaria. Esta Carta supone el antecedente más inmediato a la declaración de derechos que incluye la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986. En el artículo 10 de esta Ley se hallan entre otros los siguientes aspectos:

1. Respecto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que nadie pueda ser discriminado por razón de sexo, moral, tipo social, económico, ideológico, político o sindical.
2. Información sobre servicios sanitarios y requisitos para su uso.
3. Derecho a ser informado, tanto el paciente como su familia, en términos comprensibles, sobre su proceso patológico, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
4. Derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer.
5. Derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso.

Historia previa de la unidad

¿Cómo era hace años la recepción de un paciente en el área prequirúrgica del medio hospitalario al que me refiero? El enfermo, procedente de su habitación, entraba en una sala del área de quirófanos, donde se procedía a su identificación asignándosele su quirófano correspondiente; quedaba a la espera de su intervención bien solo, o acompañado de otros pacientes en la misma situación de abandono, soledad y angustia. Los pacientes debían permanecer en esta sala dispuestos en paralelo entre 5 y 60 minutos. Cualquier necesidad física, psíquica o terapéutica era, o bien omitida, o atendida únicamente a requerimiento del propio paciente. Esta atención la dispensaba por lo general personal no fijo ni cualificado. ¿Qué características tenía esta sala?

Se encontraba ubicada en el centro del área quirúrgica, con dos salidas a pasillos de quirófano, y estaba dotada con instalaciones generales de vacío, oxígeno y alumbrado, pero con precarias condiciones de confort.

OBJETIVOS

El análisis de esta situación me llevó a pensar en una posible solución al problema, que al mismo tiempo que humanizase la permanencia del paciente en este área prequirúrgica, coadyuvase al proceso operatorio mediante un perfeccionamiento técnico en la misma. Se establecieron una serie de objetivos a tres niveles:

*a) **Desde el punto de vista del paciente:***
- — Preparación física.
- — Atender sus demandas de información.
- — Procurarle estabilidad emocional, desarrollándose una buena comunicación y subsiguiente psicorrelajación del paciente.

*b) **Desde la perspectiva ambiental:***
- — Detectar y corregir deficiencias materiales.
- — Procurar un ambiente luminoso y musical adecuado.

*c) **En relación con el equipo quirúrgico:***
- — Establecer una coordinación adecuada con los distintos profesionales.

METODOLOGÍA

Se han perfeccionado los siguientes aspectos de este área que da servicio a doce quirófanos de diferentes especialidades:

Características de la sala preoperatoria. Tiene una capacidad de ocho camas y se la ha dotado de biombos para separación de las camas, estanterías para botellas y recipientes, depósito de ropa, archivador de historias clínicas, nuevo alumbrado con modulación de intensidad y equipo de música.

Equipo y materiales sanitarios. Dispone de carro de medicación, carro de parada, aspirador, negatoscopio, esfingomanómetros, termómetros, electrodos y ropa quirúrgica.

Personal asignado. Una enfermera con dedicación completa, dos auxiliares de clínica y cinco celadores compartidos con otras áreas de quirófano, y personal de limpieza. Más adelante se hablará del perfil profesional.

En este puesto de trabajo se deben tener una serie de conocimientos y técnicas, y poseer un perfil profesional adecuado.

Perfil de enfermería

Las conclusiones y recomendaciones del Consejo de Europa de Estrasburgo, publicadas en 1983 incluyen el que la mejora de los cuidados prestados a los enfermos debe considerarse como el principal objetivo de cualquier formación especializada. De acuerdo con estos criterios se incrementa la satisfacción que obtienen las enfermeras con su trabajo.

Según el método de Hipócrates el primer elemento del mismo sería que el profesional estuviera adaptado a su trabajo; el segundo elemento de este método es la observación aguda de las cosas y los hechos, la selección guiada por el juicio nacido de la familiaridad, la experiencia y la exploración metodológica, entonces podremos afirmar que la teoría nace de la solidez de la experiencia.

Por la experiencia, y ciñéndonos a la idea de Carl Rogers, se sugiere que el *consejero* profesional, en este caso el D.U.E. que trata de emplear un *método,* está destinado a fracasar, a menos que este método concuerde genuinamente con sus propias actitudes.

¿Debe poseer estas actitudes necesariamente el D.U.E. para poder serlo? ¿Pueden lograrse las mismas a través de una formación? Parece ser que ambas premisas, una predisposición y un aprendizaje, son necesarias, ya que el individuo y su formación constituyen un proceso profundamente digno de respeto, tanto por lo que es como por sus potenciales. La síntesis de ambas fortalecerá la terapéutica.

La enfermera debe tener actitudes tales como la empatía, simpatía, afinidad, y se debe enfatizar el aspecto emocional.

Técnicas de enfermería

Para que nuestra intervención sea eficaz y realmente terapéutica se debe partir de la premisa de comprender el comportamiento humano y el significado de la enfermedad para el individuo que la padece.

¿Qué pretendemos alcanzar? Cubrir todas las necesidades básicas del paciente para que alcance un estado de relajación total previo al acto quirúrgico a que va a ser sometido.

¿Cómo conseguirlo? Con acciones de enfermería que incluyen los aspectos técnicos, una psicoprofilaxis y musicoterapia que conducen a una relajación que se pretende completa del paciente.

A su llegada a la sala es recibido por la enfermera/o asignada/o a esta unidad, estableciéndose una comunicación directa con el paciente e identificándose el mismo y el lugar del que procede dentro del hospital. Como normas generales se tendrán en cuenta el observar y escuchar con el fin de detectar cualquier anomalía o necesidad que el enfermo pueda presentar, procediéndose a la solución de las mismas. Las preguntas y explicaciones al paciente serán cortas, sencillas y básicas.

Acciones técnicas de enfermería

- — Comprobación del parte de quirófano verificando la correlación acto quirúrgico-enfermo que llega, e inscripción en el libro de registro.
- — Valoración del nivel de conciencia, coherencia y colaboración del paciente.
- — Colocación de gorro y electrodos.
- — Toma de constantes, pulso arterial, T.A. y temperatura.
- — Control del medio ambiente: temperatura adecuada, ausencia de ruidos, modulación de luz ambiental y musicoterapia (de ésta última se hará especial énfasis más adelante).
- — Control de fluidoterapia, drenajes, traqueostomía, etc., en caso de que los trajera.
- — Ejecución de las actividades diagnósticas y terapéuticas prescritas por el médico si las hubiera.
- — Apoyo psicológico, potenciando su autoestima y dándole seguridad.
- — Anotación de estos resultados en la hoja de enfermería.

OPTIMIZACIÓN DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL ENFERMO-PACIENTE EN EL ÁREA PREQUIRÚRGICA

Basada en la escucha activa del paciente, en la observación y estructuración adecuada del medio ambiente y en

el establecimiento de relaciones estrechas entre todo el personal que atiende al enfermo prequirúrgico en un momento dado, pretendo desarrollar todas aquellas actividades que favorezcan los objetivos previamente planteados.

Identificado el paciente y observados sus registros (historia clínica, analítica, EKG...) se le hará una entrevista que nos lleve a conseguir una información significativa de su estado. Incluirá antecedentes personales, si toma o no medicación, hábitos personales y sociales, etc. Mediante la observación y la escucha podemos anticipar y/o identificar los diferentes problemas del paciente y elaborar diagnósticos de enfermería.

Una vez recogida la información y establecido el diagnóstico de enfermería nos dedicaremos a dar un apoyo emocional al paciente. La mayoría de los enfermos que van a ser intervenidos presentan un alto grado de soledad, ansiedad y temor, lo expresen o no, dado que la cirugía representa para ellos una amenaza tanto para su integridad física como potencialmente para su vida. Ello le lleva a preguntar, lo que es positivo, dado que al contestarle vamos a ir disipando sus dudas.

Se le explicarán los pasos de su tratamiento uno por uno, el momento en que se le va a pasar a quirófano, las personas y materiales que se va a encontrar allí, su preparación y fiabilidad respectivamente. Para qué sirven los aparatos. Cómo va a responder su corazón a la anestesia general si es que se le administra. Como el sueño está ligado a la idea de muerte (por la tradición, las leyendas y las películas), existe el temor del *no despertar,* temor que diluiremos con nuestro apoyo afectivo que creará un clima distendido.

Psicoprofilaxis

La definiremos como un proceso de preparación del paciente para crear en él un estado anímico propicio y adecuado para su intervención. Para ello necesitamos la colaboración del mismo. Lo ideal sería haber mantenido con el enfermo entrevistas previas, pero dada la estructuración del hospital, tendremos que recurrir a estos momentos inmediatos a la cirugía de acuerdo al plano psicológico y al físico.

Entre las causas del deterioro de las relaciones humanas en la asistencia sanitaria existen dos fundamentales: un crecimiento desmesurado de la población enferma y el modo de vivir actual tan acelerado.

Partiendo de un principio participativo y activo entre el enfermo y el profesional de la enfermería, establecemos comunicación con el paciente; comunicación no sólo verbal, es decir, no únicamente intercambiando palabras y mensajes, sino también conductas, sentimientos, expresiones, trabajando las emociones. Porque no solamente una palabra oportuna es eficaz, sino también un gesto significativo que acompañe a esta palabra puede equipararse al mejor medio de comunicación. Según el manual *Preparación preanestésica del paciente* del doctor John C. Snow, «una entrevista correcta equivale a 100 mg de pentobarbital en su efecto calmante, y supera al medicamento en cuanto a la disminución de la ansiedad del paciente en el apoyo emocional que proporciona».

Esto nos demuestra que la comunicación y la información dan resultados cuando se aplican a las relaciones humanas en la enfermería.

Ya a finales del siglo XIX, Florence Nightingale decía que debía existir una «correspondencia cliente-entorno».

El profesional de la enfermería debe procurar un buen ambiente de calor, luz, aseo, ausencia de ruidos estridentes, para que el enfermo se encuentre lo más confortable y cómodo posible. Para poder ir induciendo una cierta relajación, procuramos con el modulador de intensidad del alumbrado, producir una luz tenue que trate de crear un clima cálido.

Musicoterapia

El empleo terapéutico de la música ya existía en la Grecia Antigua, en la Edad Media y Renacimiento, concediéndose un amplio crédito a las propiedades curativas de la misma principalmente en las afecciones nerviosas y mentales. Las teorías griegas y medievales entendían que ciertos modos (escalas) y ritmos tenían un conocido efecto sobre la energía del organismo humano.

En realidad las bases de la teoría antigua y de la musicoterapia moderna son distintas. En esta última las técnicas se están desarrollando todavía de forma experimental. En los establecimientos residenciales STEINERT se siguen poniendo en práctica principios muy básicos que utilizan la música como un medio terapéutico sedante. Independientemente de las técnicas utilizadas la música tiene un poder terapéutico intrínseco.

El efecto transformador de la música puede ser positivo o negativo. Así como una música agresiva y violenta despierta reacciones belicosas, otra armoniosa suscita una comprensión o un estado interior de belleza y equilibrio. La música es un agente terapéutico eficaz porque en las circunstancias adecuadas puede armonizar modelos de emociones, estructuras de conciencia, o energía psíquica.

La utilización de la musicoterapia no solamente se limita a calmar tensiones o ayudar a la autoafirmación, que son las dos grandes áreas estudiadas en la actualidad, sino que esto es únicamente un fragmento de su enorme potencial.

La musicoterapia en el caso que nos ocupa, la aplicamos como una psicorrelajación, coordinadamente con un ritmo respiratorio adecuado y una disminución del tono muscular. La dificultad mayor que nos encontramos es ¿qué tipo de música aplicar? Esta dificultad deriva de que tratamos simultáneamente a un grupo heterogéneo de pacientes, con diferentes edades, distintos niveles culturales y musicales muchas veces desconocidos. Tampoco conocemos su capacidad emotiva, su *ritmo interno.*

Analizándose los factores citados, se han utilizado diferentes patrones musicales, clásica y moderna, más o menos conocida y con ritmos diferentes. Tras una experiencia inicial de cuatro años, hemos observado que probablemente una música melodiosa y rítmica sea lo más adecuado. Probablemente una música no conocida por el paciente sea más adecuada, debido a la posibilidad de experiencias desagradables en las audiciones previas, lo que dificultaría nuestro fin de relajar.

Utilizando este tipo de música *(nueva era)* se han alcanzado los objetivos en un 65 % de los casos, y un 17 % del total de los enfermos llegó a dormirse.

Cabe preguntarse si, como dice Armel Guerme, «la música deliciosa y refinada de los sentidos, cultivada como una filosofía o como un arte, y hasta quizás como una sabiduría, entendida más profundamente que la voz del corazón,

escuchada en la prolongación de sus ecos hasta el alma del silencio interior, está dotada de una magia capaz de abrir a alguien las puertas de su libertad, de metamorfosear sus tristezas en dicha, y esta dicha en una serenidad que sería sinónimo de certidumbre, plenitud y paz».

Relajación

Intenta oponerse al *stress* y disminuir la angustia y emotividad. La relajación produce efectos psicofisiológicos disminuyendo la intensidad de los reflejos. Se ha demostrado en los hipertensos que el estado de relajación disminuye su T.A., así como en la taquicardia disminuye el ritmo cardíaco. A nivel respiratorio el índice de respiraciones/min es menor. Se sabe que en los estados dominados por la angustia, los ciclos respiratorios son cortos e irregulares. Según Geissman la capacidad pulmonar aumenta con la relación, ya que el tipo de respiración abdominal se torna torácica.

El estado experimentado a través de la relajación comporta paz, serenidad e inefabilidad.

Se entiende por *stress* toda sensación que pone a nuestro organismo en estado de alerta, que lo vuelve vigilante, tensando nuestros músculos, acelerando nuestra respiración y ritmo cardíaco.

Dado el corto espacio de tiempo con que contamos, no podemos utilizar técnicas de relajación que precisen de aprendizaje; valiéndonos de los recursos anteriormente citados, se le pide al paciente que entorne los ojos, que no piense en hechos desagradables y centre su atención en la música, siguiendo un ritmo respiratorio profundo. Tomará el aire por la nariz conduciéndolo hasta el abdomen y espirándolo también por la nariz (tras gran inspiración una larga espiración, que se irá transformando dependiendo del grado de relajación que va adquiriendo). Desde hace milenios los yoguis han cultivado el arte de la respiración. Partiendo tal vez de la constatación de que el *estado Samadhi* se acompaña de una parada respiratoria, han emprendido el camino inverso, que es el alcanzar ciertos estados de conciencia mediante los ejercicios de control de la respiración.

Con la palabra se le irá tranquilizando, recordándole que no importa que se duerma, dado que se le avisará cuando vaya a quirófano.

RESULTADOS

Se aplica a los pacientes un protocolo de Enfermería específicamente diseñado para esta unidad, que tras ser aplicado durante un año ha permitido estudiar sus resultados en una muestra aleatoria de 100 pacientes. Éstos son los siguientes:

- En cuanto a la variable *tiempo de estancia* (tabla I), vemos que la gran mayoría de los enfermos (87 %), permanecen menos de 40 minutos en la sala, habiéndose consignado según los resultados que contemplamos, un tiempo de estancia medio de 25 minutos
- Se pregunta a los pacientes por el conocimiento previo que tienen del quirófano (tabla II), y vemos que al 37 % se les tuvo que informar en la Unidad por el desconocimiento que tenían.
- En cuanto a la variabilidad de la *tensión arterial* (tabla III), vemos que las cifras tensionales bajaron en la mayoría (65 %) tras las técnicas de relajación aplicadas; se mantuvieron en un 23 %, y tan sólo en un 12 % se apreció un incremento de la misma.
- En este mismo sentido se estudió la variabilidad del *estado emocional* (tabla IV). Observamos que un 48 % mejoró, y que un 17 % incluso se durmió, cifras que sumadas dan un porcentaje equivalente al de bajada de la T.A.
- Se realizó una *recogida de objetos personales* al 5 % de los pacientes, que seguramente evitó reclamaciones al hospital en caso de extravío.
- Por último se ha constatado que desde el comienzo del funcionamiento de la Unidad se ha incrementado del 12 % al 58 % actual el porcentaje de pacientes que vienen con *premedicación.*

TABLA I

Estancia del paciente

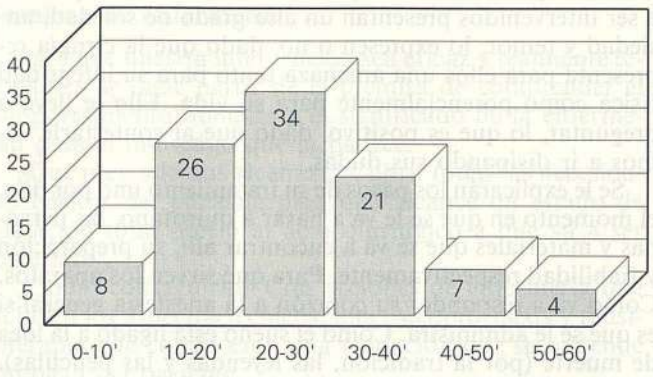


TABLA II

Conocimiento previo del quirófano

N = 100 casos

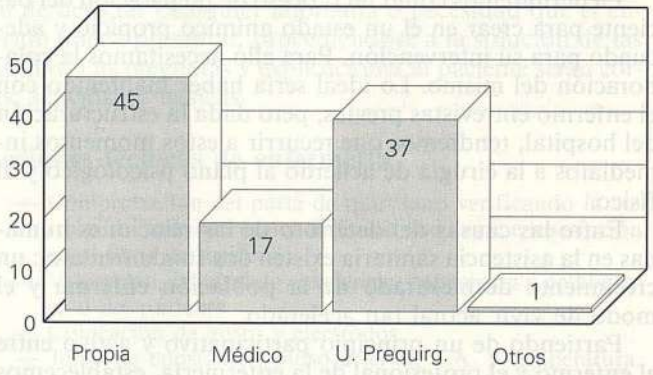


TABLA III

Variabilidad T.A.

N = 100 casos

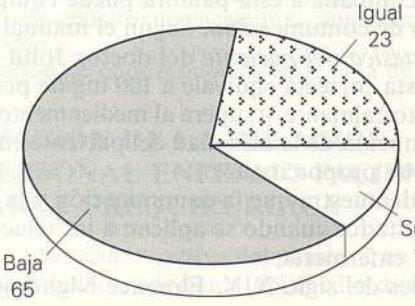
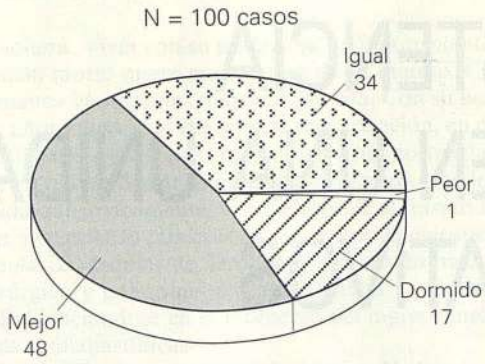


TABLA IV

Variabilidad emocional



CONCLUSIONES

Después de una experiencia de 4 años podemos afirmar que el tratamiento del enfermo prequirúrgicamente con técnicas psicomusicales de relajación es positivo, tanto para el paciente como para la institución hospitalaria, por los siguientes factores:

— Se trata más selectivamente a cada paciente, existiendo una mayor colaboración entre los diferentes equipos, mejorándose técnicamente y humanizándose la asistencia sanitaria.
— Se evitan reclamaciones por parte del paciente.
— Se disminuyen los tiempos muertos dándose mayor agilidad a los quirófanos y consiguiéndose una mayor rentabilidad.

Para la profesión de Enfermería, toda esta experiencia de Humanización en un área tan tecnificada, supone un reto para la recuperación de nuestra principal razón de ser: *Saber estar al lado del paciente, compartir sus problemas.*

En resumen, considero conveniente y necesario una potenciación de esta unidad que sería mejorable si se contara con un personal y presupuesto adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

AURIOL: *Introducción a los métodos de relajación.* Mandala, 1992.
CALLE: *Teoría y técnica del yoga.* Alianza editorial, 1969.
DUCOURNEAV: *Musicoterapia* (la comunicación musical; su función y sus métodos en terapia y reeducación). Edaf. 1990.
FÁBREGAS CARCELLERO, PASCUAL ESCOLA, M.: *Atención de Enfermería durante el proceso quirúrgico.* III Jornadas Abott de Enfermería, Túnez, 1992.
GUILLAUMET BOSCH, TUSQUELLAS, OTOC: *Atención integral de enfermería a las pacientes con anestesia espinal.* Congreso nacional de enfermería en anestesia, reanimación y Terapia del dolor. San Sebastián, 1990.
GUYOTAT: Confrontaciones psiquiátricas, n.º 21, 1986.
MARDARAS PLATAS: *Psicoprofilaxis quirúrgica.* Rol. 1990.
MARRINER: *Modelos y teorías de Enfermería.* Rol. 1989.
MARTÍN, TERESA: *El gran valor de la comunicación en Enfermería.* Enfermería, anestesia y reanimación, n.º 0, marzo, 1992.
NOVEL Y MARTÍ: *Enfermería de Salud Mental en el marco europeo.* XI Congreso Nacional de enfermería en salud mental, Santander, 1993.
ROGERS: *Psicología centrada en el cliente.* Paidós, 1981.
SNOW: *Preparación preanestésica del paciente.* Manual de Anestesia, 2.ª ed., Salvat, 1984.
STEWART: *Música, Poder, Armonía* (un cuaderno de trabajo sobre la Música y las fuerzas internas). Mandala, 1991.

ECCLESIAE INSTITUTA VALETUDINI FOVENDAE TOTO ORBE TERRARUM



INDEX

El primer INDEX, publicado en 1986, recogía 12.500 estructuras sanitarias católicas. En el presente volumen, INDEX 1994, se recogen 21.757 estructuras propiedad de la Iglesia o donde la Iglesia está presente con su ministerio pastoral. Este INDEX 1994 es un libro de estudio, de investigación y de consulta por lo que se convierte en un preciado instrumento de consulta para todos los organismos, jerárquicos o no, de la Iglesia Católica: para los Representantes Pontificios, las Conferencias Episcopales, los Obispos Diocesanos, las Asociaciones Internacionales y Nacionales de Médicos y de Agentes Sanitarios, los grupos, los movimientos y para las categorías y personas que trabajan directamente en el campo de la sanidad y de la salud.

4. UN CASO DE ASISTENCIA INTERDISCIPLINAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Iosu Cabodevilla
Psicólogo, Unidad Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona

En los últimos tiempos va creciendo de forma considerable el desarrollo de los cuidados paliativos, con toda la filosofía y el estilo asistencial que los mismos comportan.

No faltan reflexiones, análisis, proyectos, programas. LABOR HOSPITALARIA ha contribuido, dentro de su modestia, a ello con la publicación, incluso, de alguno de sus números monográficos.

Ha llegado el momento en el que, los profesionales implicados en ellos, nos vayan asomando a la realidad concreta de estos cuidados, a las personas con nombres y apellidos —aun cuando el mínimo respeto a su intimidad nos haga silenciarlos—, a las vivencias de los sentimientos propios, a la implicación personal en la atención al paciente, en el papel de la familia en la misma...

Iosu Cabodevilla Eraso, psicólogo clínico, miembro del equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, nos ofrece esta posibilidad.

Un relato corto, sintético, claro. Un aguafuerte desde el que se puede percibir con profunda nitidez el camino de un enfermo terminal, y el papel que están llamados a desarrollar quienes le acompañan como profesionales, miembros de un equipo terapéutico empeñados en una asistencia integral.



«Cuando todo acabe, estaremos juntos».

He querido seleccionar este caso, ya que su recuerdo está grabado en mi memoria, su figura, su delgadez extrema, su sonrisa afilada, sus ojos, su mirada que tanto hablaba..., y gritaba... y suplicaba.

Fue una persona que deseó compartir su vida y me dejó huella. A diferencia de otras que no fueron capaces de exteriorizar sus temores y frustraciones, ni sus culpas y asuntos no resueltos, y quedaron pegadas a sí mismas. J. M. C., tuvo el coraje de gritar y rabiar si era necesario, de interpelar a Dios, de compartir su dolor y agonía y realmente impresionó mi vida.

Cuando ingresó a finales de enero, sabía de su enfermedad pero no de su evolución ni de su pronóstico. Ella creía que su enfermedad (cáncer) estaba paralizada y había ingresado para recuperarse y ganar un poco de peso.

Al principio se animó bastante, el dolor desapareció, comía bien y a gusto, dormía e incluso ganó algo de peso. Esto le hizo alimentar más su esperanza de recuperación e incluso a planear algún proyecto de cara al verano. Nosotros ya sabíamos que no llegaría al verano. Su cáncer seguía avanzando. Ya no era posible actuar de forma curativa sobre su enfermedad. El tratamiento médico iba a consistir en paliar de forma muy regular todas las complicaciones que se fueran presentando y si era posible, prevenirlas.

Pronto comenzaron las primeras manifestaciones de cómo se iba a desarrollar su enfermedad. Al principio fue dificultad en tragar sólidos, luego en tragar en general y

J. M. C., 25 años

Soltera. Vivía con su madre. Su padre trasplantado de corazón murió nueve meses antes de su ingreso. Con dos hermanos 14 y 10 años mayores que ella. Con su hermano diez años mayor que ella apenas tenía relación, en cambio con su hermana se sentía muy unida. Diagnosticada de tumor de mama dos años antes de su ingreso, siendo intervenida quirúrgicamente, apreciándosele al mismo tiempo unas adenopatías cervicolaterales, siendo diagnosticada de Neoplasia Medular de Tiroides y recibiendo tratamiento quirúrgico y poliquimioterapia intensiva.

Evidenciándose en el momento del ingreso metástasis óseas y mediastínicas.

Duración de su estancia: 3 meses y 21 días.

ya al final dificultad en que circulara el aire por la laringe.

A nivel religioso, al poco de ingresar, el capellán escribió en su informe el enorme choque que había supuesto a nivel religioso y de fe en la madre, la enfermedad de J. M. C. Así mismo apuntaba el nivel deficiente en la práctica religiosa de su hija.

«El cinco de marzo de 1992 me llamaste. No querías nada especial, tan sólo estar. ¡Qué importante es a veces la mera presencia de otro ser humano a nuestro lado! (Rogers, C. 1967, 1975, 80, 81; Carkuhuff 1977, 85; Kübler-Ross, E. 1989; Marroquin, M. 1989). Hablamos de tu enfermedad (lloraste) y sobre todo llorabas por todo lo que habías perdido y ya no volvería».

Ese mismo día en el informe del capellán podemos leer: «Está inquieta, según se comenta en la reunión interdisciplinar. Está muy agresiva especialmente con su madre. Por lo demás está bastante amable con nosotros, pero sin mencionar nada aspectos religiosos».

El 13 de marzo en el parte de enfermería se señala: «21 h. Ha tosido fuerte y se ha quedado afónica. Está preocupada. Vista por el médico de Guardia».

El 16 de marzo, me llama para decirme que no puede hablar, que está afónica. Sin embargo resultó ser una de las entrevistas más intensas. Hablamos de la falta de sentido, de sus miedos. Por primera vez habla de su propia muerte: «tengo pánico a la muerte» (llora). «A veces he pensado en suicidarme, pero pienso en mi madre y me quito la idea».

Ese mismo día la enfermera escribía: «21 h. No quiere la cena. Pide yogurt. Está muy desanimada, llorando. Aviso al médico de guardia, pide *información*».

El 17 de marzo aparece en el informe de enfermería: «7 h. Bien, duerme y no la oigo toser; 14 h. Más disfónica que días atrás. Aconsejar que no hable demasiado. Tos no productiva, tiene abundantes secrecciones para expulsar, pero no puede hacerlo. Pautada oxigenoterapia».

El 23 de marzo, en el informe de psicología leemos: «No puede respirar. Está muy mal. Su madre y hermana están más a menudo. Le agarro la mano mientras su hermana le hace un masaje pulmonar con la *plancha.* Llora. Se queda mirando el techo, con los ojos ligeramente girados hacia la derecha. Me pregunto en silencio «¿qué hay ahí?».

Hoy a través de la investigación sabemos que una persona diestra «organizada normalmente», cuando gira los ojos hacia la parte superior derecha, se están produciendo imágenes visuales construidas mentalmente (Castanedo, 1988).

En el parte de enfermería aparece: «14 h. Muy deprimida y llorando. Continúa muy afónica. No ha comida nada. Aumentada medicación. 21 h. ha intentado cenar tortilla, pero no ha podido».

El capellán escribió en su informe: «Se encuentra más nerviosa con motivo de que se ha agravado su enfermedad. Se ha quedado sin poder hablar. Su madre nos manifestaba días anteriores el deseo de que recibiera los sacramentos; le aconsejamos que sea ella misma quien le hablase de la conveniencia de hacerlo. Ella no menciona nada al respecto».

El 26 de marzo en el informe de psicología se lee: «Con expresión triste me dices: —"Yo que venía para estar diez días. Las cosas se van complicando"—. Asiento con la cabeza y le respondo que sí, las cosas se van complicando».

Unos días más tarde mejora su situación, en el informe de psicología leemos: «Me llama para mostrarme unas fotografías del viaje a Lanzarote. Antes del viaje le habían ya operado de tiroides y sabía que le pondrían quimioterapia. Durante la entrevista se le ve bien, a gusto, recordando y mostrándome las fotografías. A veces tose, se apura al expectorar alguna flema. Otras veces sonríe al recordar algo».

Este período de mejoría en el que J. M. C. se siente tranquila, animada, como bien y duerme, duraría unos 15 días. Durante este período aparece en los informes del capellán: «Su estado parece estacionario pero bajando poco a poco... No entra en su problemática de salud. Tampoco menciona aspectos religiosos. Convendría insinuarle con motivo de Semana Santa la posibilidad de recibir la Eucaristía».

A mediados de abril la enfermera escribe: «Con disnea, afonía frecuente. Ha pasado la mañana nerviosa y llorando a ratos. Modificado tratamiento. No come a penas. Puesto oxígeno». En el informe psicológico se lee: «Su hermana está muy afectada. —"He querido tanto a mi hermana, para mí siempre de pequeña fue un juguete". "Mi única hermana y que le pase esto. Es muy duro. Muy duro"».

Mañana es Jueves Santo y Juana me dice que va a comulgar. Me señala que suele hablar con la Virgen, que con Dios está enfadada. Se emociona. No habla más de este tema. El capellán señala que J. M. C. ha aceptado muy gustosa la invitación de comulgar.

El día de Jueves Santo, el capellán le administra la comunión y escribió en su informe: «La recibe con mucho fervor y emoción, al final le saltan las lágrimas. Le decimos si el día de Pascua quiere también recibirla, y dice que con mucho gusto. Su madre manifiesta su satisfacción de que haya recibido la comunión».

Pasados unos días, una mañana que entré en su habitación me habló de su vida en pareja, de sus relaciones sexuales, de lo feliz que fue durante los dos primeros años, hasta que se detectó la enfermedad, y fue minando su relación de pareja, hasta sentirse rechazada. —«Le pedía por favor, el mantener relaciones y él no quería, no se atrevía y decía que me haría daño». «Fue horroroso»—.

El 27 de abril se lee en el informe psicológico: «Entro y llora —"no puedo hablar". Al rato se calma y me llama. Me pregunta mirándome fijamente —"¿Qué me pasa aquí"— (señala con el índice el cuello). Le contesto que lo

tiene mal ¡muy mal!, que apenas pasa el aire. Precipitadamente me pregunta: —"¿Y qué me van a hacer? ¿Me tienen que abrir?"—. Le respondo que no, que a ella ya no le van a hacer nada. Se queda algo más tranquila».

A los 2 días y después de casi un mes, sale de su habitación y pasea en silla de ruedas.

El 30 de abril la enfermera escribe: «Con más angustia, expectoración y dolor general. Modificado todo el tratamiento».

Ese mismo día en el informe psicológico se puede leer: «Presientes J. M. C. y así es, tu final. Estando a solas contigo pides la presencia del cura. Lloras continuamente. Me pides que le diga a tu madre que la quieres mucho. Te contesto que ya lo sabe, pero insistes en que se lo diga, y así lo hago. Es tu despedida. También me pides que hable con tu hermana, pero en este caso ves que es mejor que tú misma te despidas.

Lloras, a veces te quedas en silencio, pareces tranquila y me vuelves a decir: —«Iosu, me estoy muriendo»—. También me preguntas si el doctor J. V. sabe que te estás muriendo».

Este mismo día aparece en el informe del capellán: «Tiene días muy angustiados. Ayer avisaron porque quería ver al sacerdote. Le administramos la Unción de enfermos y la eucaristía. Se quedó muy tranquila y rezó con mucho fervor».

A los pocos días en el equipo valoramos que con el tratamiento no se está consiguiendo el efecto deseado.

El 5 de mayo leemos en el informe de psicología: «Me acerco a ella y me susurra —"Cuando todo acabe, estaremos juntos"—. Sin querer me puse a pensar en que efectivamente cuando todo pase, estaremos juntos para siempre».

De nuevo se vuelve a cambiar el tratamiento. La enfermera escribe: «Pasa la noche tranquila durmiendo, a las 6,45 le cambiamos el pañal y se despierta un poco, aumentamos el ritmo del gotero 5' y volvemos a dejar 10/mint. que es el ritmo con el que se mantiene dormida. Frecuencia cardíaca mantenida toda la noche 80, 76, 76 pulsaciones/mint.».

El 11 de mayo en el informe psicológico podemos leer: «Hoy está más intranquila, inquieta. Está adormilada, pero no profundamente. Dice algo, pero resulta incomprensible. Su madre refiere que ayer a la noche cuando se iba, le notó que le salieron unas lágrimas».

En el parte de enfermería se puede leer: «Inquieta, comienza con pausas de apnea. Muy mal. Aspiradas secreciones de la boca».

El 12 de mayo tu madre y hermana hablaban por primera vez dónde enterrarte, parece que han elegido el pueblo donde también está tu padre.

El día 13 al anochecer dejaste de respirar para siempre.

Al día siguiente de tu muerte hay un informe de psicología, del que extraigo algunas palabras:

> 14-5-92. Hoy J. M. C., cuando he llegado, al dejar el coche, tuve una sensación extraña. Al ver tu puerta cerrada me imaginé que habías fallecido. Miré las fichas y el casillero de tu habitación, la 102, estaba vacío. Luego la enfermera C. me dijo que habías muerto ayer a las 10,30 de la noche...
>
> Se que difícilmente te voy a olvidar...
>
> Ahora se me agolpan un montón de situaciones que he vivido contigo. Las fotografías de tu viaje, tus deseos, tu miedo o mejor dicho tus miedos. El día que te saqué en silla de ruedas y viniste a mi despacho. El mismo en el que estoy escribiendo estas líneas.

Y también recuerdo cómo en un pequeño despertar, me dijiste: —«Cuando esto acabe, Iosu, estaremos juntos»—. ¡Qué razón tenías, J. M. C.! Ahora, y ya para siempre, sin saber de que manera, estaremos juntos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALEMANY, C. (1982): *Evaluación del entrenamiento en destrezas interpersonales del modelo de Carkhugg.* Tesis Doctoral. Universidad Complutense, Madrid.
2. BARRETO, P. y BAYÉS, R. (1991): *Perfil psicológico del personal que asiste a estos pacientes.* Entrevista en Rev. Juan Ciudad, febrero.
3. BAYÉS, R. y BARRETO, P. (1992): *Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad.* Rev. Clínica y Salud. Año 3, volumen 3, n.º 1. Colegio Oficial de Psicólogos. Delegación de Madrid, 11-19.
4. BAYÉS, R. (1992): *Psicología Oncológica* (2.ª edición). Martínez Roca, Barcelona.
5. BERMEJO, J. C. (1992): *¿Está prohibido tener miedo?* Rev. Humanizar, n.º 1, marzo, Madrid, 27-29.
6. BERMEJO, J. C. (1992): *La empatía.* Rev. Humanizar, n.º 2, mayo, Madrid, 30.
7. CASTANEDO, C. (1988): *Programación Neurolingüística: Enfoque de Psicoterapia centrado en la transformación del significado.* Rev. Psiquiatría y Psicología Humanística, n.º 23/24. Barcelona, 83-95.
8. DIE TRILL, M. (1987): *Dimensiones psicosociales del cáncer en adultos.* Rev. Jano, julio-sept., Vol. XXXIII, n.º 784, Barcelona, 43-48.
9. GIL, A. C., HERRANZ, P., CALVO, F. A., FERNÁNDEZ HIDALGO, O., SANTOS, M., SIERRASEÚMAGA, L., ANTÓN APARICIO, L. M. y BRUGAROLAS, A. (1988): *Síndrome terminal de enfermedad: Criterios y actitudes.* Rev. Medicina y Persona, vol. XXXII, n.º 2, Pamplona, 111-118.
10. JOMAIN, CH. (1987): *Morir en la ternura. Vivir el último instante.* Ediciones Paulinas.
11. KÜBLER-ROSS, E. (1989): *Sobre la muerte y los moribundos.* Grijalbo, Barcelona, 41-68.
12. KÜBLER-ROSS, E. (1991): *Vivir hasta despedirnos.* Ed. Luciérnaga, Barcelona.
13. MARROQUÍN, M. (1982): *La relación de ayuda en R. Carkhagg.* Mensajero, Bilbao.
14. MARROQUÍN, M. (1989): *La escucha activa como instrumento terapéutico en la relación de ayuda psicológica.* Rev. Psiquiatría y Psicología Humanista, n.º 27/28, Barcelona, 74-82.
15. MARTÍNEZ, E., COMAS, M. D., BARRETO, P. BAYÉS, R., ROCA, J., PASCUAL, A. y GARCÍA CONDE, J. (1991): *Evaluación de la percepción de síntomas y preocupaciones en enfermos en situación terminal.* Tercer Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona.
16. ORTIZ ZABALA, M. (1987): *Psicología y Cáncer.* Rev. Jano, vol. XXXIII, n.º 783, Barcelona, 57-62.
17. PÉREZ, M. E. (1992): *La vida en su recta final.* Rev. Humanizar, Madrid, 32-33.
18. ROGERS, C. y KINGET, M. (1967): *Psicoterapia y relaciones humanas.* Alfaguara, Madrid.
19. ROGERS, C. (1975): *Psicoterapia centrada en el cliente.* Paidós, Buenos Aires.
20. ROGERS, C. (1980): *Empathic: An un apreciated way of being.* Away of being. Haoughton Co. Boston, 137-161.
21. ROGERS, C. y ROSEMBERG, R. L. (1981). *La persona como centro.* Herdos, Barcelona.
22. SEBASTIÁN, J. (1986): *Últimas manifestaciones de Carl Rogers.* Rev. Psiquiatría y Psicología Humanista, n.º 17, Barcelona, 20-21.
23. SEBASTIÁN, V. (1989): *Experimentación sobre empatía y resultados.* Rev. Psiquiatría y Psicología Humanista, n.º 27/28, Barcelona, 98-105.
24. VILLEGAS, M. (1989): *La empatía como condición necesaria.* Rev. Psiquiatría y Psicología Humanista, n.º 27/28, Barcelona, 65-73.

5. ROL DE LA PASTORAL EN LA HUMANIZACIÓN DEL MUNDO DE LA SALUD

Arnaldo Pangrazzi

Con relativa frecuencia se ha podido confundir lo que es pastoral de la salud con la humanización, y viceversa. Campos cercanos, íntimamente unidos en la identidad de la persona del enfermo, muchas veces se han superpuesto, interpuesto y, a veces, también contrapuesto.

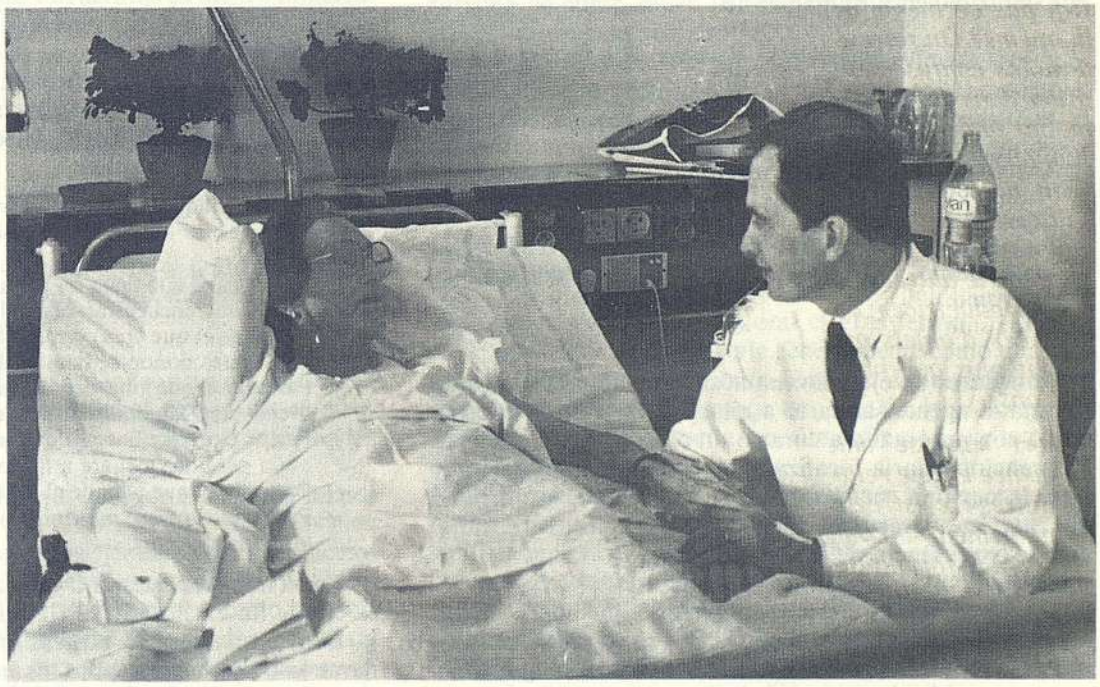
Y, siendo distintos, ambos están llamados a interrelacionarse en beneficio del destinatario fundamental, el enfermo y su familia, los profesionales de la salud.

Arnaldo Pangrazzi, conocido experto en el ámbito de la Relación Pastoral de Ayuda, ensaya en el presente artículo una aproximación de esta necesaria interrelación.

Hoy se habla mucho de deshumanización como de un mal inevitable, debido a las grandes y despersonalizantes instituciones, a los rápidos desarrollos tecnológicos, a la carencia de tiempo, a las relaciones funcionales más que personales creadas entre las personas.

El término *deshumanización* asume un significado particular en el mundo de la salud amenazado por múltiples intereses de parte e invadido por un clima de indiferencia que lleva a vaciar y privar de la dimensión humana las relaciones entre las personas que trabajan en tal contexto. El verdadero protagonista de este mundo, la persona enferma, corre el peligro de ser el marginado, el olvidado.

En relación a las personas y a las instituciones, se habla de deshumanización refiriéndose a turnos de trabajo masacrantes, abusos de autoridad, injusticias estructurales,



«La pastoral es responsabilidad de todos los que se encargan de llevar a término un programa coordinado de evangelización y de presencia cristiana en el mundo de la salud.

> El verdadero protagonista de este mundo, la persona enferma, corre el peligro de ser marginado, el olvidado

> La humanización representa el esfuerzo de poner al hombre en el centro de la atención, en particular el débil y enfermo

relaciones deplorables entre personas sanas y enfermas...

Por el contrario, la humanización representa el esfuerzo de poner al hombre en el centro de la atención, en particular el débil y enfermo. En este esfuerzo se encuentra la pastoral, que pretende ayudar al hombre a realizar su potencial, afirmar sus derechos y acompañarle en su camino de creación hacia un encuentro cada vez más profundo con el Creador.

Humanización y pastoral se relacionan mutuamente. La pastoral no presenta itinerarios exclusivamente de carácter religioso, sino que valora al individuo en su historia y evolución; la humanización no ignora las grandes cuestiones de la vida y de la muerte, sino que considera al hombre en la globalidad de sus necesidades y expresiones.

BREVE PANORÁMICA SOBRE EL MUNDO DE LA SALUD

Una mirada rápida al mundo de la salud nos permite ver algunos aspectos deshumanizantes y humanizantes que lo caracterizan.

Sin querer ser exhaustivos o analizar detalladamente los distintos términos, señalamos diez palabras-clave (todas terminadas con *ismo*, que expresa una connotación negativa), que representan los aspectos críticos del mundo de la salud y, en la segunda columna los aspectos positivos que contribuyen a humanizarlo.

Aspectos deshumanizantes	*Aspectos humanizantes*
Egoísmo	Solidaridad
Individualismo	Trabajo en equipo
Sectorialismo	Integridad
Tecnicismo	Humanidad
Arribismo	Motivación genuina al servicio
Clientelismo	Honestidad
Pasotismo	Responsabilidad
Materialismo	Visión humano-espiritual
Activismo	Valoración del sujeto
Pesimismo	Confianza

Pongamos un ejemplo: un acercamiento sectorializado llevaría al agente sanitario a relacionarse con el enfermo como con un órgano a curar o un caso clínico a resolver. La atención estaría focalizada en el cuerpo, perdiendo de vista la persona: su identidad, su educación, la unicidad de reacciones y recursos psicológicos, religiosos y sociales ante la experiencia de la enfermedad.

La actividad pastoral no está libre de tal riesgo.

Hay un modo de ejercer el ministerio que puede deshumanizar: el clericalismo, el paternalismo, el sacramentalismo, el formalismo, la excesiva necesidad de protagonismo.

Hay otro modo, que contribuye a la curación y a dar un carácter más humano y cristiano a los lugares de sufrimiento: es el estilo de presencia que se inspira en el ejemplo de Jesús y que se traduce en actitudes de comprensión, tolerancia, misericordia y solicitud hacia quien sufre.

JESÚS EL *BUEN PASTOR*

Jesús se propone como el *Buen Pastor* (Jn 10, 11-16), retomando una imagen de Ezequiel (Ez 34, 1-25) que presenta los aspectos humanizantes y deshumanizantes del pastor.

En la primera parte del texto citado, el profeta amonesta a los «malos pastores»: «¡Ay de los pastores de Israel que se apacientan a sí mismos! ¿No deben los pastores apacentar el rebaño...? No habéis fortalecido a las ovejas débiles, no habéis cuidado a la enferma ni curado a la que estaba herida, no habéis tornado a la descarriada ni buscado a la perdida; sino que las habéis dominado con violencia y dureza. Y ellas se han dispersado, por falta de pastor, y se han convertido en presa de todas las fieras del campo; andan dispersas» (Ez 34, 2-5).

La segunda parte del texto, sin embargo, señala las características del *Buen Pastor:* «Porque así dice el Señor Yahveh: Aquí estoy yo; yo mismo cuidaré de mi rebaño y velaré por él. Como un pastor vela por su rebaño cuando se encuentra en medio de sus ovejas dispersas, así velaré yo por mis ovejas. Las recobré de todos los lugares donde se habían dispersado en día de nubes y brumas... Yo mismo apacentaré mis ovejas y yo las llevaré a reposar, oráculo del Señor Yahveh. Buscaré la oveja perdida, tornaré a la descarriada, curaré a la herida, confortaré a la enferma; pero a la que está gorda y robusta la exterminaré: las pastorearé con justicia» (Ez 34, 11-16). El perfil pastoral que se delinea es el siguiente:

> Para entrar en el corazón de las personas heridas es necesario humanidad

> El agente, que ha integrado su humanidad, consciente de su pobreza y de su riqueza, está en el grado de darla serenamente al enfermo

- Pastor es aquel que toma la iniciativa de hacerse cercano a los otros: «Yo mismo cuidaré de mi rebaño y velaré por él...».
- Pastor es el que tiene un contacto personal con cada uno de los que encuentra: «así velaré yo por mis ovejas...».
- Pastor es el que crea comunidad: «Las recobraré de todos los lugares donde se habían dispersado...».
- Pastor es el que guía y conforta: «Yo mismo apacentaré mis ovejas y yo las llevaré a descansar...».
- Pastor es el que busca a quien se ha perdido: «Buscaré la oveja perdida, tornaré a la descarriada...».
- Pastor es el que atiende al herido: «Curaré a la herida...».
- Pastor es el que se pone al servicio del enfermo: «Confortaré a la enferma...».

En su ministerio terreno y en la tradición de la fe, Jesús es el que ha encarnado la figura del Buen Pastor.

El arte cristiano lo expresa en su gesto premuroso de llevar la oveja herida sobre los hombros o de buscar a la perdida.

En los evangelios se ve continuamente la predilección de Jesús por los pobres y los enfermos.

La mayor parte de sus intervenciones milagrosas están dirigidas a ellos: a los sordos, a los cojos, a los ciegos, a los paralíticos, a los leprosos, a los epilépticos, a los endemoniados. Personas que, de un modo o de otro, se sentían perdidas y olvidadas, encuentran en Jesús acogida, atención, esperanza y curación. «Pasó haciendo el bien» (Hch 10, 38), dejando el ejemplo de cómo se debe amar.

LA PRESENCIA DE LA IGLESIA EN EL MUNDO DE LA SALUD

La promoción y tutela de valores tales como: el respeto, la humanidad, la solidaridad, la tolerancia, no pertenece sólo a la tradición cristiana, sino que forma parte de una tarea común con otras tradiciones no-cristianas y con muchos hombres de buena voluntad. Lo que es específico del cristianismo es su fundamento y constante punto de referencia: Cristo. La firme tarea de la Iglesia es integrar y vivir los contenidos de la fe, traduciéndolos en una variedad de presencias que reflejen los misterios cristianos:

Presencia encarnada

Por la Encarnación, Cristo ha entrado en la condición y en la historia humana, compartiendo las necesidades, los límites y la esperanza de los hombres. Con su ejemplo, los agentes de pastoral se esfuerzan por encarnarse en la realidad de los enfermos, por acogerles y servirles con amor misericordioso. Para entrar en el corazón de las personas heridas es necesario humanidad. Humanidad significa sensibilidad, aceptación, calor humano, capacidad de escucha y de diálogo. No se puede humanizar sin humanizarse. El agente que ha integrado su humanidad, consciente de su pobreza y de su riqueza, está en grado de darla serenamente al enfermo.

La especialización sin amor es fría y deshumanizante, así como la eficiencia de las estructuras es vacía e impersonal si no tiene aliento humano.

Es el modo de ser de los agentes sanitarios el que da un corazón a las instituciones.

La pastoral colabora a la humanización en la medida en que se prepara para dar al hombre su centralidad y dignidad.

Presencia pascual

En el centro de la fe cristiana está el gran misterio de la muerte y de la resurrección de Cristo, que ilumina el drama del sufrimiento humano.

El hospital es una ciudad habitada por el dolor. En las salas de todos los hospitales se ven los rostros del sufrimiento, se oyen las preguntas que buscan un porqué, se escuchan los lamentos y las protestas, así como se perciben las esperas y las oraciones.

El agente de pastoral no está llamado a defender a Dios o a extinguir el malestar con fáciles clichés, sino más bien a afrontar con los que sufren su viernes santo las laceraciones y la incertidumbre. Éste lleva el mensaje de que Cristo no ha venido a quitar el dolor, sino a asumirlo; no ha venido para defender a los hombres del sufrimiento, sino para enseñarles a vivirlo en una perspectiva de fe. En la oscuridad se hace instrumento de luz ayudando al paciente a vivir la enfermedad y la muerte no sólo algo que se padece, sino como una realidad en la que se participa y de la que se puede salir como personas más maduras, haciendo uso de los propios recursos interiores.

Presencia pentecostal

Pentecostés marca el inicio visible de la Iglesia y supone un momento de crisis y de paso para la primera comunidad eclesial.

Cristo ya no está físicamente presente en medio de los apóstoles: ahora es tarea y responsabilidad de ellos llevar adelante la obra por él iniciada.

Para afrontar esta nueva realidad los apóstoles se reúnen junto con María en la oración y reciben el don del Espíritu Santo (Hch, 2, 1-4). El sentido de descarriamiento inicial, probablemente advertido por los apóstoles, forma también parte de la experiencia del enfermo que tiene que afrontar, con frecuencia inesperada, una existencia bruscamente cambiada.

También él, como los apóstoles, advierte la necesidad de una comunidad que le esté cerca.

> «El primer agente de pastoral es el enfermo»

> «La acción pastoral es ejercida por todos los que son animados por un espíritu y por valores cristianos en el ejercicio de su trabajo»

La Iglesia, con Pentecostés, recibe el mandato de la misericordia y se hace presente a personas de distintas culturas, intentando adaptarse a su lenguaje y exigencias.

La variedad de carismas dados generosamente por el Espíritu está destinada al bien común: hay quien tiene el carisma de curar, quien lo tiene de educar, de acoger, de servir, de ser una voz profética.

Además de la efusión de los dones individuales, la Iglesia intenta estar presente en el mundo de la salud mediante: el testimonio de instituciones y comunidades religiosas, el rol de organismos eclesiásticos, la animación de grupos y asociaciones, el uso de los medios de comunicación social.

IDENTIDAD Y CONTENIDOS DE LA ACCIÓN PASTORAL

El primer agente de pastoral es el enfermo.

El que le atiende suele verle generalmente como una persona dependiente y necesitada de ayuda. En realidad el enfermo no sólo recibe, sino que también da, no sólo aprende sino que también enseña, no sólo sufre sino que también reflexiona.

El encuentro con la persona enferma es el encuentro con nuestra fragilidad y mortalidad. El enfermo es maestro de vida: su presencia humaniza, contribuye a relativizar nuestras preocupaciones, nos pone en contacto con nuestra pobreza, invita a la reflexión sobre el misterio de la vida y de la muerte.

En sentido más estricto, la acción pastoral es ejercida por todos los que son animados por un espíritu y por valores cristianos en el ejercicio de su trabajo. El simple gesto de ofrecer un vaso de agua es humanizante si es realiza-

do con gentileza y cariño; es deshumanizante si se hace con frialdad y distancia.

Es el modo con el que nos relacionamos lo que transmite compasión y bondad o indiferencia e insensibilidad. La actitud pastoral se caracteriza por un mosaico de pequeñas cosas que van de la observación a la escucha, del diálogo al acompañamiento, del silencio respetuoso al contacto humano, de la sonrisa a la oración.

De modo más específico, la pastoral es responsabilidad de todos los que se encargan de llevar a término un programa coordinado de evangelización y de presencia cristiana en el mundo de la salud.

> «La pastoral tiene una atención especial hacia la familia considerando sus profundos lazos con la persona hospitalizada»

> «La humanidad de un hospital se mide sobre todo por las relaciones entre el personal sanitario y los enfermos»

Capellanes, monjas, profesionales laicos, voluntarios, se esfuerzan en colaborar para servir mejor a la comunidad hospitalaria mediante la inserción en organismos de programación y de acción. Entre estos: el equipo pastoral, el consejo pastoral hospitalario, los comités éticos, constituyen formas para contribuir a la realización de un plano pastoral elaborado juntos, a la luz de las principales necesidades percibidas y de los recursos disponibles para satisfacerlas. De entre los distintos objetivos del Plan Pastoral pueden enumerarse:

- Iniciativas a nivel litúrgico y espiritual.
- Momentos formativos para el equipo sanitario y de colaboración interdisciplinar.
- Promoción de iniciativas sociales.
- Animación del voluntariado.
- Colaboración con las parroquias.
- Publicación de boletines o folios informativos y formativos.

LOS DESTINATARIOS DE LA PASTORAL

La pastoral tiene una variedad de fuentes y de expresiones así como una diversidad de personas a las que se dirije:

Los enfermos

Dos son las componentes a privilegiar en el encuentro con ellos:

- ***Pastoral personalizada.*** No se pueden hacer generalizaciones en la relación con las personas que se encuentra. Cada hombre tiene su historia, su modo de relacionarse con los otros y con las crisis de la vida.

  El agente de pastoral es sensible a la unicidad de cada persona y está atento a percibir sus preocupaciones, sus valores y sus recursos.
- ***Pastoral diferenciada.*** Cada paciente tiene una crisis distinta que afrontar: la pastoral con el minusválido tiene elementos distintos de la pastoral con el enfermo terminal; la relación con el enfermo mental se diferencia de la relación con el anciano; el toxicodependiente tiene una problemática distinta de la que tiene el hemodializado; el que tiene el SIDA no tiene las mismas preocupaciones que los ciegos.

En consecuencia, un conocimiento de las personas y de los dinamismos inherentes a las distintas experiencias de enfermedad favorece un encuentro pastoral más profundo.

Los familiares

El que tiene que enfrentarse en primera persona a la experiencia de la enfermedad la vive, con frecuencia mucho mejor que el que está cerca.

La presencia molesta de los familiares crea, a veces, un clima de ansia y tensión en torno al enfermo que es nocivo a la acción terapéutica.

La pastoral tiene una atención especial hacia la familia considerando sus profundos lazos con la persona hospitalizada. El agente, mediante sus conversaciones, intenta comprender los dinamismos, los roles asumidos por los distintos miembros, el estilo de comunicación, el modo de tratar los conflictos y las crisis. La escucha y la observación le permiten obtener las informaciones que le orientan en sus intervenciones de apoyo, acompañamiento, confrontación y compromiso.

El personal

La humanidad de un hospital se mide sobre todo por las relaciones entre el personal sanitario y los enfermos.

> «El mundo complejo de la salud requiere, hoy, agentes de pastoral más preparados y competentes, que no se limiten a acciones religiosas: hay necesidad de personas preparadas y creativas»

> «El agente debe poseer un corazón educado, saber colaborar con otros, ser capaz de vivir consigo mismo, como condición para relacionarse con el prójimo»

Desde el portero al enfermero, al asistente social, al farmacéutico, al médico, todos son responsables del clima de humanidad de un hospital. Cualquier contributo que mire a una mejor formación humana es, por tanto, un servicio que se ofrece al enfermo y a los familiares.

Cuatro son las pistas hacia las que orientar la acción pastoral en relación a éstos:

1. ***Contributo afirmativo.*** En el mundo de la salud, como sucede también en otros ambientes, existe la tendencia a quejarse de los servicios que no funcionan, de las personas que no cumplen con sus funciones, de la carencia de responsabilidad. En una palabra: es más fácil criticar que afirmar. Sin querer olvidar las vistosas lagunas y deficiencias existentes, es importante reconocer y apoyar a los que, entre muchas dificultades, trabajan con generosidad y dedicación. El que hace el bien tiene necesidad de una palabra de ánimo y de soporte.
2. ***Contributo crítico.*** Hay muchas circunstancias en las que el agente de pastoral debe tener el coraje de denunciar la injusticia, defender al oprimido y levantar la voz para no caer en el peligro de contribuir, con el propio silencio y pasividad a un mantenimiento de condiciones deplorables. Los esfuerzos realizados no deben ser fraccionados o aislados: el que se siente solo, antes o después, se desanima y renuncia a la lucha. «La unión hace la fuerza»: hay que elaborar estrategias de acción común (ej.: el Consejo

Pastoral) para ejercer mayor peso sobre los que pueden influir positivamente en situaciones de injusticia y deshumanización.

3. ***Contributo de fe.*** La pastoral tiende a edificar la comunidad, a suscitar testigos de caridad, a ser signo de la trascendencia en medio de situaciones humanas cambiantes. El agente de pastoral es un instrumento en las manos de Dios: en su relación con el enfermo, le ayuda a ver la enfermedad no sólo como un obstáculo sino como una experiencia que le interpela la maduración de su fe y la visión de la vida de forma más realística y profunda.
4. ***Contributo educativo.*** Tiene también responsabilidad en la promoción de encuentros en el campo de la formación humana, ética y espiritual del personal, en vistas a un mejor servicio al hombre que sufre. No basta la buena voluntad para hacer el bien, se requiere la reflexión sobre el propio trabajo, la disponibilidad al *aggiornamento,* la lectura, la participación en encuentros y convenios para conocer cada vez mejor lo humano, las temáticas éticas debatidas, las metodologías de acción y enriquecer el propio bagaje humano, cristiano y profesional.

PERFIL DE UNA PASTORAL HUMANIZADA Y HUMANIZANTE

El término *hospital* deriva del latín: significa lugar destinado a hospedar, a ofrecer acogida. Ofrecer acogida a la humanidad del enfermo en las varias fases de la asistencia: diagnóstica, terapéutica y rehabilitativa. La pastoral debería asumir un rol prioritario y propulsor, no marginal, en el hacer de los ambientes de salud lugares más humanos para los hospedados y para los que trabajan en él.

Goza, en este sentido, de mayor espacio y libertad para una acción más incisiva, incluso porque no está ligada, como otras disciplinas, a intereses económicos, políticos y sindicales.

Tiene un rol privilegiado de intermediario entre Dios y los hombres, entre las personas sanas y las enfermas, entre la comunidad hospitalaria y la local, entre los valores humanos y los espirituales.

Requiere personas que posean corazones de carne, estén en grado de integrar la mente con el corazón, sepan dar y recibir, conozcan cuando es el momento de estar presente y cuando conviene retirarse para dejar espacio a Dios.

En el pasado, los que se dedicaban a la pastoral hospitalaria eran con frecuencia sacerdotes ancianos que se limitaban a una acción sacramental aislada. El mundo complejo de la salud requiere, hoy, agentes de pastoral más preparados y competentes, que no se limiten a acciones religiosas: hay necesidad sobre todo de personas preparadas y creativas. Sin una preparación específica, es difícil realizar una pastoral eficaz.

El agente debe poseer un corazón educado, saber colaborar con otros, ser capaz de vivir consigo mismo, como condición para relacionarse con el prójimo.

La creatividad contribuye a dar un aspecto más vasto a la pastoral y a concebirla de modo más dinámico e innovativo.

A este fin, la creación de equipos pastorales mixtos, formados por religiosos y laicos, motivados y preparados, puede contribuir a revitalizar y coordinar el esfuerzo de humanización del mundo de la salud, según líneas programáticas establecidas en el Plano Pastoral.

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS



DERECHOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN TERMINAL

Pedidos a LABOR HOSPITALARIA.
P.V.P.: 100 ptas. (+ gastos de envío)



LOS POBRES NOS EVANGELIZAN

Publicado por NUEVA UTOPÍA,
recoge las ponencias del I Encuentro Popular celebrado en Madrid el pasado año organizado por los Hermanos de San Juan de Dios.
De venta en librerías religiosas.

6. SENSIBILIZACIÓN EN LAS ESCUELAS: ENCUESTA *VIVIR EL MORIR*

Delegaciones de Pastoral de la Salud y de Enseñanza del Arzobispado de Barcelona

Promovida y dirigida por las delegaciones de Pastoral y de Enseñanza del Arzobispado de Barcelona, se ha llevado a cabo una encuesta sobre criterios y posturas personales de los jóvenes ante el hecho de la muerte.

El ámbito de la encuesta se circunscribe a adolescentes entre 12 y 16 años de 20 escuelas públicas de Barcelona y alrededores que cursaban la asignatura de Religión.

No es un trabajo de rigor científico sino más bien ha servido de instrumento para disponer de unos indicadores que ayuden a mejorar el enfoque de formación cristiana sobre el hecho de la muerte. El hermano Francisco Sola nos ofrece, desde su presentación, la única salida válida al misterio de la muerte desde la fe cristiana.

PRESENTACIÓN

Escribía Cristina de Hoz, en el diario *YA,* poco antes de morir el actor Rock Hudson: «y ahora está enfermo, muy enfermo. El tema de la muerte, a pesar de todo, pocas veces ha pasado por su cabeza (no pienso en la muerte. Es una pérdida de tiempo, algo inútilmente doloroso. No me gusta torturarme y además no tengo miedo. Es algo que nos va a pasar a todos inevitablemente. Una vez muerto ya no importa nada)».

Nada tiene de extraña esta actitud en nuestra sociedad consumista. Comentaba al respecto, en el *ABC,* el filósofo y miembro de la Real Academia Española Julián Marías: «Pero el dominio particular de la filosofía son las preguntas radicales; si se abandonan, deja de haber, simplemente filosofía, y por eso la mayor parte de lo que hoy circula con ese nombre, especialmente en las instituciones oficiales, es mera simulación, a veces deliberada suplantación de lo que es filosofía... Me había parecido ejemplar que un grupo de cultivadores de la filosofía reunidos en Italia para reflexionar sobre la cuestión propuesta ¿Somos inmortales?, de diversas tendencias, edades y condiciones, se enfrentaran con una cuestión que, si no la única, como exageradamente decía Unamuno, es sin duda la más importante: (si no sé a qué atenerme respecto a qué será de mí, si tras la muerte no quedará nada, ni de mí, ni sobre todo, de los demás, todas las demás certidumbres son secundarias y a última hora vanas)».

Nos encontramos ante un fenómeno detectable en la sociedad contemporánea: la negación de la muerte, su ocultamiento, debido probablemente al hecho de que, en una época en la que el triunfo de la ciencia y los logros técnicos aproximan al hombre a un hipotético dominio de la naturaleza, la muerte continúa alzándose como el obstáculo supremo, la gran negadora de todos los esfuerzos en pro de un mundo sin fisuras.

La muerte continúa siendo un tema tabú ante el que el hombre experimenta un sentimiento inevitable y difícil de calificar: mezcla de pudor, miedo, ansiedad, curiosidad, desolación y acaso también serenidad y esperanza.

Está bastante extendida la actitud de evitar hablar de la muerte y de los muertos en presencia de niños, sobre todo si éstos son pequeños.

Nadie prepara a los niños para la muerte mucho antes de experimentarla, tanto si se trata de su propia muerte, como la de otra persona. A lo más, en un ambiente materialista y secularista que niega la trascendencia, la muerte, se les enseña, no puede ser otra cosa que el último accidente de la Biología: morir es el mero fenómeno natural de la desintegración de los elementos de un ser vivo. No hay, por tanto razón alguna para pensar y temer a la muerte. La dignidad humana queda reducida a puro fenómeno bioquímico. Se abandona al niño a sus fantasías y se le invita a unirse al coro de los mayores, empezando por sus padres, que ignoran colectivamente la muerte y aspiran a un morir anónimo.

En los últimos años, diversos investigadores se han esforzado por entender y apreciar cómo el niño piensa y reacciona ante la muerte. Hay tres preguntas que los niños se plantean en relación con la muerte:

— *¿Qué es la muerte?*
— *¿Por qué muere la gente?*
— *¿Qué le sucede a la gente cuando muere, a dónde va?*

En el niño la noción de la muerte sigue un desarrollo progresivo que está íntimamente ligado a su evolución intelectual y muy influenciada por el ambiente socio cultural.

Los interrogantes que nos plantea la presente encuesta realizada a adolescentes de 6.º de EGB a 3.º de BUP, en las escuelas públicas del Arzobispado de Barcelona —con asignatura de religión—, exige de la sociedad, de los cristianos y de la familia un cambio de actitudes. Mientras veamos ciertos problemas y salgamos en dirección contraria, cuando demos por supuesto que no tienen solución y si vamos más allá diciendo que no tiene sentido, que no significa nada; poco o nada podremos hacer en la educación correcta de los niños.

Los que aprenden a conocer la muerte, más que a temerla y luchar contra ella, se convierten en maestros sobre la *vida:*

La doctora Elisabeth Kübler-Ross, doctora Honoris Causa por veinte universidades de varios países, reconocida mundialmente como una autoridad en materia de tanatología, asegura: (Que estar sentado junto a la cabecera de la cama de los moribundos es un regalo, y que el morir no es necesariamente un asunto triste y terrible. Por el contrario, se pueden vivir cosas maravillosas y encontrar muchísima ternura. Si transmitís a vuestros hijos y a vuestros nietos, así como a los vecinos, lo que habéis aprendido de los moribundos, este mundo será pronto un nuevo paraíso. Yo pienso que ya es hora de poner manos a la obra.)

Finalmente, es preciso señalar que ante la pérdida de un ser querido, frente a los que consideran suficiente apartar al niño del entorno de la muerte, el niño experimenta emociones muy profundas de protesta, negación de la realidad y de consternación por la pena y desesperanza; siendo necesario reorganizar su vida sin la persona fallecida para que recobre de nuevo la esperanza.

Desde la Fe cristiana podemos y debemos aportar la única salida al misterio de la muerte: la vida es un don que ha de ser vivido con la mayor plenitud posible y la salud entra como un componente de esta plenitud vital» y al hombre que, en todas sus etapas de desarrollo, está sediento de vida, Jesús le enseña que hasta la misma muerte puede trocarse en fuente de vida, con tal de ajustarse a las exigencias del Evangelio, donde la muerte es presentada como triunfo liberador.

Francisco Sola, O.H.

INTRODUCCIÓN

Con el fin de estimular la reflexión sobre el tema *Vivir el morir,* lema del Día del Enfermo del año 1993, promovida conjuntamente por la *Delegació d'Ensenyament i Pastoral de la Salut* del arzobispado de Barcelona, fue elaborada la encuesta que presentamos.

Dicha encuesta ha permitido valorar, entre otros, el índice de contacto con la muerte real, las reacciones ante ella, las actitudes y el conocimiento religioso que sobre estos temas tienen nuestros adolescentes.

En la elaboración y redacción final de la encuesta participaron los propios adolescentes y las preguntas quedaron concretadas en doce interrogantes.

No se tenía la intención de hacer un trabajo de rigor científico sino más bien tener un instrumento de uso interno con el fin de disponer de unos indicadores que sirvieran de puntos de referencia y que nos ayudaran a un mejor enfoque en la tarea de formación cristiana de estos temas.

El resultado de las pruebas ha sido para nosotros revelador y de ahí la conveniencia de compartirlo con otros educadores a través de esta publicación.

ENCUESTA *VIVIR EL MORIR,* DIRIGIDA A ADOLESCENTES

1. ¿Crees que es conveniente, que es bueno, hablar de la muerte, sin miedo? ¿Por qué?
2. ¿Ha muerto algún familiar tuyo?
3. ¿Crees que los padres, familiares y amigos nos esconden esta realidad por la cual todos pasaremos?
4. ¿Has visto algún muerto? ¿Cuál ha sido tu impresión?
5. ¿Te has *escaqueado* de ir a algún entierro? ¿Te has preguntado por qué? ¿A cuántos entierros has ido?
6. ¿Consideras que los entierros son una cosa de la gente mayor, y que los chicos de tu edad no tienen que participar?
7. ¿Cómo sería la vida si no muriéramos?
8. ¿Por qué crees que morimos?
9. ¿Qué desearías saber sobre la muerte?
10. ¿Qué tipo de muerte presenta la TVE? Haz una lista.
11. ¿Has visto algunas películas de este estilo? Cita algunas. ¿Cual te ha impactado más?
12. Jesús nos habla de la muerte: ¿qué dice?

Delegaciones de Pastoral de la Salud y de Educación

COMENTARIOS SOBRE LA ENCUESTA *VIVIR EL MORIR*

Descripción de la muestra

La presente encuesta fue contestada por 635 adolescentes de 20 escuelas públicas de Barcelona y alrededores que cursaban la asignatura de Religión en niveles escolares comprendidos entre 6.º de EGB y 3.º de BUP.

La encuesta fue cumplimentada dentro del marco de una sesión de sensibilización donde se presentaba un vídeo y se realizaba un debate sobre estos temas.

Una vez recogidas las encuestas, dado que se trataba de preguntas abiertas, se establecieron unos criterios comunes para agrupar las respuestas del mejor modo posible y realizar su valoración.

Análisis de los resultados

Predisposición para hablar sobre el tema de la muerte. A la pregunta «*¿Crees que conviene, que es bueno hablar de la muerte sin miedo?*» la mayoría de los encuestados, un 84 %, cree que es bueno hablar sobre este tema, frente a un 13 % que no, y un 4 % que no contesta.

De los encuestados el 23 % cree que los adultos les esconden *algo* de esta realidad: «para no darnos miedo», «para no ponernos tristes». «porque son cosas tristes», «porque es difícil razonar...» (véase gráfico 1).

Gráfico 1

¿Crees que conviene, que es bueno hablar de la muerte sin miedo?

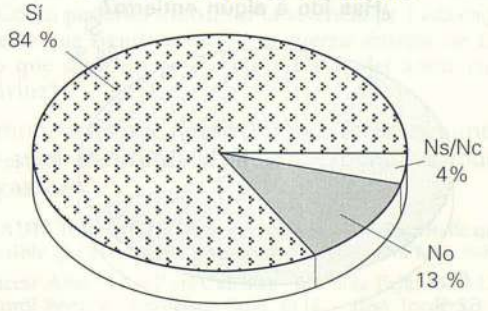
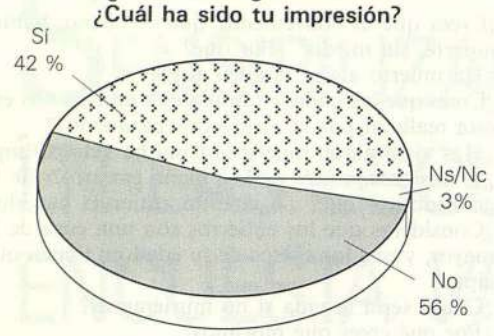


Gráfico 2

¿Has visto algún muerto? ¿Cuál ha sido tu impresión?



Grado de contacto con la muerte real. A la pregunta *«¿Has visto algún muerto. Cual ha sido tu impresión?»* algo menos de la mitad de ellos, un 42 % han visto algún muerto, frente a un 56 % que no ha visto a ninguno y un 3 % que no contesta.

De los comentarios que acompañan las respuestas se infiere que muchas veces se trata de haber presenciado algún accidentado fallecido, pero no necesariamente de que hayan vivido la experiencia de la muerte de un ser querido.

Nos preguntamos si esto es reflejo de nuestra cultura en la que actualmente los adolescentes tienen poco contacto con la muerte real o bien se trata de un grupo singular de adolescentes. De hecho, sabemos que hoy día para todos ha cambiado el carácter de la muerte a diferencia de épocas anteriores. Las reacciones más frecuentes que nos aportan frente a un fallecimiento son de tipo emocional: «escalofrío..., tristeza..., asco..., me quedé petrificada..., sentí carne de gallina..., etc.» (véase gráfico 2).

Participación en ritos socio-religiosos del duelo. A las preguntas *«¿Ha muerto algún familiar tuyo?»* y *«¿Has ido a algún entierro?»*, el 82 % afirma que se les ha muerto

Gráfico 3

¿Ha muerto algún familiar tuyo?

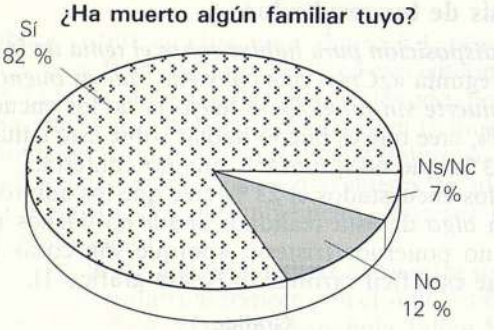


Gráfico 4

¿Has ido a algún entierro?



ningún familiar y sólo el 34 % dice que ha ido a algún entierro, frente a un 62 % que nunca ha ido a ninguno.

Ante esta poca participación en los ritos socio-religiosos del duelo, un 12 % explicitaron que no habían ido por causa de sus padres: «no me han dejado..., no me dejan todavía..., mis padres no lo ven necesario..., etc. (véase gráfico 3 y 4).

Ideas sobre el por qué de la muerte y de una vida sin muerte. A la pregunta *«¿Por qué crees que morimos?»*, el 36 % encuentra una razón en el *destino* o porque *es ley de vida,* un 19 % la encuentra en un motivo trascendente, de éstos, el 8 % como un mandato de Dios: «Dios lo ha decidido..., Dios lo ha querido así...» y el 11 % por otros motivos trascendentes «para nacer a la otra vida..., para probar un mundo mejor..., para encontrar la vida eterna..., etc.

El 23 % abarca *otras causas* que van desde «porque Adán y Eva pecaron» hasta «es mejor morir que sufrir».

En la imagen que tienen de *una vida sin muerte* el 47 % destaca respuestas como: «sería demasiado larga..., habría demasiado gente..., no cabríamos..., sería absurda..., terrible..., un rollo interminable..., un follón..., no tendría sentido..., nos cansaríamos..., sería un infierno...», etc.

Un 21 % da respuestas de signo diferente: «sería agradable..., divertido..., estupenda..., un juego..., tope guay..., fantástica..., cañera..., guapísima..., etc.» (véase gráfico 5).

Interés por el tema de la muerte y del más allá. A la pregunta: *«¿Qué desearías saber sobre la muerte?»*, más de la mitad de los adolescentes, el 53 % señalan que les gustaría saber qué hay después de la muerte: «qué se siente..., si es verdad que hay cielo..., si es verdad que existe Dios..., si hay espíritus o nos morimos para siempre..., si detrás de la muerte hay vida eterna, el vacío o el paraíso..., si hay reencarnación..., por qué dicen que los que se portan mal van al infierno..., etc.».

Gráfico 5

¿Por qué crees que morimos?

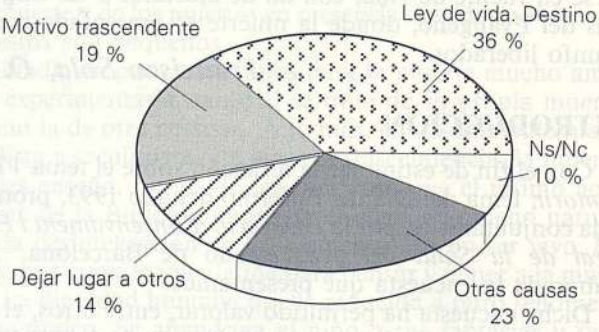
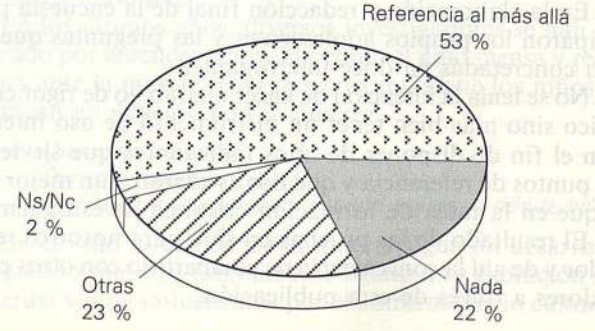


Gráfico 6

¿Qué desearías saber sobre la muerte?



Junto a ello, el 22 % señala que no desearía saber *nada* de la muerte: «nada, sé todo lo que se tiene que saber..., nada, pero prefiero el cielo..., nada, cuando me muera, muerta estaré..., etc.» (véase gráfico 6).

La muerte en la TV y películas sobre el tema. A las preguntas: «*¿Qué tipos de muerte presenta la TV*» y «*¿Has visto algunas películas de este estilo?*», «*¿Cuál te ha impactado más?*» el 75 % de los encuestados señala la *violencia* como el tipo de muerte más frecuente que presenta la TV, asesinatos, atentados..., etc.

Las películas más impactantes son: *Terminator* (8,3 %). *Freddy* (7,8 %), *El silencio de los corderos* (6,5 %), *Pesadilla en Elm Street* (5,7 %), *Alien* (5,5 %), *Ghost* (5,3 %), etc.

Por estas causas vemos que, en general, las imágenes que reciben de la TV o del cine son imágenes de carácter violento, de acción o fantásticas y el tipo de violencia descarnada que presentan estas películas nos obligan a reflexionar seriamente sobre nuestras obligaciones de educadores, sobre todo si con razón o no las comparamos con la violencia e ingenuidad de las películas de épocas anteriores.

Desde un punto de vista más elaborado podemos decir que los modelos de identificación que en cierta manera configuran los afectos están dando paso al pasaje al acto (acting out) (véase gráfico 7).

Gráfico 7

¿Has visto alguna película de este estilo?

Título	%
Terminator	8,3
Freddy	7,8
El silencio de los corderos	6,5
Pesadilla en Elm Street	5,7
Alien	5,5
Ghost	5,3
La matanza de Texas	4,1
Psicosis	4,1
Rambo	3,2
El Exorcista	2,7
Depredador	2,7
Ns/Nc	10

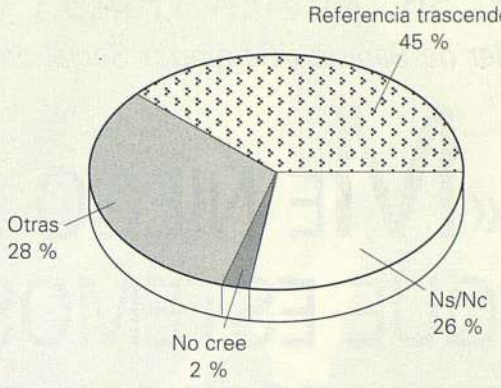
Conocimiento religioso sobre el tema de la muerte. A la pregunta: «*Jesús habla de la muerte. ¿Qué dice?*» el 26 % de los encuestados *no sabe* o *no contesta.* Unos dejan la respuesta en blanco, pero otros explicitan: «¡y yo qué se...!», no se..., no me acuerdo de lo que decía..., no me se la Biblia ni los Evangelios..., etc.

El 45 % hace referencia a un más allá: «Jesús dice que resucitaremos..., que hay vida eterna..., que la muerte es el camino al Padre..., que después de la muerte hay cielo..., etc.

Un 23 % acoge un grupo de respuestas que tienen que ver poco con lo que dijo Jesús. Son respuestas del tipo: «Jesús dice que la muerte es bonita..., que a todos nos tiene que pasar..., que el cuerpo no da para más..., que habrá reencarnación..., que la muerte es mala y oscura..., que no hay muerte porque te puedes reencarnar en otra persona o resucitar como Él resucitó..., etc.». Incluso hay otras respuestas más curiosas: «Jesús nos explica los diferentes tipos de muerte» o «dice que tengamos cuidado con los accidentes».

Gráfico 8

Jesús nos habla de la muerte: ¿Qué dice?



Reconociendo que la pregunta es poco específica y que se presta a un amplio margen de enfoques, causa sorpresa que el 54 % (26 % NS/NC y 28 % de *otros)* de los alumnos de la asignatura optativa de religión tengan ideas tan poco claras sobre este tema, lo cual nos invita una vez más a la reflexión (véase gráfico 8).

CONCLUSIONES

Aunque este trabajo no tiene la pretensión de ser un estudio estadístico de rigor científico, tentativamente nos atrevemos a señalar algunos puntos a modo de conclusiones.

En principio los adolescentes estudiados creen que es bueno hablar de estos temas y desean profundizarlos preguntándose sobre el más allá. Son adolescentes, los de esta muestra, que han tenido poco contacto con la muerte real y con los ritos socio-religiosos del duelo y están bombardeados por imágenes, en cine y TV, que tienen poco que ver con la muerte que socialmente encontrarán. Y sobre todo el conocimiento que sobre estos temas muestran a nivel catequético es pobre, lo que hace que nos preguntemos como educadores, si nuestros contenidos y mecanismos de transmisión de valores están lo suficientemente actualizados.

En concreto cabría preguntarse:

- ¿Qué tipo de Catequesis damos a nuestros adolescentes?
- ¿Cómo hacerles llegar que la victoria religiosa sobre la muerte es la Resurrección, que sólo Jesús venció a la muerte?
- ¿Cómo educarles, desde la perspectiva cristiana, en la salud, en la enfermedad, en el dolor, el sufrimiento y la muerte?
- ¿Cómo plantear el diálogo con ellos?
- ¿Cuáles deben ser nuestros objetivos a corto y medio plazo?
- ¿Cómo poderles transmitir la vivencia de *Vida en plenitud,* de lo que significa recibir *la fuerza interior de Cristo,* de lo que significa participar a través del amor en la Vida divina?

Es importante que desde diversos ángulos aunemos esfuerzos para encontrar la mejor respuesta a todos estos interrogantes.

AGRADECIMIENTOS. Agradecemos la colaboración de quienes han hecho factible que el presente trabajo de investigación haya sido posible:

Francesc Abel, S.J. - Puri Cabezas - Marcela Fajardo - M.ª Eugenia Fusté - Jordi Segura - Francisco Sola, O.H. - José Tordera.

HBLE. SR. XAVIER TRIAS I VIDAL DE LLOBATERA

Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya

7. «ME NIEGO A CREER QUE ESTEMOS EN UNA CRISIS DEL ESTADO DEL BIENESTAR»

No es el mundo sanitario un mundo sencillo. Muy al contrario, su complejidad resulta manifiesta se mire por donde se mire.

Por ello, siempre se defendió con ahínco que la centralización en la que se veía encorsetado, todavía dificulta más el racional análisis del mismo, de sus dificultades y de sus posibilidades. Y, consecuentemente, hacía especialmente difíciles las soluciones más adecuadas. Era necesario descentralizar.

La llegada del estado de las autonomías hacía posible este deseo. Y, de entre ellas, la de Catalunya asumía las transferencias de la sanidad en los primeros momentos. Ya hace de ello un tiempo considerable. El suficiente para poder analizar el camino recorrido.

Nadie mejor para ello que el responsable máximo de la sanidad catalana, el Hble. Xavier Trias i Vidal de Llobatera, Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya desde 1988.

De su mano, el sistema sanitario catalán ha hecho todo un camino que, a buen seguro, no le habrán faltado obstáculos, pero que, indudablemente, también ha cosechado considerables logros. La constante adecuación necesidades-oferta, la lucha por una mejor racionalización del gasto y un uso más adecuado de los recursos —siempre insuficientes—, la incorporación de la salud mental al sistema sanitario general, la promoción —con carácter pionero— de los Cuidados Paliativos dentro del propio sistema sanitario, el proceso de integraciones, consorcios, fusiones de diferentes instituciones... han sido, y continúan siendo hitos importantes en su haber.

El Hble. Xavier Trias nos recibe en su despacho. Amablemente acepta entrar en diálogo para LABOR HOSPITALARIA *sobre éstos y cuantos otros temas creamos oportuno poner sobre su repleta mesa de trabajo. Detalle que agradecemos por cuanto su tiempo no debe ser precisamente amplio. De hecho, tan pronto como acaba con nosotros, sale enfilado hacia su coche oficial, junto con un grupo de colaboradores, hacia una determinada misión.*



«No se deben recortar las prestaciones sociales pero sí definir las que obligatoriamente se deben dar».

—Conseller, en su calidad de médico, en concreto pediatra, nos atrevemos a solicitarle que nos haga un diagnóstico del mundo de la salud en Catalunya.

Tenemos un sistema sanitario barato. El coste de la sanidad es de unas 80.000 pesetas persona/año, y a pesar de lo reducido de la misma, creo que se ofrece una relativa buena calidad.

Y digo que *relativamente buena* porque somos conscientes de que aún existen lagunas, aspectos que no acaban de funcionar bien. Tales pueden ser el caso de la asistencia primaria; o el de su coordinación con los hospitales; terminar de consolidar la red hospitalaria a nivel económico; así como el ir disminuyendo las listas de espera, que son siempre el castigo de toda sanidad pública. Otro tema que nos preocupa mucho es el relativo al envejecimiento de la población y el de la salud mental. Pero, en general, podemos



«No se puede recortar el gasto de la sanidad pública española; es una barbaridad siquiera proponerlo».

afirmar que para lo que gasta este país en sanidad, se ofrece una, relativamente, buena salud.

—¿Qué diferencias cabría remarcar respecto a la salud del resto de las autonomías o del resto del Estado, si es que hay alguna significatividad dentro del sistema catalán?

Siempre digo que tenemos la mejor sanidad, aunque sólo sea por elogiarnos nosotros mismos un poco...

Globalmente tenemos una estructura distinta de sistemas y de servicios. En Catalunya hay muchos más centros privados que colaboran con la sanidad pública. A diferencia del resto del Estado, sólo un 30 % de las camas que se utilizan públicamente son propiedad del Institut Català de la Salut; el resto pertenece a consorcios, fundaciones o entidades que actúan con un concepto sanitario más empresarial y con mayor libertad de movimientos. Esta situación genera una mayor competitividad entre centros y considero que ello, indiscutiblemente, aumenta el nivel asistencial de nuestro sistema.

—¿En qué medida el camino autonómico ha posibilitado una mejora en la calidad asistencial en las respectivas comunidades autónomas, y en qué medida también ha podido dificultarlo?

El modelo autonómico ayuda a descubrir mejor las necesidades de la población. Es más fácil saber qué se necesita para Catalunya desde el Gobierno de la Generalitat que desde el Gobierno Central. Esto sirve tanto para Catalunya, como para Andalucía, para el País Vasco..., es decir, una sanidad descentralizada ayuda más ya que trabajas desde una situación similar a la que se da en el Estado, con capacidad absoluta de gestión. Ello te permite marcar unos objetivos según las necesidades que tienes en la zona y constituye una gran ayuda en orden a mejorar la

> «El modelo sanitario autonómico ayuda a descubrir mejor las necesidades de la población»
>
> «En Catalunya hay muchos más centros privados que en el resto del Estado que colaboran con la sanidad pública»
>
> «El sistema sanitario español está muy estatalizado»

sanidad. De hecho, la propia población percibe una mejor sanidad en las comunidades autónomas en las que se han producido los traspasos que en las que no se han llevado a cabo aún.

Ahora bien, el problema de la financiación de la sanidad no está solucionado. El mismo podría llevar al colapso del sistema sanitario de nuestro país y al fracaso del trabajo de las autonomías en este campo. Las comunidades autónomas han tenido que suplir esta grave insuficiencia recurriendo a su propio endeudamiento. Esto tiene un límite al que creo que estamos llegando. De no solucionarse con prontitud nos colocaríamos en una situación muy delicada

—En realidad todo parece indicar que estamos ciertamente ante la crisis del estado del bienestar tan proclamado hasta no hace mucho como objetivo al que caminar. Honorable, ¿cabría irnos despidiendo de esta ilusión?

No estoy de acuerdo en absoluto.

El Estado español padece una crisis que no es suya propiamente sino que afecta a toda Europa, a todo el segmen-

Xavier Trias i Vidal de Llobatera

- Nombrado Conseller de Sanitat i Seguretat Social el 4 de julio de 1988, nació en Barcelona el 5 de agosto de 1946. Está casado y tiene cuatro hijos. Milita en Convergència Democràtica de Catalunya desde 1979.
- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona (1970), se especializó en pediatría.
- Durante los años 1971 al 1973 completa su formación de postgraduado en Génova (Italia) y Berna (Suiza). En Italia, durante un año y medio, trabaja en la investigación de las enfermedades metabólicas, su diagnóstico y tratamiento. En Suiza se ocupa también en indagar sobre estas enfermedades y su diagnóstico prenatal.
- De 1974 al 1981 ejerce de médico pediatra en el Hospital Infantil del Valle de Hebrón.
- Entre 1979 y 1981 fue vocal nacional de hospitales en el Consejo General de Médicos de España y también vocal de hospitales en la Junta del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.
- Entra en el Departamento de Sanidad y Seguridad Social en 1981 como Jefe de Servicio de Asistencia Hospitalaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y, en septiembre de 1983, asume la titularidad de la citada Dirección General que pasa después a denominarse Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria.
- En julio de 1984 fue nombrado Director General del Institut Català de la Salut (ICS), cargo que, a partir de septiembre de 1986, campagina con el de Director General de Ordenación y Planificación Sanitaria hasta su nombramiento como Conseller.
- Ha sido galardonado en diversas ocasiones y, entre otros, fue nombrado Personalidad política sanitaria del año 1990.
- Es autor de diversos artículos sobre política sanitaria y ha sido conferenciante en importantes centros universitarios y de debate en Europa y América.

to de su economía productiva y que en los países industriales se sufre más fuertemente. Por este motivo en toda Europa se da una cierta tendencia a disminuir el gasto con el fin de no generar más déficit público. Existe una cierta obsesión por disminuir el mismo. Y ello es algo lógico y coherente. Por eso se investigan sus causas y, al hacerlo, nos encontramos con que la sanidad es uno de los aspectos más importantes que influyen en este análisis.

En los países europeos cercanos, socialmente, al nuestro se gasta el 8-9 y, en algunos casos, hasta el 10 % de su PIB. En España hay gente interesada en explicar que está ocurriendo lo mismo, y afirman que la sanidad es un desastre porque se gasta demasiado en ella. Yo no soy de la misma opinión. No se puede recortar el gasto en la sanidad pública española; me parece una barbaridad siquiera proponerlo cuando sólo se gasta del 5,2 al 5,3 % del PIB.

Es mentira que la sanidad sea la culpable del déficit público que se produce en este país. Se debe analizar, a nivel del Estado Español, por qué se da esta situación de déficit público o de crisis económica y, tras dicho análisis, se descubrirá que la sanidad no tiene nada o poco que ver en ello. Insisto que España se gasta poco dinero en sanidad: unas 80.000 pesetas persona/año en todo el Estado es una cifra baja. Pero, a pesar de esta cifra tan modesta, creo que tenemos un sistema sanitario que, aun cuando posea incomodidades de todos conocidas, no se gasta tan mal como se dice sino bastante mejor que de lo que se explica.

Lo cierto es que en el futuro nos encontraremos con problemas. Este país no debería contentarse con gastar el 5,2 % sino que tendríamos que subir, como mínimo, al 6 % del PIB para poder ofrecer una mejor atención a sectores concretos como los ancianos, que cada día seremos más, o a la salud mental. Y eso se conseguirá mentalizando a la población de que se hará dentro de un orden, porque no se puede pasar a gastar el 7 o el 7,5 % del PIB, sino que habrá que moverse dentro de unas limitaciones presupuestarias lo cual no significa precisamente una reducción sino, por el contrario, unos aumentos muy moderados del gasto sanitario.

Sigo pensando que es una exageración creer que se va a reducir el gasto sanitario en este país. Quien se lo crea se equivoca. En ocasiones, los Ministros de Economía se lo han llegado a creer. Se equivocan rotundamente. El gasto sanitario en este país ha de aumentar a menos que se realicen grandes errores. Considero que el estado del bienestar se debe defender, no puede entrar en crisis. No voy a negar que en algunas prestaciones se deberá estudiar el modo cómo se ajustan, pero la sanidad, seguro, que ha de ir por el camino lógico en este país.

No nos debemos dejar engañar, sobre todo cuando en otras cosas no se ve un ánimo de ahorro. Cuando se dice que el estado del bienestar no puede ser factible, que no hay dinero para sanidad y enciendes la televisión y ves que un señor dice que vamos a construir carreteras y AVES por todo el país y esto va a costar 18 billones de pesetas, piensas que lo correcto sería que se hiciesen unas cuantas menos para poder dedicar un poco más de dinero al bienestar social del país. Aunque una cosa no quita la otra, se puede hacer todo con un margen más largo y tener para las autovías y para la asistencia sanitaria.

Desde luego será una situación sanitaria en la que nunca va a existir la sensación de que sobra el dinero, pero de esto a creerse que se puede reducir hay una gran diferencia. Tendremos unos crecimientos más moderados y exigirá un trabajo mucho más importante por parte de todos.

> “Podemos afirmar que para lo que gasta este país se ofrece una, relativamente, buena salud”

> “La implantación y posterior evolución de los cuidados paliativos es una de las cosas de las que me siento más orgulloso”

Pienso que, hoy por hoy, ya hemos empezado a adoptar esta actitud utilizando cada día mejor lo que tenemos y existen casos concretos de ello. En ocasiones nos encontramos con dos servicios o con dos hospitales que para dar un mejor rendimiento hay que unirlos. En algunos hospitales de Catalunya se ha hecho, por ejemplo, con dos hospitales de la misma localidad; de este modo, con el mismo dinero, se puede alcanzar un rendimiento superior. Estas medidas habrá que tomarlas para ser mucho más eficiente y poder llevar a cabo nuestros objetivos, pero, personalmente, me niego a creer que estemos en una crisis del estado del bienestar. Esto es sólo un invento que han sacado



«Tenemos la obligación de gastar las partidas destinadas a sanidad del modo más eficiente posible».

cuatro para explicarnos una cosa que, personalmente, no me creo.

—Dentro de esta negativa del estado del bienestar o de la crisis del estado del bienestar, ¿qué valoración hace usted del decreto popularmente conocido como* medicamentazo *y del que parece que está a punto de salir sobre prestaciones asistenciales?

Creo que no se van a recortar las prestaciones. Y en cuanto a los medicamentos, si la variación en su financiación se hace de manera correcta, no tiene porque afectar al estado del bienestar.

Tenemos la obligación de gastar las partidas destinadas a sanidad del modo más eficiente posible y ahora, probablemente, no se está haciendo así. Quizás el dinero se esté gastando, en algunas ocasiones, en productos que no son de primera necesidad. Por esta razón, la obligación del Estado es buscar cómo se organiza y distribuye el presupuesto de medicamentos para emplearlo de la mejor forma posible. Otra cosa es cómo llevarlo a cabo. He criticado mucho el *medicamentazo* por la manera de aplicarlo: pero nadie podrá negar que el Estado tiene el derecho a decidir si un medicamento va a estar o no financiado por la Seguridad Social; como es lógico, siguiendo unos criterios de utilidad terapéutica.

Hay cosas que me parecen incuestionables. Que un señor, al levantarse por la mañana, quiera tomarse una vitamina y se la tenga que pagar el Estado no tiene ningún sentido. Es lógico que haya medicamentos que se los pague uno mismo.

Con las prestaciones sociales pasa otro tanto de lo mismo. No se deben recortar pero sí definir cuáles son necesarias. Por ejemplo, sería bueno definir cuando la gente tiene derecho a que la sanidad pública le pague un taxi y cuando no. Si resulta que no vamos a tener dinero y encima necesitamos más recursos para nuevas necesidades, se ha de definir bien si el dinero que disponemos lo gastamos con la máxima eficacia o no. Esto es lo verdaderamente importante.

—La sanidad en el fondo y en la forma está dentro de un sistema, tiene unas necesidades económicas pero se sustenta, fundamentalmente, sobre los profesionales de la salud en todo su marco. ¿Cree usted que estos profesionales están reconocidos social, profesional y económicamente como se merecen? ¿Cómo percibe usted el ambiente que reina entre ellos?

El sistema sanitario español está muy estatalizado, muy socializado por decirlo de otra manera. Y ello no es un descubrimiento de ahora, de un partido político, sino que es un invento que viene de la época de la dictadura. Los profesionales se encuentran con unos corsés que no les gustan y con una situación salarial que tampoco les satisface lo que genera un cierto grado de desencanto. Este problema lo seguiremos teniendo y se irá manteniendo durante tiempo, pero tampoco es cierto que todos los profesionales de la sanidad estén desencantados. Sinceramente, hay algunos desilusionados, incluso diría que irritados, porque, por ejemplo, si este año el aumento salarial es 0, es evidente que los profesionales no estén contentos con el incremento.

Sin embargo, a nivel de nuestros centros de asistencia primaria hay profesionales con una tremenda dedicación y con voluntad de hacer las cosas bien hechas. Es más, creo que la gran diferencia de la sanidad catalana con otros lugares no se encuentra en que las estructuras o la organiza-

ción sean de un determinado modo, sino que su gran éxito radica en la manera de ser y de actuar de nuestros profesionales. Esto marca una diferencia que a veces no gusta porque nuestro sistema sanitario, en algunas ocasiones, lo público y lo privado genera un cierto grado de confusión. A los más puristas no les gusta que esto sea así pero lo cierto es que los profesionales están mejor aquí, se sienten más cómodos que en otras partes.

—Uno de los problemas graves al que se enfrentan los profesionales de Catalunya, de todo España e incluso de toda Europa es lo que hoy se conoce como la* judicialización *de la medicina. Se dice que, de seguir este ritmo, dentro de poco el paciente acudirá a la consulta con su abogado y el médico o la enfermera también estarán con el suyo. Esto puede tener una lectura positiva en la medida que el enfermo va descubriendo cuáles son sus derechos pero, lógicamente, también hay otras lecturas negativas. ¿Podemos considerarlo un buen síntoma de la mejora de la sensibilidad democrática de los ciudadanos, o hay otras causas no tan positivas?

Esto nos ha preocupado y nos preocupa. De ahí que hayamos hecho una póliza de responsabilidad civil para todos los hospitales en colaboración con el Colegio de Médicos con lo cual los médicos en Catalunya pueden estar tranquilos en cuanto disponen de una cobertura.

Lo que sí es cierto es la preocupación sobre la manera de judicializar todo esto. El gran problema es que, por una cuestión meramente administrativa y de rapidez en el proceso, la gente opta por la vía penal en lugar de la reclamación administrativa; y eso es lo que crea una situación más incómoda a nivel de los profesionales. Deberíamos buscar una fórmula, en la justicia española, para que la vía administrativa fuera más rápida. Y es que, en la mayoría de casos, se reclama un dinero sin mayor interés por otra causa. En estos casos no tiene sentido la vía penal; simplemente se la utiliza como una vía más rápida de fallo, de obtener una sentencia firme y, en consecuencia, de poderse resarcir económicamente.

Se dice que hay una gran cantidad de reclamaciones cuando no es cierto. Se dan, por supuesto; pero no existe una cantidad escandalosa de reclamaciones. Por el número de actos médicos realizados, el número de reclamaciones, comparado con otros países, es bajísimo. Es previsible que aumente un poco.

Sin embargo, los profesionales de nuestro país no están acostumbrados a reclamaciones. La vía penal molesta. Y, por otro lado, desgraciadamente, nos encontramos que una reclamación de cualquier persona por una intervención o por un acto médico es noticia en los periódicos, creando una situación de más angustia en los profesionales sanitarios. En los países en que se ha convertido en una cosa más normal apenas se sale en los periódicos. Con ello el nivel de irritabilidad disminuye. Esta es la razón que nos llevó a crear esta póliza de responsabilidad civil.

Mas, insisto, los profesionales debemos tener en cuenta —porque yo soy también profesional de la sanidad e incluso por razón de mi cargo de Conseller— que podemos estar sometidos a la posible judicialización de nuestras acciones. Dudo que haya tantas demandas. Sí es cierto que han habido unas demandas concretas que han angustiado al sector sanitario, concretamente por cuestión del Sida, pero en realidad son demandas que se han producido en todo el mundo.

También se ha dado alguna situación por la que la gente se ha puesto especialmente nerviosa, alguna actuación judicial que ha crispado un poco los ánimos. Pero hemos de ser justos y decir que a nivel de jueces en Catalunya, la actuación y respuesta que ha habido por parte de la judicatura ha sido muy buena cuando se ha dado una intervención errónea. Quizás no la hemos valorado suficiente bien pero ha sido una respuesta que nos invita a confiar en la Justicia.

—Cuando hablamos de la sanidad, casi siempre acabamos centrándonos en los enfermos agudos. Pero los crónicos, los que siguen largos procesos de rehabilitación, raramente emergen en la conversación. Y quizá sean mayoría. ¿Qué solución se ofrece a estas personas? ¿Qué respuesta se está dando desde la sanidad catalana a este tipo de necesidades de la población?

El gran problema sanitario del futuro es que cada día aumentará el número de enfermos crónicos. En Catalunya pasaremos a tener, en un período de cinco años, de 40.000-50.000 personas de más de 85 años a 130.000, aproximadamente.

Es un hecho espectacular por lo que, considerando las necesidades asistenciales de las personas de esta edad, estamos reconvirtiendo un conjunto de hospitales de agudos, que no estaban en buenas condiciones, en hospitales de crónicos.

Hemos creado las llamadas *camas de convalecencia,* que son de larga estancia. Muchos centros sociales hasta ahora, han pasado a ser socio-sanitarios, por ejemplo, centros geriátricos donde cada vez más se cuidan enfermos. Es una mezcla entre la cuestión social y la sanitaria. Por esta razón se ha creado el programa *Vida als Anys* entre la Conselleria de Sanitat y la de Benestar Social, aunque está dirigido por la de Sanitat. Por otro lado, se irá trabajando más el aspecto de *clubs de día* para las personas que no estén ingresadas. Habrá una ordenación definitiva para el programa de salud mental...

> “El problema de la financiación de la sanidad no está solucionado”

> “Es mentira que la sanidad sea la culpable del déficit público.”

Con el programa *Vida als anys,* el tema de cuidados paliativos para enfermos terminales, la atención domiciliaria... se ha puesto de moda este tipo de asistencia. Hemos conseguido que los catedráticos de Medicina y los médicos de hospitales muy sofisticados se interesen por estos temas. Por ejemplo, el doctor Vilardell, del Hospital Vall d'Hebrón, se ha convertido en un absoluto entusiasta de la atención a los enfermos crónicos y a los enfermos terminales. Es un hecho que ahora empieza a parecer normal ya que antes se consideraba insólito, pues este tipo de enfermos no interesaban. En cambio se ha visto que el futuro de la



«Vamos a necesitar una grandísima complicidad con la población porque si no va a ser imposible atender a todo el mundo».

sanidad va a tomar este camino: uno de los ejemplos donde se demuestra que los profesionales de primera línea han empezado a apostar fuerte es el Hospital Geriátrico que gestionan el Consorcio Sanitario de Barcelona con el Ayuntamiento de la ciudad.

Hay un cambio muy importante en la mentalidad de la población pero, a pesar de todo, vamos a necesitar una grandísima complicidad con ella porque las cifras que he dado, hacen que sea imposible atender a todo el mundo si no hay una gran colaboración por su parte. Esta complicidad será el gran esfuerzo cultural para explicar a la gente que, a pesar de tener más dinero, vamos a necesitar su colaboración porque van a aparecer muchísimas necesidades para las que se deberá realizar un gran esfuerzo para ayudar en la atención de este tipo de enfermos.

—Desde hace tres años es el* patrón, *por decirlo de alguna manera, de los enfermos mentales, un colectivo que ha sufrido una marginación histórica. ¿Qué ha supuesto para la Conselleria el dar acogida a un colectivo tan importante de personas? ¿Qué cree usted que ha supuesto para ellos y su asistencia el entrar en esta dinámica?

Para nosotros supone asumir una responsabilidad. Conseguir todos los traspasos sanitarios excepto los de salud mental era una barbaridad. Aún nos encontramos con el problema del traspaso definitivo de la parte de la Diputación de Barcelona que, por motivos políticos no se produce, aunque actuamos a nivel operativo como si nos la hubiera transferido.

Para nosotros, el hacernos cargo de toda la sanidad es una reivindicación política a pesar de que reconocemos que el traspaso de salud mental con una dotación económica pequeña se traduce en problemas, presiones... y a nivel sanitario somos conscientes de que no vamos a hacer un papel brillante pero, por responsabilidad, lo debemos asumir.

Por otra parte, los profesionales que trabajan en salud mental tienen la satisfacción de entrar a formar parte de lo que debe ser una única red sanitaria.

Creo, sinceramente, que la inclusión de la salud mental en el sistema sanitario nos da la posibilidad de dedicar un poco más de dinero a este campo y realizar un plan consensuado. Estoy convencido que en cuatro o cinco años se notará un cambio importante.

—Catalunya ha sido pionera en la implantación en su territorio y en su promoción hacia el resto del Estado de los cuidados paliativos. ¿Cómo ve usted en este breve período de tiempo en que se han implantado y se está desarrollando su evolución? ¿Qué está aportando a la asistencia sanitaria?

Es un éxito. Se nota que los profesionales dedicados a ella ponen una gran ilusión, porque no es otra cosa que el mérito de un conjunto de profesionales a nivel de Vic, de San Juan de Dios... y de otros centros.

Resulta palpable que se está creando en Catalunya una «cultura de cuidados paliativos» que es ejemplar para el Estado Español y también para otros países. Cuando me paseo por el mundo, una de las cosas de las que me siento orgulloso es cuando me hablan de los cuidados paliativos de Catalunya. A veces no nos damos cuenta porque nuestra situación dicen que es mala pero es que fuera, en países más desarrolladas que nosotros, están mucho peor porque no existe una cultura organizativa y de colaboración de la gente como la nuestra.

No nos podemos engañar: esto es fruto de la actuación de unos profesionales con una vocación muy especial que han conseguido crear a su alrededor una cultura y lo que ha de procurar la Administración es poner lo medios ade-

> El gran problema del futuro es que cada día aumentará el número de enfermos crónicos

> En cuatro o cinco años se notará un cambio importante en la atención a la salud mental

cuados para que estos profesionales puedan trabajar y mantener esta ilusión. Éste es el reto: mantener la ilusión.

Creo que ahora se cambiará la normativa para la dispensación de morfina, que ya viene siendo hora, algo que hemos reclamado para hacer más fácil el trabajo en cuidados paliativos.

Ciertamente, la implantación y la posterior evolución de estos cuidados es una de las cosas de las que me siento tremendamente orgulloso.

—El Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) acaba de publicar el decreto de creación y estructura de los Comités de Ética Hospitalarios, también Catalunya en esto cuenta con el Institut Borja de Bioética, uno de los centros más prestigiosos de bioética de toda España. ¿Qué importancia concede su Departamento a la reflexión ética en el mundo de la salud? Por otra parte, ¿cómo cree lo viven los profesionales, se preparan para ello, es decir, se están fundamentando unas ciencias humanísticas o simplemente estamos creando técnicos?

Estamos en un sistema sanitario con una tecnología punta y con un desarrollo de conceptos increíbles; todo va a una velocidad como nunca se había producido en la historia de la medicina. Es un hecho asombroso y que provoca muchos interrogantes por lo que se han tenido que aplicar unos conceptos éticos que, de no producirse, podrían generar desviaciones importantes en la evolución de los sistemas y de los avances en el conocimiento sanitario.

Por esto es muy importante que los hospitales tengan sus propios Comités de Bioética. Fíjese que en diez años hemos pasado de tener una investigación sanitaria pequeña o mediana a estar ante grupos de buenos investigadores a nivel de Catalunya. Si ello no lo enmarcamos en el plano ético, se podrían efectuar grandes disparates. A la Conselleria le preocupa muchísimo este campo por lo que nos interesa mucho que exista el Institut Borja de Bioética y estamos dispuestos a ayudarle al máximo para potenciarlo y que no desaparezca. Nos interesa especialmente y es evidente que ha de ser un centro muy abierto, que esté ligado a la Universidad y se incluya dentro del sistema sanitario porque es importante que eduquemos a los estudiantes en unas determinadas líneas. Vamos a hacer todos los esfuerzos para que esto sea así.

—Para acabar no debemos olvidar un tema muy importante para nuestra revista, el papel de la Iglesia en el mundo de la salud. Dentro del mapa sanitario catalán, la Iglesia juega un papel importante. ¿Cree usted que ello es así? ¿Cómo se colocan las instituciones de la Iglesia ante la evolución de la sanidad y sus redes asistenciales? ¿Cuál cree usted que es la misión que la misma está llamada a desempeñar en nuestro país.

Mi opinión personal es que, evidentemente, la Iglesia, católica en nuestro caso concreto, tiene un papel importante dentro de la atención de los usuarios de los hospitales, los enfermos. Existe un acuerdo para dar una atención religiosa a las personas que están dentro de los hospitales. Yo diría que, en el caso de la Iglesia Católica, las personas que dan este servicio lo hacen bien y, además, con unas miras abiertas en el sentido que, en muchas casos, colaboran con otras religiones. Por tanto el servicio que presta la Iglesia en el mayoría de hospitales que son propios o concertados, lo está haciendo bien.

Aparte de esto, ya no como Conseller de Sanitat sino como católico, considero que la Iglesia tiene una responsabilidad concreta. A mí, como católico, me interesa que existan centros confesionales ya que marcan unas determinadas líneas. Es evidente el hecho voluntario de poder acudir a un centro o a otro pero, como católico que soy, me parece muy bien la presencia de la Iglesia en los centros sanitarios. Desde la Conselleria no lo impedimos de ninguna manera si no que al contrario —en muchas ocasiones le he comentado este tema al señor Arzobispo—, hemos de procurar que los centros religiosos que tenemos hoy en día no desaparezcan, a pesar de las dificultades que pueden surgir a la hora de mantener algunos de ellos que, entiendo, eso sí, habrán de cambiar en algunos aspectos.

> La Iglesia, católica en nuestro caso concreto, tiene un papel importante dentro de la atención a los usuarios de los hospitales

> Los aspectos hechos sin ruido, sin cosas espectaculares son los que manifiestan el auténtico papel de las organizaciones cristianas sanitarias

Uno de los problemas es que hay menos vocaciones religiosas y por tanto muchos de estos centros van tendiendo a la *seglarización*. Pero esto no quita el mantener unos principios y una identidad muy clara.

A nosotros no es útil, y un aspecto muy importante que valoro de manera muy positiva, la colaboración que en muchos casos recibimos de la Iglesia en situaciones ciertamente complejas como atención de enfermos de Sida, colectivos en situación límite, etc. Con la Orden de San Juan de Dios ya se ha dado esta colaboración. Son estos aspectos hechos sin ruido, sin ruidos espectaculares los que manifiestan el auténtico papel que tienen hoy en día las organizaciones cristianas en nuestro mundo.

Miguel Martín Rodrigo

8. LA CELEBRACIÓN DE LOS SACRAMENTOS EN LA ENFERMEDAD.

LEMA: CELEBRA LA VIDA

Domingo VI de Pascua. 8 de mayo de 1994

CATEQUESIS DE ADULTOS

Debido a un retraso en el envío, las catequesis como preparación a la celebración del Día del Enfermo no llegaron a tiempo para el monográfico «Celebra la Vida». Ahora os las ofrecemos para que colaboréis activamente en los actos de este Día y para que os sirvan de una gran ayuda a preparar la celebración de este año.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances que se han dado en los últimos años, la celebración de los sacramentos en la enfermedad, de una forma viva y renovada, es una tarea pendiente que requiere el trabajo coordinado de los teólogos, catequetas, liturgistas y pastoralistas.

Esta catequesis tiene como ***objetivo*** principal ayudar a renovar la celebración de los sacramentos en la enfermedad y a recuperar su dimensión sanante.

La enfermedad, sobre todo si es grave o crónica, es una de las situaciones duras y dolorosas de la vida. Provoca una crisis global en el ser humano. Por ello, el enfermo requiere una atención integral —humana, médica y espiritual— para poder restablecerse o asumir sanamente la enfermedad, luchar contra la muerte o aceptarla y vivirla con dignidad, cuando llega.

La enfermedad constituye también una prueba para la fe. «*El hombre, al enfermar gravemente, necesita de una especial gracia de Dios, para que, dominado por la angustia, no desfallezca su ánimo, y sometido a la prueba, no se debilite su fe*» (RU 5). El enfermo creyente puede contar con esa unción especial del Espíritu, que le ayuda a luchar contra la enfermedad.

La enfermedad puede plantear o descubrir problemas de relación con los demás, consigo mismo y con Dios; se convierte entonces en ocasión de ***reconciliación.***

La enfermedad suscita la experiencia de la propia fragilidad. El enfermo creyente, miembro vivo de la comunidad cristiana, necesita ser fortalecido y alimentado por el ***Pan de Vida*** para ser fiel a Dios y experimentar el gozo de estar en comunión con los que sufren y con los que le asisten y cuidan.

— Esta catequesis ***se destina*** a las comunidades cristianas, movimientos, religiosos y religiosas sanitarias, profesionales del mundo de la salud y familiares de enfermos.

La catequesis consta de tres partes. En la primera analizamos cómo se celebran los sacramentos en la enfermedad: qué dificultades existen, qué actitudes y comportamientos son los más frecuentes en la celebración de los sacramentos.

En la segunda, vemos lo que aportan los sacramentos, cuando se celebran bien, para vivir en la fe la situación crítica de la enfermedad.

En la tercera, nos preguntamos qué podemos hacer para renovar la celebración de los sacramentos en la enfermedad y recuperar su dimensión sanante.

1 ¿CÓMO CELEBRAR ASÍ? EN TIERRA EXTRAÑA

La enfermedad es una experiencia dura que afecta a toda la persona. Incapacita o condiciona, a veces para siempre, la vida del enfermo, bloquea la conciencia y esclaviza la voluntad, amenaza con destruir todo lo que se tiene y lo que se es. El enfermo palpa la fragilidad de su ser y su condición mortal.

La enfermedad altera las relaciones con los demás y con el mundo, pues lleva al enfermo a replegarse sobre sí mismo y, a la vez, a sentirse más dependiente de los demás.

La enfermedad, como situación límite, suscita en el enfermo los grandes interrogantes de la existencia humana.

«Hace nueve meses que empezó mi calvario. Después de un largo via crucis por hospitales tuve que sufrir la amputación de una pierna. Se adueñó de mí una gran desolación. Me costó muchas lágrimas hacerme a la idea. Me veía como un trasto inservible, que sólo podría moverse a voluntad de los demás. Es difícil describir la amargura que sentí cuando estaba postrado, meses y meses, en la cama de un hospital. Creí que la sonrisa se había borrado para siempre de mi boca». GREGORIO.

«Mañana otra vez a la clínica. Cinco días todos los meses durante un año. Estoy asustada. Ahora lo que me hace temblar es el tratamiento. ¿Pero qué pretenden con ese tratamiento... si lo que siento es que están destruyéndome? me asustan los pinchazos en estas venas que se rompen una tras otra. Me acobardo ante las náuseas, vómitos, mareos... Dios mío, ¡las consecuencias son terribles! Ante ellas muchas veces reacciono enfrentándome contigo. Otras huyo. Pero más pronto o más temprano tengo que reconocer que Tú estás conmigo». BELÉN.

«He sufrido muchísimo. Todo el hombre que soy. Me he preguntado: ¿Por qué, Señor? Me ha sobrepasado el misterio del dolor; aunque siempre mantuve la paz y la confianza en Dios, vi cómo la muerte me invadía en vida». FEDERICO.

En una situación así, ¿es posible celebrar? Con palabras del salmo 137, *¿cómo cantar un canto al Señor en tierra extraña,* en esa tierra extraña y dura de la enfermedad? En principio, no parece fácil conjugar el lado positivo que tiene la celebración con el lado negativo que tiene la enfermedad.

Los gestos del enfermo

A pesar de todo, la enfermedad puede ser ocasión de vivir momentos únicos, inolvidables, y celebrarlos.

El enfermo es un ser cuyo cuerpo está herido, deteriorado, debilitado, pero no por ello pierde su capacidad de expresión. Ese cuerpo sigue siendo para el enfermo su gran medio de expresión, de comunión y de encuentro con los demás. A través de su mirada, sus ojos suplicantes, su rostro marcado por el dolor, sus lágrimas, su respiración entrecortada o su sonrisa, el enfermo se comunica con los que le rodean.

Más aún, precisamente por encontrarse en una situación límite, los gestos del enfermo pueden adquirir una fuerza expresiva particular. El enfermo está viviendo experiencias tal vez únicas en su vida: incertidumbre, desamparo, miedo, inseguridad, necesidad de acogida y comprensión, proximidad del fin. Entonces, los menores gestos, las miradas y los movimientos más imperceptibles adquieren una densidad y una fuerza expresiva todavía mayores.

He vuelto a ver los álamos dorados, álamos del camino en la ribera del Duero, entre San Polo y San Saturio, tras las murallas viejas...

Estos chopos del río, que acompañan con el sonido de sus hojas secas el son del agua, cuando el viento sopla, tienen en sus cortezas grabadas iniciales que son nombres de enamorados, cifras que son fechas.

¡Alamos del amor que ayer tuvisteis de ruiseñores vuestras ramas llenas; álamos que seréis mañana liras del viento perfumado en primavera; álamos del amor cerca del agua que corre y pasa y sueña, álamos de las márgenes del Duero, conmigo vais, mi corazón os lleva! ANTONIO MACHADO.

Los pequeños detalles

El enfermo vive también su propio mundo de cosas, personas, hechos evocadores, cargados de profundo significado: el ramo de flores de la persona amiga: las fotos de los hijos; la sonrisa de la enfermera que contagia paz; la mano del médico que da seguridad; la sombra de la esposa velando durante la noche junto al lecho; la visita del sacerdote amigo...

Más aún, la experiencia dolorosa de la enfermedad, la imposibilidad de realizar otras actividades, la necesidad de pasar largas horas en silencio, agudizan en el enfermo su sensibilidad y su capacidad de impregnar de significado profundo los gestos y detalles de las personas que le rodean. Todo puede ser signo que expresa amistad, cercanía, apoyo, esperanza... o también, naturalmente, indiferencia, desatención y rechazo.

Como canta el poeta Antonio Machado, en las cortezas de los chopos del río hay letras que son nombres y cifras que son fechas. Es preciso pasar de las letras a los nombres y de las cifras a las fechas.

No siempre es fácil

Celebrar en la enfermedad no siempre es fácil. En muchos casos, la falta de evangelización y la ausencia de comunidades vivas colocan a la celebración de la fe en circunstancias muy precarias. No es fácil celebrar:

- Con una comprensión inadecuada de los sacramentos.
- Cuando se asocia sin más el sacramento con la muerte cercana.
- En el ambiente secularizado del hospital moderno.
- En un contexto sociocultural que vive de espaldas a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte.
- Cuando no se conoce al enfermo ni se le ha podido acompañar en el proceso de su enfermedad y el itinerario de su fe.
- Cuando la falta de intimidad no permite el diálogo con el enfermo.
- Cuando en el ambiente flota la idea de que la enfermedad es castigo de Dios...

Pero es posible

No todo son dificultades. Desde hace unos años, hay una renovación en marcha de la Iglesia y de la celebración de los sacramentos en la enfermedad. A ello contribuyen algunos hechos:

- La publicación del Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos (RU), con sus valiosas orientaciones.

CÓMO SE CELEBRAN LOS SACRAMENTOS EN LA ENFERMEDAD

1. En tu parroquia, comunidad u hospital, ¿cómo se preparan y celebran los sacramentos en la enfermedad, la reconciliación, la comunión, la unción y el viático? Se trata de poner en común la experiencia concreta de cómo se celebran.

- Se dejan para el final.
- A petición del enfermo.
- Se administran deprisa.
- Sin conexión con la vida.
- Dentro de un proceso de acompañamiento.
- Con oración personal y comunitaria.
- Sin que el enfermo se entere.
- Con la presencia de la comunidad.
- Descubriendo lo que es la enfermedad para el enfermo.
- Como ritos aislados entre sí.
- Con preparación previa.
- Con rutina.
- En contexto familiar.
- Escuchando la Palabra.
- Con la participación del personal sanitario.

2. ¿Qué dificultades te parecen más importantes de cara a celebrar bien los sacramentos en la enfermedad?

- Miedo.
- Marco secularizado.
- La falta de intimidad.
- Ignorancia religiosa.
- Rutina.
- Falta de comunidades vivas.
- Falta de evangelización.
- Paso rápido de los enfermos por el hospital.
- Otras.

3. ¿Cuáles son las motivaciones más frecuentes - en los enfermos en la familia, en los propios agentes de pastoral - al no pedir un sacramento, al solicitarlo, al proponerlo o al rechazarlo.

- Cumplimiento de una obligación.
- Como ocasión de reconciliación.
- Falta de fe.
- Pedir fuerza al Señor.
- Por no molestar.
- Por miedo al castigo.
- Dejadez.
- Bajo presión familiar.
- Por rutina.
- Para no disgustar a la familia.
- Ponerse a bien con Dios.
- Por miedo.
- No disgustar a la familia.
- Traumas religiosos.
- Esperando un milagro.
- Por imitación de otros.
- Para ponerse bueno.
- Estar preparado para morir.
- Por ignorancia.
- No asustar al enfermo.
- Por convencimiento.

- La mayor sensibilidad y preocupación de las parroquias y demás comunidades cristianas por el mundo de los enfermos y el fuerte resurgir de grupos de pastoral sanitaria.
- La renovación de la asistencia religiosa en los centros hospitalarios, que va siendo una acción evangelizadora, integrada en la atención hospitalaria.
- La difusión de las celebraciones comunitarias de los sacramentos tanto en las parroquias como en los hospitales...

2
MOMENTOS ÚNICOS

Habiendo visto cómo se celebran los sacramentos en la enfermedad, nos planteamos qué aportan, si se celebran bien. En sus testimonios, los enfermos nos hablan de *momentos únicos.* Ya se trate de la Reconciliación, de la Unción o de la participación en la Eucaristía, los sacramentos en la enfermedad no deben considerarse como actos desconectados entre sí, sino como momentos diversos de un solo proceso de lucha por la salud, vividos desde la fe. En ellos se actualiza la acción sanadora de Jesús, por medio de la acción sacramental de la Iglesia.

Acción sanadora de Jesús

Jesús es el gran sacramento de Dios, sacramento sanante que trae la salvación de Dios bajo la forma de salud y que revela a Dios como amigo de la vida y sanador del ser humano: «Yo soy Yahvé, el que te sana» (Ex 15, 26).

De Cristo dicen las Escrituras que «pasó haciendo el bien y sanando a todos los oprimidos por el diablo, porque Dios estaba con Él» (Hch 10, 38). Dicen también que «tomó nuestras flaquezas y cargó con nuestras enfermedades» (Mt 8, 17).

La Iglesia sacramento de Cristo

Consciente de su misión sanadora, la Iglesia se siente enviada a los enfermos y los tiene presentes en su acción evangelizadora, catequética, litúrgica o asistencial. La Iglesia es hoy sacramento de Cristo para el mundo enfermo y desvalido en la medida en que actualiza las señales sanadoras del Evangelio.

Los sacramentos de la Iglesia

Hasta el siglo XII se emplea la palabra *sacramento* para hablar de muchos gestos y acciones eclesiales. San Agustín llega a enumerar 304. A partir del siglo XII, se observa un esfuerzo por delimitar el carácter sacramental y atribuir una densidad particular y privilegiada a siete sacramentos que quedan definidos ya oficialmente en el Concilio de Florencia (1439) y luego en el de Trento (1547), como momentos clave de la existencia cristiana.

Los sacramentos son siete formas diferentes de concretar y actualizar lo que es esencialmente la Iglesia: sacramento de Cristo. A través de la acción de la Iglesia, es Cristo mismo quien bautiza, perdona o cura.

El sacramento expresa eficazmente la salvación que Dios ofrece al hombre por medio de Jesucristo, dentro de la comunidad cristiana. Pero, al mismo tiempo, el sacramento expresa la respuesta del hombre que acoge la salvación de Dios. Si se celebra bien, es un encuentro real entre Dios y el hombre. Dios ofrece su gracia salvadora de manera indefectible, pero el hombre ha de acogerla.

El servicio de la Reconciliación

La enfermedad saca a flote aspectos muy problemáticos de la existencia: la fragilidad, la soledad, la inseguridad, las rupturas, la culpa... La enfermedad nos plantea el reto de reconciliarnos con nuestra debilidad, de aceptarnos como somos: débiles, necesitados, menesterosos.

En el curso de la enfermedad pueden surgir recuerdos muy conflictivos, que llevan al enfermo a tener una acti-

«El 11 de febrero, fiesta de la Virgen de Lourdes, Jornada Mundial del Enfermo, se anunció en el hospital la celebración de la Unción para los que quisieran y se les preparó para ello.

Un hombre de unos cincuenta años, hacía meses enfermo, presenció cómo su vecino de habitación la recibía y comulgaba con fe y devoción. A los pocos días me pidió un devocionario porque quería prepararse para su confesión. Había recordado la fe que tenía hasta la adolescencia y no practicaba desde hacía más de treinta años. Confesó, comulgó y desde entonces asistió a misa en el hospital todos los domingos que su enfermedad le permitía y, si no, le llevaba la comunión a su habitación.

Un día me declaró: "Estoy separado de mi esposa; ella vive con mis dos hijos menores y yo tengo a los dos mayores en mi casa. Présteme unos catecismos y otros libros de religión para que pueda instruirles en la enseñanza religiosa de la que carecen del todo". Al cabo de unos meses las dos hijas acompañaban a su padre a la misa en la capilla del hospital rezando y comulgando, contentas y agradecidas a él, a quien llamaban su misionero.

Un día, me anuncia con entereza: "El médico por fin me ha dado su dictamen. Tengo un cáncer, sin posible curación. Puedo vivir un mes o un año, pero humanamente no hay remedio. Lo acepto con resignación, seguiré mi vida con esperanza y esperaré mi desenlace con paz. De momento no lo comunicaré a nadie para no dramatizar. Dios dirá y hablará por mí".

Con su oración y buen ejemplo logró la visita de sus dos hijos menores y de su esposa. Había conseguido el mutuo perdón, el amor de la familia y la conversión de todos. Se fue a su casa, para morir en brazos de su esposa e hijos».

tud negativa respecto de sí mismo. La enfermedad puede plantear o descubrir problemas de relación con los demás, consigo mismo y con Dios. Se convierte entonces en ocasión de reconciliación.

El Nuevo Ritual de la Penitencia destaca tres aspectos fundamentales para la renovación, tan necesaria (SC 72), del sacramento de la Reconciliación: el proceso de conversión, la escucha de la Palabra de Dios y la dimensión comunitaria.

La Reconciliación pide un servicio pastoral que ayude a superar lo malo y deficiente de la vida, a liberarse de la servidumbre del pasado, a ser ya desde ahora *nueva creación,* en la que *pasó lo viejo* y *todo es nuevo.*

> «El que está en Cristo, es una nueva creación; pasó lo viejo, todo es nuevo. Y todo proviene de Dios, que nos reconcilió consigo por Cristo y nos confió el ministerio de la reconciliación (2 Co 5, 17-18)»

Reconciliarse con la propia vida, no rechazarse por muchos motivos que se tengan, acogerse como fruto de la acogida de Dios, que nos ama, tiene misericordia de nosotros y nos perdona, es motivo de gozo profundo y de celebración.

Unción de la Enfermos

La Unción es el sacramento específico de la enfermedad y no de la muerte. No es de ningún modo el anuncio

> «¿Enferma alguno de vosotros? Llame a los presbíteros de la Iglesia para que oren por él, ungiéndole con óleo en nombre del Señor. La oración de la fe salvará al enfermo, y el Señor le restablecerá (Sant 5, 14-15)»

«Vamos a recordar juntos la vivencia de ayer. Desbordo de gozo. No existen palabras para expresar lo que siento. Fue un día hermoso, profundo, pleno, rebosante... Fue todo tan sencillo, tan auténtico... No avisé a mi familia; deseaba su presencia, pero hubiera sido demasiado duro para ellos. Antes de la celebración pasé unas horas de angustia. Poco a poco fui serenándome y en el momento de la Unción, la paz y el gozo eran tales... ¡Te sentía tan cerca! **"Y poniendo las manos sobre cada uno de ellos los curaba".** Cuando José María puso sobre mí sus manos mi espíritu se estremeció. Allí estabas tú tocándome como al leproso o a la suegra de Simón o a aquellos "cojos, lisiados, ciegos, mudos...". **"Jesús dándose cuenta de la fuerza que había salido de él... preguntó: ¿quién me ha tocado?"** Cuando Tú me tocaste con las manos temblorosas de José María, la fuerza salió de Ti, penetró tan profundamente en mí que nunca podré expresar con palabras lo que sentí... Hoy me siento con nueva vida, no sólo interior, hasta mi cuerpo ha recobrado vigor. Siento ganas de cantar, de bailar y de salir a la calle gritando: ¡Dios es bueno! ¡Dios nos ama!». BELÉN.

de la muerte cuando la medicina no tiene ya nada que hacer. Es sacramento de enfermos y de Vida que ayuda al enfermo creyente a vivir la enfermedad conforme al sentido de la fe (RU 65.66.68).

La Unción celebra el encuentro sanador de Cristo resucitado con el enfermo. Por la acción del Espíritu y gracias a los gestos y la oración de la Iglesia, Cristo está junto al enfermo para compartir e iluminar su existencia, fortalecerle en la lucha contra la enfermedad, ayudarle a asumir su fragilidad con realismo, reconciliarse con su propio cuerpo y renovar su capacidad de amar a Dios y a los demás. La situación de enfermedad pierde así su carácter más duro y puede convertirse en una ocasión de enriquecimiento interior, de empezar una vida nueva y de entrar en una relación más profunda con los otros y con Dios.

La Unción con el óleo es una acción simbólica que expresa la solicitud de la comunidad cristiana para con los

«Vivo momentos únicos en mi vida. Coinciden con la recepción de la Unción. No salgo de mi asombro. Hay en mí una gran paz y claridad. Siento que ha sido y es Dios. Vivo en Él, bajo su mirada, haciendo lo que Él quiere. Quiero vivir, pero para Él. Acepto morir si a Él le agrada.

Estoy abierto a amigos y enemigos, al cielo, la tierra, sus habitantes... Como nunca, caben todos en mi corazón. Mi actitud es vivir dando gracias y alabando al Señor y hacer todo lo que esté a mi alcance.

En mi enfermedad, muchísimas personas me han ayudado y acompañado. Por ellas se me ha revelado el Rostro de Dios... FEDERICO.

«Viniste, querido Matías, como un misterioso mensajero que poco a poco, se convierte en espléndido regalo. Como tenías tu cuerpo tan deteriorado, mostrabas lo único que te quedaba en generosa abundancia: voluntad, responsabilidad, lucidez, compasión, solidaridad...

En nuestros años de relación no dejaste nunca de mostrarme el rostro humano de tu vida difícil. Tu valor, tu talante esperanzado, tus sonrisas pese a estar al borde del abismo, tu cálida, madura y solidaria mirada me han enseñado que un hombre es siempre y sobre todo espíritu, es decir, aquello que sobrevive en el naufragio.

Tu vida entusiasta ha iluminado a muchos. Agradezco a Dios el regalo de tu amistad que me ha hecho más sensible y vigilante. Tu médico. FRANCISCO.

enfermos y también los cuidados sanitarios, la lucha contra la enfermedad, la atención y el cariño de la familia y del personal asistencial para sostener y ayudar al enfermo. «La Unción no es ajena al personal sanitario y asistencial, pues es la expresión del sentido cristiano del esfuerzo técnico» (RU 67).

La Unción inserta al enfermo en el misterio pascual de Cristo, del que ya participa como bautizado, y le confía la misión de evangelizar desde la enfermedad. El enfermo, fortalecido en su debilidad, se convierte a su vez «en fuente de fuerza para la Iglesia y la humanidad» (Salvífici doloris 31), en sacramento de Cristo y en señal viva de la presencia de Dios en el mundo.

Comunión fraterna

La Eucaristía celebrada por una comunidad que recuerda a los enfermos, se preocupa por su salud, ora por ellos y les envía la Comunión, es signo eficaz de la fe, la esperanza y el amor que curan y salvan.

Llevar la Comunión a los enfermos es una de las prácticas más antiguas de la Iglesia. Es un gesto de fe que manifiesta el vínculo de unión y solidaridad entre la comunidad cristiana y los miembros ausentes que no pueden asistir a la asamblea eucarística. Un miembro de ésta —el sacerdote o el ministro extraordinario de la comunión— les lleva la Palabra y el Pan de Vida compartidos en la asamblea. De este modo, los enfermos son alimentados en su fe y permanecen unidos a la comunidad.

> «Mientras el que preside realiza la acción de gracias y el pueblo responde, los que de entre nosotros se llaman diáconos distribuyen a los presentes el Pan y el Vino y el agua eucaristizados y luego los llevan a los ausentes» San Justino

La Comunión, unida a la asamblea eucarística, ayuda a la comunidad a tener presentes a los enfermos siempre que se reúne y sirve para «descubrir al enfermo, tentado de encerrarse en sí mismo, el sentido de comunión total con Dios y los hombres, que Cristo da la vida» (RU 63).

En el contexto de la participación del enfermo en la Eucaristía se sitúa el Viático ofrecido a los que van a dejar esta vida. «Puesto que es sacramento de Cristo muerto y resucitado —dice el Catecismo de la Iglesia Católica— la Eucaristía es aquí sacramento del paso de la muerte a la vida, de este mundo al Padre (Jn 13, 1)». La comunión en forma de Viático es el sacramento del tránsito de la vida, marca la última etapa de la peregrinación que inició el cristiano en el Bautismo y viene a completar un itinerario eucarístico comenzado el día de su primera comunión (RU 77 y 78).

La Iglesia, presente a lo largo de toda la enfermedad, al acercarse el momento de la muerte no abandona al cristiano sino que le rodea con amor, le asiste con la oración, acoge su último acto de fe, le ofrece el último sacramento, prenda de resurrección y de vida, le despide con la paz y le confía a la misericordia de Dios.

Para la reunión de grupo

1. Compartir experiencias, en las que se ha participado, de celebración de algún sacramento en la enfermedad.
2. Resaltar qué ha aportado la celebración de ese sacramento: al enfermo, a la familia, a la comunidad cristiana, a uno mismo.

3
CAMINOS PARA UNA RENOVACIÓN

Hemos visto cómo se celebran hoy los sacramentos en la enfermedad y que son momentos únicos en la vida del enfermo y de la comunidad, si se celebran bien. Ahora nos planteamos cómo renovar su celebración.

En general, según el Concilio Vaticano II, la renovación de la celebración de la fe (SC), va unida a la renovación de la Iglesia como comunidad (LG) que escucha la Palabra de Dios (DV) en diálogo con los problemas, gozos y esperanzas de los hombres (GS).

En particular, siguiendo el Ritual de la Unción y las Orientaciones pastorales sobre la asistencia religiosa en el hospital (ARH), ofrecemos algunos caminos concretos.

Integrar los sacramentos en el proceso de la asistencia y acompañamiento al enfermo

Así ha de ser, si queremos que los sacramentos no queden desconectados de la vida. Los sacramentos «no son ritos aislados sino gestos situados en el corazón de una presencia fraternal que los que rodean al enfermo han de expresar de múltiples formas: lucha contra la enfermedad, cariño, escucha y atención de sus necesidades, competencia técnica, amistad, servicio...» (ARH 69).

Como dicen los participantes en las XVIII Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud, «los sacramentos no son una *prestación añadida* dentro de la asistencia sanitaria, sino un momento importante de la oferta de salud integral». Por ello es necesario:

- Insertar los sacramentos dentro de una acción evangelizadora que ha de abarcar a toda la persona, a las instituciones sanitarias, la comunidad cristiana y la sociedad.
- Evitar el sacramentalismo —celebrar el rito por el rito sin suficiente evangelización— y revisar una pastoral reducida al empeño de hacer aceptar los sacramentos (RU 59).
- Superar el dualismo entre atención al enfermo y sacramento.

Era muy buena y comulgaba todos los días. Viuda ella, había criado seis hijos como soles. Todos varones. Nadie se lo dijo pero ella sabía que se moría y no quería irse sin ver reconciliados a los hermanos que ni se saludaban por cuestiones de dinero. Pero había que esperar el momento y éste llegó cuando el médico le dijo a uno de los hijos que ya podía llamar a toda la familia.

Yo me hice primero amigo de uno y de otro, por separado. Y cuando Dios me inspiró subí con todos a la sala y dije: «Mamá Carolina se va a morir y se lleva una pena muy honda en su corazón. Vamos a pasar todos y que os la diga». La pobre no pudo abrir sus labios pero sí juntar las manos en ademán de súplica y ellos la entendieron. Los seis hijos se fundieron en un abrazo. Lloramos todos, menos la madre que abrió sus brazos y se dejó morir como diciendo: «Ahora, Señor, cuando quieras... porque mis ojos han visto a estos hombres abrazados». Se murió aquella tarde. Ha sido una de las grandes satisfacciones de mi sacerdocio; nunca me he sentido tan «ministro de la reconciliación». Luego de enterrarla me llamaron y celebramos una comida de banquete: tenía sabor a cielo». EDELMIRO.

Recuperar la Unción, sacramento específico de la enfermedad

Recuperar la Unción como el sacramento específico de la enfermedad (RU 65), requiere poner en práctica, con decisión, prudencia y delicadeza, una serie de acciones:

- *Promover un cambio de mentalidad en el Pueblo de Dios* respecto a la Unción, mediante una catequesis que llegue a todos sus miembros: los pastores, los agentes de pastoral, los que asisten a los enfermos y todos los fieles cristianos (RU 13, 17, 47, 49).
- *Celebrar la Unción en el tiempo oportuno* de recibirla, «con plena fe y devoción de espíritu» sin retrasarla indebidamente (RU 13). «La catequesis será poco eficaz o inútil, si la práctica sacramental viene a desmentirla dejando su celebración para última hora» (RU 66).
- *Preparar con esmero y celebrar con gozo el Sacramento.* Para ello hay que: crear un clima sereno, religioso y de oración; dar un lugar importante a la Palabra de Dios, enraizar la celebración en el mundo y en la historia del enfermo; procurar que los signos sacramentales sean humanamente expresivos y comprendidos en su significado.
- *Promover las celebraciones comunitarias de la Unción,* despiertan la solidaridad de todos, facilitan la apertura de los enfermos, destacan el papel de la comunidad, ayudan a comprender y vivir sentido esperanzador y permiten celebrarlo en su debido tiempo. Pero se ha de evitar que la celebración se convierta, sin más, en una «fiesta de la tercera edad», en una forma de trivializar la Unción o en una excusa para no atender de forma personalizada a los enfermos o para olvidarlos, al considerar que *ya están preparados.*

¿ES TIEMPO OPORTUNO EL ESTADO DE COMA?

Es claro que el sujeto normal que celebra el sacramento ha de ser el creyente adulto actuando de manera libre y consciente. El estado de coma no es, en principio, el tiempo oportuno para la Unción y es un abuso *administrarla* habitualmente sin que se entere el paciente.

Sin embargo, los que están en coma son también sujetos de la Unción, siempre que se pueda presumir razonablemente que la habrían solicitado, si tuvieran expedito el uso de sus facultades (RU 70). «La inconsciencia —dice Pagola— no es, sin más, un obstáculo a la acogida de la acción salvadora de Dios. Es simplemente un estado en el que, por el momento, aquella persona no puede ejercer la libertad de manera adecuada y acoger conscientemente lo que se le ofrece. Si teniendo esto en cuenta, se considera oportuno el gesto sacramental, la condición del enfermo exige una atención más cuidada y consciente del ministro y de todos los demás creyentes que van a celebrar el sacramento».

¿ES TIEMPO OPORTUNO CUANDO LA PERSONA ESTÁ MUERTA?

No. Por eso, «El sacerdote que ha sido llamado junto a un enfermo que ya ha muerto, rece por él y pida a Dios que lo absuelva de sus pecados y lo admita misericordiosamente en su reino; pero no le administre la Unción» (RU 15).

Recuperar la fuerza sanante de la Reconciliación

La enfermedad puede ser tiempo de conversión. Puede llevar al enfermo a revisar su conducta y dar una nueva orientación a su vida. Este cambio no es fácil ni suele ser rápido. Implica un proceso. La Reconciliación puede abrirle a la experiencia de un encuentro personal con el Dios de la misericordia y del perdón. Puede ser un cauce para ayudar al enfermo a reconciliarse consigo mismo, con los demás y con Dios. Para ello es importante:

- Acompañar al enfermo en el proceso de conversión respetando su ritmo.
- Tener en cuenta la influencia de las nuestras propias actitudes en el fruto del sacramento.
- Ayudar al enfermo a discernir entre la angustia que genera la propia enfermedad y la conciencia real de culpa, proveniente de sus pecados (RU 2, 45, 47).
- Dar a la Palabra de Dios el lugar que le corresponde tener en todo sacramento.
- Fomentar, siempre que sea posible, la celebración comunitaria de la penitencia.

«Desde hace tres años se celebra comunitariamente la Unción en la parroquia. Al principio encontramos resistencia. Ahora son cada vez más los ancianos y enfermos que desean recibirla. Este año han participado 27 personas acompañadas de sus familiares, amigos y de la comunidad parroquial. La celebración es sencilla pero sentida y vivida profundamente. Que la comunidad ore y celebre con sus enfermos la Unción nos hace crecer y quererlos más. Ellos gozan y se sienten queridos y fortalecidos en su debilidad por Dios y los hermanos. En nosotros crece el sentido comunitario, la solidaridad en el dolor y la esperanza». PARROQUIA DE GRAÑÉN. (HUESCA)

Revitalizar la Comunión de enfermos

Toda comunidad cristiana ha de facilitar a los enfermos su participación en la Eucaristía ya que son miembros suyos y necesitan recibir el pan de la Palabra y el Cuerpo del Señor. Por ello:

- Llevar la Comunión a los enfermos ha de ser una gozosa tarea que la comunidad realiza con solicitud. El Domingo es el día más indicado.

«Seis hombres, de dos en dos, al terminar la eucaristía del domingo somos enviados por la comunidad a llevar la comunión a los miembros que no han podido hacerse presentes para compartir la experiencia de la fe. Cada grupo vamos a nuestra zona. Los enfermos, unos veinte, nos están esperando.

Hemos sido elegidos para que esta misión entre el grupo de visitadores. Experimentamos la grandeza del acto cuando al terminar nuestro recorrido regresamos a la comunidad, sintiendo la satisfacción de haber vivido algo maravilloso que nos supera».

PARROQUIA SAN FRANCISCO DE LA VEGA. LEÓN

- Hay que vincular la Comunión de enfermos con la Eucaristía de la comunidad.
- La Comunión ha de revestir el carácter de una auténtica celebración, sin prisas ni rutina, sirviéndose de los medios más convenientes.
- *Los ministros extraordinarios de la comunión,* bien elegidos y preparados, pueden facilitar el llevar la comunión a los enfermos con más regularidad, en el momento más indicado, dedicándoles el tiempo necesario, etc.

Recuperar el Viático, sacramento del tránsito de la vida

Recuperar el Viático es uno de los grandes desafíos. Una serie de circunstancias lo dificultan: no hay conciencia de su necesidad; se desconoce su significado; rara vez se pide o se propone. Será, pues, necesario:

- Situarlo en el marco más amplio de la promoción de un morir humano y cristiano.
- Darle un mayor relieve en los programas de catequesis y de formación de los agentes de pastoral.
- Invitar a los fieles a manifestar, en el Testamento Vital, el deseo de recibirlo.

Fomentar el protagonismo del enfermo en la celebración del Sacramento

El enfermo ha de tener un protagonismo especial en la celebración. Es él quien ha de solicitar o aceptar el sacramento con plena fe y celebrarlo en las mejores condiciones, activa y conscientemente (RU 13).

Es importante:

- *Discernir las motivaciones del enfermo y de los familiares* al pedir o rechazar un sacramento. Hay que tenerlas en cuenta no para censurarlas sino para ayudar a purificarlas, si es preciso.
- *Respetar los niveles de fe de los enfermos,* las etapas y el ritmo de su caminar en la fe para actuar gradualmente, con discreción, evitando todo lo que pueda provocar dolor, resentimiento o alejamiento (RU 55). Se ha de evitar toda presión o celo intempestivo.
- *Adaptarse a su situación y necesidades* y tenerlas en cuenta al determinar las lecturas, oraciones, duración de la celebración, etc.

Cuidar la dimensión eclesial y comunitaria de los sacramentos

Los sacramentos no son actos individuales y privados, sino celebraciones de la comunidad cristiana. Son un encuentro con el Señor en la Iglesia.

La dimensión comunitaria y eclesial de los sacramentos se manifiesta de formas diversas antes, en y después de su celebración. Cuidar esta dimensión, comporta:

- *Sensibilizar a toda la comunidad* cristiana sobre su misión de evangelizar curando.
- *Trabajar para que la comunidad cristiana sea una comunidad sana,* fuente de salud para todos.
- *Suscitar, preparar y coordinar a los miembros de la comunidad* que se dedican a los enfermos.
- *Procurar la participación activa* de la comunidad en la preparación y celebración de los sacramentos.
- *Fomentar el «sentirse Iglesia»* en todos los agentes de pastoral, incluido el propio enfermo.

¿Y María? No está, se la presiente
pudorosa como una primavera.
Se la nota en el gesto, en la manera
de Jesús partir el pan reciente.

Sí, Sí que está. Junto a la cruz, valiente,
en pie, rota por dentro pero entera,
Madre consoladora y enfermera
que ante el dolor ¡qué pronto se la siente!

Que sabiéndole harina de su harina,
Pan de su pan y Amor de sus amores,
María siempre está junto al Sagrario.

Porque es la luz que todo lo ilumina,
el bálsamo de todos los dolores,
la Madre que reparte el pan diario.

J. M.ª FERNÁNDEZ NIETO

Nuestro compromiso para renovar la celebración de los sacramentos en la enfermedad

1. ¿Qué estamos haciendo —en nuestra parroquia, hospital, comunidad y diócesis— para renovar la celebración de los sacramentos en la enfermedad?
2. ¿Qué vamos a hacer, personalmente y en grupo, para renovar la celebración de la Reconciliación, la Unción, la Comunión de enfermos y el Viático?

BIBLIOGRAFÍA

COMISIÓN EPISCOPAL DE LITURGIA: *Ritual de la Unción y de la pastoral de enfermos.* 1974.

COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL: *La asistencia religiosa en el hospital.* Orientaciones pastorales, Edice, Madrid, 1987.

PROVINCIA ECLESIÁSTICA DE GRANADA: *Ritual y Directorio Litúrgico-Pastoral para los ministros extraordinarios de la Comunión.* Obispado de Jaén, 1993.

BÉGUERIE y DUCHESNEAU: *Para vivir los sacramentos.* PPC, Madrid, 1991.

BOROBIO, D.: *Sacramentos en comunidad: Comprender, celebrar, vivir.* DDB, Bilbao, 1984.

DELGADO, R.: *La Unción de enfermos en la comunidad cristiana, hoy.* Fundación Santa María, Madrid, 1988.

CENTRO DE PASTORAL LITÚRGICA: *Pastoral de la salud. Acompañamiento humano y sacramental.* Dossiers CPL 60, Barcelona, 1993.

ORTEMANN, C.: *El sacramento de los enfermos.* Marova, Madrid, 1973.

PANGRAZZI, A.: *El mosaico de la misericordia.* Sal Terrae, Santander, 1990.

VV.AA.: *Los sacramentos de los enfermos.* PPC, Madrid, 1974.

CAMPOS, J. M.: *Acompañando a los enfermos.* (Audiovisual sobre la Unción). Edic. Paulinas, Madrid.

9. COMPASIÓN Y SOLIDARIDAD: DOS ARMAS CARGADAS DE FUTURO

(Comentario exegético de la Parábola del Buen Samaritano)

Ramón Martín Rodrigo
Hermano de San Juan de Dios. Psicólogo

¿Qué pastoralista o qué profesional sanitario cristiano no ha leído y meditado numerosas veces la parábola del Buen Samarinato? Aunque siempre nos acecha el gran peligro del acostumbramiento, del no dejarnos impactar por su mensaje vivo cada vez que la escuchamos, dándola ya por sabida. Mas como dice el autor, en esta parábola asistimos a mucho más que a una anécdota. En ella vemos cómo la caridad queda constituida en base de toda santidad. *Frente a ella, es importante, pues, no pasar de largo una vez más.*

Es lo que ha intentado hacer el autor del presente artículo, brindándonos su trabajo como invitación a una tarea similar en algún momento de nuestra vida. El autor, un hombre acostumbrado desde su infancia a escuchar las palabras de Jesús y a convivir con el dolor y la enfermedad, ha considerado necesario hacer un alto en el camino y volver a desgranar pasito a pasito este magnífico tapiz de la misericordia, degustándolo con calma y prestándole nuevos oídos. Y en lugar de hacer una meditación particular y espiritualista se ha ido a recorrerlo de la mano de exegetas, para intentar penetrar con más profundidad en qué es lo que realmente les/nos quiso decir y enseñar Jesús cuando relató a sus discípulos esta parábola, partiendo del mismo análisis de los textos.

Al final, se recoge un comentario general de lo que algunos significativos autores han escrito sobre la figura y el significado del Buen Samaritano y algunas aplicaciones pastorales de cómo empezar a hacer lo mismo, *que es la invitación conclusiva de Jesús.*

Desde muy joven me he movido entre el mundo de la pobreza y el sufrimiento humano. Mi formación en una institución religiosa dedicada al carisma de la hospitalidad y mi posterior consagración en ella han contribuido a que éste sea para mí un mundo familiar. Con lo de bueno y de perjudicial que ello conlleva.

Bueno, porque he tenido la oportunidad de crecer, de vivir y de rezar entre personas que padecían algún tipo de sufrimiento, haciendo que en mi existencia la realidad del dolor y de la limitación humana estuvieran estrechamente unidas a ella, para invitarme a tomar conciencia de ello, dar gracias a Dios por mi salud y ofrecerme desde ella a colaborar en disminuir el dolor de los demás atendiéndoles, estando junto a ellos y luchando por erradicar las causas originarias.

Perjudicial, por el peligro del acostumbramiento y de la insensibilidad que un roce tan continuado conlleva. En situaciones así no es extraño el actuar y conducirse sin reflexionar, relativizando todo dolor y necesidades que se mueven a mi alrededor, buscando justificaciones para todo y, en especial, justificaciones para no ser profundamente misericordioso con los demás.

Por eso he querido en este momento hacer un alto en el camino y, sentándome junto a Jesús, volver a escuchar de sus labios una vez más la parábola del buen samaritano, y quedarme largo tiempo desgranándola pasito a pasito, degustándola y apropiándomela. Es una nueva invitación a la toma de conciencia de mi ser cristiano, de mi condición de religioso hospitalario, puesto que siendo un «profesional de la misericordia», puedo caer fácilmente en la actitud despreocupada e insolidaria del sacerdote y el levita de la parábola.

Aprovechando un buen abanico de textos que contenían enjundiosos comentarios a este relato, he intentado hacer un amplio resumen de los mismos para mi provecho personal, empezando por el documentado comentario exegético que me ha brindado la obra de Joseph A. Fitzmyer. El resto de autores consultados quedan consignados en las referencias bibliográficas del último apartado.

EL MANDAMIENTO PARA HEREDAR LA VIDA ETERNA (Lc. 10, 25-28)

■ «*En esto se levantó un jurista,* queriendo poner a prueba a Jesús, con la siguiente pregunta: —Maestro, ¿qué tengo que hacer para heredar la vida eterna?» (Lc. 10, 25).

Jesús acababa de establecer un contraste entre *la gente sencilla,* los discípulos, y *los sabios y entendidos* (Lc. 10, 21). Ahora, al hilo de su narración del viaje de Jesús a Jerusalén, introduce un representante de ese segundo grupo, a un jurista que quiere poner a prueba al Maestro y



«Todo gesto de amor tendrá ya siempre algo de cristiano, un recuerdo, quizá inconsciente, de Cristo».

a su doctrina (Lc. 10, 25-28). Jesús acaba de proclamar *dichosos* a sus discípulos por haber visto y oído (Lc. 10, 24); ahora, esa bienaventuranza desemboca en un consejo parenético sobre la *vida eterna,* sobre el camino práctico para poseerla: el amor a Dios y el amor al prójimo.

A primera vista, el episodio (Vv. 25-28) guarda cierta semejanza con el texto de Mc. 12, 28-31 y de Mt. 22, 34-40. Pero una vez estudiados los paralelismos entre estos textos, Fitzmyer concluye que posiblemente nos encontremos entre dos tradiciones distintas o incluso ante dos episodios totalmente diferentes del ministerio de Jesús. Ciertos comentaristas piensan en la posibilidad de que Lucas haya reelaborado la narración de Marcos para transformarla en una introducción a su parábola del buen samaritano.

La redacción de Lucas, compuesta en forma de diálogo, tiene carácter de *controversia,* ya que la primera respuesta de Jesús es, en realidad, una contraofensiva que provoca una nueva intervención del jurista, ahora en clave afirmativa. La narración concluye con un comentario del Maestro, que no hace más que confirmar la exactitud de la respuesta de su interlocutor. El evangelista puntualiza que el jurista le pregunta «queriendo ponerlo a prueba», utilizando el mismo verbo que en el episodio de la tentación de Jesús (Lc. 4, 12). Luego el sentido de la expresión indica una actitud hostil.

• «*Para heredar la vida eterna*». Esta misma pregunta volverá a salir más adelante en Lc. 18, 18. La chispa de ese interrogante surge en la mentalidad judía por la afirmación de Daniel: «Muchos de los que duermen en el polvo despertarán: unos para la vida eterna, otros para la ignominia perpetua» (Dn. 12, 2).

■ «*Jesús le replicó: —¿Qué está escrito en la ley? ¿Cómo lees?*» (Lc. 10, 26)

Jesús no contestó como esperaba el jurista. Pasa al contraataque respondiendo con una nueva pregunta a la cuestión planteada por el mismo, remitiéndolo a *la ley* sin más, es decir, la Toráh o ley de Moisés. De ahí, concretamente del Pentateuco, es de donde saca el jurista los dos textos de su respuesta.

■ «*Él le dio la respuesta:* —"Amarás al Señor, tu Dios, con todo tu corazón, con toda tu alma, con todas tus fuerzas, y con toda tu mente; y amarás a tu prójimo como a ti mismo"» (Lc. 10, 27).

La respuesta del jurista se basa en una afirmación de dos mandamientos fundamentales de la ley de Moisés:

• ***El primero (Dt. 6, 5)*** tomado de la *semá* (Dt. 6, 4-9) que todo judío observante debía recitar dos veces al día. Exige un total y absoluto amor a Dios, como dedicación que abarca todo el ámbito de la persona: los cuatro constitutivos personales que se mencionan: corazón, alma, fuerza y mente, expresan la totalidad indivisa de la consagración a Dios.

• ***El segundo mandamiento (Lv. 19, 18),*** que proviene de otra codificación legislativa, como es el llamado *Código de la santidad* (Lv. 17-26), inculca el amor al prójimo, es decir, al propio compatriota, al miembro de la misma raza, al israelita.

En realidad, las exigencias de ambos mandamientos coinciden en una misma actitud: el israelita debe amar a su prójimo como tiene que amar a Dios. Este último precepto del amor a Dios es una de las constantes más características de todo el cuerpo deuteronómico.

■ «*Entonces Jesús le dijo: Bien contestado. Haz eso y tendrás vida*» *(Lc. 10, 28).*

La doble respuesta del jurista al recibir su confirmación por parte de Jesús, transforma el doble mandamiento del amor en norma de conducta para el discípulo de Cristo. No hay un perfecto amor a Dios si falta el amor al prójimo. La parenesis de Jesús queda formulada en una terminología propia del Antiguo Testamento; aunque el episodio siguiente (Lc. 10, 29-37) se encargará de *definir quién es el prójimo.* Pero no hay que olvidar, en este contexto, que ya antes, en el discurso de la llanura, Jesús insistió en un aspecto capital: el amor a los enemigos (cf. Lc. 6, 27-35).

Jesús encuentra en las propias palabras de la Escritura

el consejo o mandamiento fundamental para la vida del cristiano: «Haz esto y tendrás vida», es decir, obrando de esa manera podrás heredar vida eterna. Estas palabras son una verdadera *declaración* del Maestro, aunque la incisividad del episodio se centra más bien en las palabras del jurista.

PARÁBOLA DEL BUEN SAMARITANO

Lc. 10, 29-37)

Siempre dentro de la narración del viaje de Jesús a Jerusalén, este nuevo episodio (Lc. 10, 29-37) está íntimamente relacionado con el anterior (Lc. 10, 25-28), por medio de una nueva pregunta del jurista: «Y ¿quién es mi prójimo?»

■ *«Pero el jurista, queriendo justificarse, preguntó a Jesús: Y, ¿quién es mi prójimo?» (Lc. 10, 29).*

Es decir, el jurista quiere demostrar que la pregunta que había planteado a Jesús era pertinente, a pesar de que la respuesta fuese tan sencilla. Algunos piensan que, en este contexto, de Lucas, el deseo de justificación supone que el jurista no había puesto en práctica la segunda parte del mandamiento del amor; es una cuestión discutible, aunque conviene recordar la actitud polémica que trasluce el versículo 25: «queriendo poner a prueba a Jesús».

«Y, ¿quién es mi prójimo?». Las implicaciones de esta pregunta se pueden formular así: ¿Hasta dónde abarca la línea de demarcación que incluye a mi prójimo? El *ejemplo* que Jesús propone amplía los límites establecidos por Lv. 19, 16.33-34.

• Pero Jesús le da cumplida respuesta al jurista contándole la ***parábola del buen samaritano.*** Esta narración es exclusivamente del evangelio según Lucas. Es una de las «parábolas de la misericordia», características del tercer evangelio, que le confieren su tonalidad específica y dan un aura particular a la figura de Jesús. El mensaje de la narración no consiste en una cierta analogía con la verdad espiritual, sino en la propia expresividad del relato, en el *ejemplo* mismo que se propone, con toda su incisividad.

■ *«Un hombre bajaba de Jerusalén a Jericó, cuando le asaltaron unos bandidos. Le arrancaron la ropa, le golpearon y se fueron, dejándolo medio muerto» (Lc. 10, 30).*

Según Flavio Josefo, la distancia entre ambas ciudades era de unos 28 km por parajes *desérticos y pedregosos.* Sin duda se hace referencia a la calzada romana que, a través de desfiladeros, se abre paso sobre el Wadi Qelt. Es una ruta de continuo descenso y hoy es todavía famosa por los ataques de los bandidos. Flavio Josefo cuenta que los esenios, cuando iban de viaje, llevaban únicamente armas para protegerse de los salteadores de caminos.

En la tierra rojiza de la cortada en que se abre el camino, quiere ver hoy la imaginación popular la sangre de este pobre hombre apaleado de la parábola. Porque los bandoleros no se contentaron con desvalijarle. Quizá se resistió al robo y ellos se vengaron dejándole medio muerto al borde de la calzada. Su aspecto, a primera vista, sería el de un cadáver.

■ *«Coincidió que un sacerdote bajaba por aquel mismo camino... De la misma manera, un levita que llegó a aquel sitio...» (Lc. 10, 31-32).*

«Coincidió»: esta observación de Lucas, puesta al principio de la frase, cobra particular relieve. Traducida como «por casualidad, por coincidencia». Es una locución que sólo aparece en este pasaje en todo el Nuevo Testamento.

• ***Primer personaje de la parábola: un sacerdote.*** La narración hace referencia, probablemente, a uno de los sacerdotes que habían estado de servicio en el templo de Jerusalén y que, al concluir los días de su turno, volvía tranquilamente a casa.

Según la tradición rabínica posterior, Jericó era una de las ciudades donde residían algunos sacerdotes del templo de Jerusalén.

• ***Segundo personaje: un levita.*** La designación se refería a los miembros de la tribu de Leví, es decir, a los descendientes del tercer hijo de Jacob (Gén. 29, 34). En el Antiguo Testamento se usaba, por lo general, el término *levita,* como designación de los descendientes de Leví, pero que no habían nacido de la rama de Aarón. Tenían a su cargo ciertas funciones secundarias relacionadas con el culto y con el servicio ritual en el templo. La condición de los levitas fue cambiando progresivamente, según los diversos períodos históricos, sobre todo cuando los clanes sacerdotales fueron creciendo desmesuradamente. Muy pocos fueron los levitas que volvieron del exilio en Babilonia (cf. Esd. 2, 36-43) pero muy pronto consiguieron una consideración social, que les otorgaba derecho a cobrar el diezmo de los servicios sacerdotales.

Para comprender el sentido de esta narración hay qe tener en cuenta la condición privilegiada de los sacerdotes y levitas en el ámbito del judaísmo palestinense de la época. Su ascendencia carnal, que estroncaba directamente con Leví o Aarón, los vinculaba de manera especial con el culto del templo, es decir, con la dimensión más profunda de la existencia judía, que se cifraba en una dedicación total al Señor.

■ *«... y al ver a aquel hombre dio un rodeo (el sacerdote y también el levita) y pasó de largo» (Lc. 10, 31-32).*

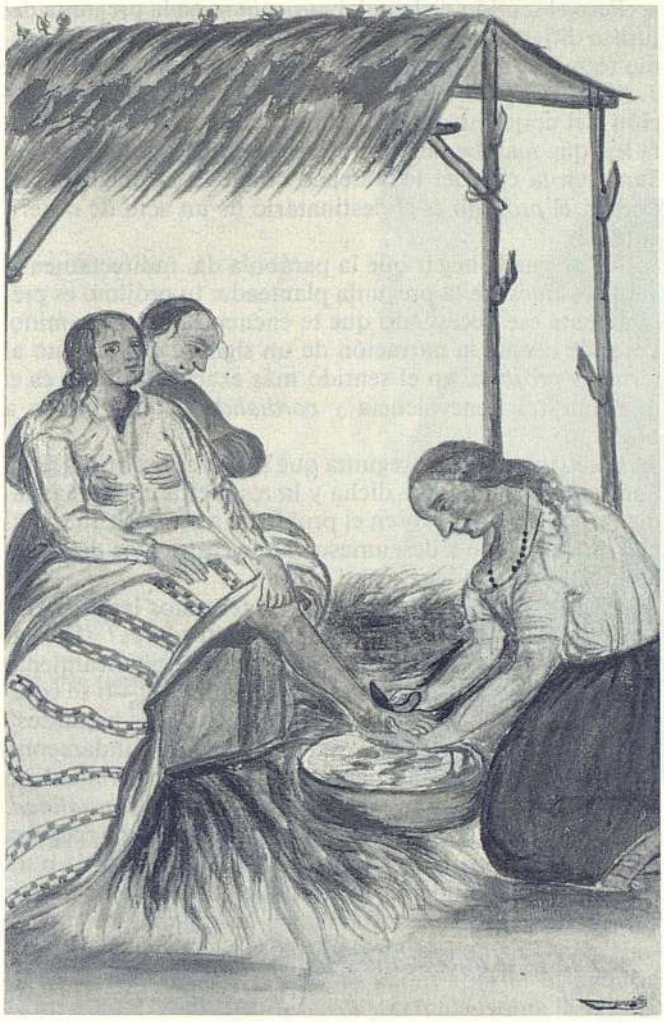
La explicación de ese rodeo y el pasar de largo se cifra en el propósito del sacerdote (y del levita) de evitar cualquier clase de contaminación ritual por contacto, o incluso por mera proximidad, con un cadáver (cf. núm. 5, 2; 19, 2-3). Un sacerdote sólo podía contaminarse para enterrar a alguno de sus parientes más próximos (cf. Ez. 44, 25-27).

Ambos, sacerdote y levita, cumplían con esa actitud una obligación legal. Ante un tribunal religioso no habrían recibido más que elogios: habían huido de la impureza. Tocar la sangre de aquel hombre les hubiera impedido hacer el menor acto religioso sin purificarse. Ese aspecto de contaminación ritual afectaba particularmente a sacerdotes y levitas; la impureza de esos consagrados era mucho más seria que la de un judío normal.

Jesús estaba atacando ahora lo sustancial de la religiosidad judía de los puros de su tiempo: haber puesto la pureza legal por encima de la caridad. Asombrosamente esos dos hombres *renunciaban al amor en nombre de su religiosidad:* de ella sólo sacaban razones para dispensarse de la misericordia. ¡Cuanta suciedad había en ese planteamiento! Y esto lo comprendemos aún más si recordamos que, como ha escrito Ch. Peguy, aún siendo muy grande el egoísmo en el hombre, el primer movimiento espontáneo es el del amor, la compasión.

■ *«Pero un samaritano, que iba de viaje, llegó adonde estaba el hombre» (Lc. 10, 33a)*

• ***Tercer personaje: un samaritano.*** No pudo elegir Jesús un mayor contrapunto humano de los dos personajes anterio-



«Al verle, le dio lástima. Se acercó a él y le vendó las heridas echándoles aceite y vino. Luego lo montó en su propia cabalgadura, lo llevó a una posada y procuró que le atendiesen allí».

res, el sacerdote y el levita: miembros respetables de la comunidad judía palestinense, que tendrían que considerar a este individuo prácticamente como un pagano.

Teóricamente, un samaritano era el peor personaje que podía ponerse como modelo: miembro de un pueblo de herejes, miembro de una comunidad que odiaba a los judíos y que debía, por tanto, sentir repulsión hacia el pobre herido.

Ya anteriormente, el propio Lucas había ejemplificado esta clase de relaciones, más bien tensas, en el episodio inicial del viaje de Jesús a Jerusalén, cuando una aldea de Samaría rehusa dar alojamiento a Jesús y a sus discípulos al atravesar éstos su territorio (Lc. 9, 52-54). Y Juan sintetiza claramente esta predisposición de rechazo mutuo en su evangelio, al introducir el diálogo de Jesús con la mujer samaritana: «Porque los judíos no se tratan con los samaritanos» (Jn. 4, 9).

El samaritano era un viajero corriente. Vendría de Jerusalén, donde ciertamente no habría estado para visitar el templo, como cualquier judío piadoso, ya que su templo propio era el Garizim. Llevaba lo que todo viajero de la época acostumbraba a llevar: una mula, y dentro del sillín, una cantimplora de vino y algunas vendas de tela. Pero este samaritano, en realidad, llevaba algo más: un corazón caliente.

■ *«Al verle, le dio lástima. Se acercó a él y le vendó las heridas echándoles aceite y vino. Luego lo montó en su propia cabalgadura, lo llevó a una posada y procuró que le atendiesen allí. Al día siguiente, sacó dos denarios de plata y se los dio al posadero, diciendo: "Cuida de él y, a mi vuelta, ya te pagaré lo que gastes de más"» (Lc. 10, 33-35).*

«Le dio lástima»

El verbo griego empleado también se puede traducir como «se le conmovieron las entrañas». Este verbo, aplicado a un hombre que siente compasión por su semejante, quiere indicar, según Köster, «la actitud básica y decisiva de toda acción, que, por ser fundamentalmente humana, es esencialmente cristiana».

Esta compasión humana, esta caridad espontánea es la que empuja al buen hombre samaritano a detenerse. Luego necesitará un amor mucho más hondo para no limitarse a una pequeña ayuda. Porque no basta con la simple compasión. Es necesario algo más. Es preciso interesarse por el que está necesitado, comprender la dimensión de su necesidad o de su problema, y comprometerse en ayudarle, con los medios que están a su alcance o con los que se puede conseguir pidiéndolos a otros.

Los evangelios nos narran en varias ocasiones cómo Jesús sintió compasión (Mt. 9, 35-38) y posteriormente, san Juan de Dios, por fijarnos en el más cercano para nosotros, será un ejemplo vivo de esa dinámica propia de un corazón misericordioso. Sabemos por sus escritos cómo en una ocasión pidiendo limosna en Córdoba, se topó con una familia en la que los padres estaban muy enfermos y tenían dos hijas jóvenes de las que Juan intuía, sospechaba, que podían acabar como otras muchas por derroteros marginales como medio de subsistencia. Hablando de ellos a su gran bienhechora la Duquesa de Sesa, le escribe: «Tan pobres y mal cuidados los vi que me quebraron el corazón» (1 DS, 15).

Dice B. Haring en su obra *La fe, fuente de salud»:*

> «La compasión, el amor y el poder del amor son el motor auténtico de las curaciones que realizó Jesús».

Y Bertrand Russell confiesa:

> «El amor y el saber, en cuanto me fueron posibles, me levantaron hacia arriba, hacia los cielos. Pero la compasión me devolvió siempre a la tierra. Ecos de gritos de dolor reverberaban en mi corazón. Niños hambrientos, víctimas torturadas por opresores, ancianos inválidos que son sólo una carga odiada para sus hijos, y todo ese mundo de soledad, pobreza y sufrimiento, convierte en burla lo que la vida humana debería de ser. Aspiro con toda mi alma a aliviar el mal, pero no puedo y sufro».

En nuestra parábola, el *sentimiento de lástima y las atenciones* que presta un cismático samaritano a un pobre hombre, judío, víctima de salteadores de caminos, contrasta vivamente con la insensibilidad y la absoluta despreocupación, tal vez inspirada por la propia ley, de los representantes cualificados del culto judío. Precisamente aquellos que por su función y por su pertenencia a una determinada tribu, tenían por oficio *purificar* a los afectados por alguna contaminación de orden físico (cf. las «funciones del sacerdote», en Lv. 12, 13-15).

Se interesó por él
y le ayudó con lo que tenía en su mano

Por eso, cuando el samaritano vio que su mula se espantaba ante la presencia de un bulto humano caído en el suelo, detuvo al animal y bajó de su caballería, pensando, probablemente, que aquel hombre estaba ya muerto.

Ya en tierra, vio que respiraba aún. Y no tuvo entonces los escrúpulos de quienes le habían precedido; dejó que sus manos hicieran lo que su corazón ya mandaba.

• *«Echándole aceite y vino en las heridas»:* estos dos elementos eran las provisiones que llevaba el samaritano para su viaje. Ya Teofrasto y la propia tradición rabínica posterior (Sab. 19, 2) conocen el valor terpéutico de la mezcla de esos dos líquidos. En el A. Testamento el aceite tiene la propiedad de suavizar el ardor de las heridas (Is. 1, 5-6). En cambio en el Nuevo Testamento el aceite sirve ante todo, para la unción de los enfermos (Mac. 6, 13; Sant. 5, 14). Las propiedades fundamentalmente ácidas del vino, y el alcohol que conlleva, tienen efectos antisépticos. En Ap. 6.6; 18, 13, «el vino y el aceite» se consideran como los productos de la tierra por excelencia.

• «Lo montó cuidadosamente en su cabalgadura» y, caminando él a pie para mejor sostener fraternalmente al herido, «le llevó hasta la próxima posada». Por lo menos desde los tiempos de san Jerónimo se ha localizado el lugar de este asalto y la vecina posada en la *subida de Adummin* (o *Cuestabermeja* (Jos. 18, 17), ya que el término *Adummin* se ha relacionado con la palabra equivalente a *sangre.*

• *Allí pagó al posadero «dos denarios de plata»,* para que lo cuidase hasta su regreso. La descripción que hace Jesús del samaritano es espléndida: todas sus posesiones materiales que lleva encima —aceite, vino, cabalgadura y dinero— las emplea para ayudar a un pobre judío infortunado que se encuentra tirado por el camino. Realmente, el samaritano resulta ser *un buen hombre samaritano,* pues no se ha quedado en la simple emoción compasiva de la primera impresión, sino que se ha preocupado y ha atendido al hombre herido de una forma completa, asumiendo las consecuencias de su primera acción hasta el final.

■ *«¿Qué te parece? ¿Cuál de estos tres se hizo prójimo del que cayó en manos de los bandidos? Él contestó: —El que tuvo compasión de él» (Lc. 10, 36-37).*

Es significativa la estudiada ambigüedad de la respuesta por parte del jurista a la pregunta directa de Jesús. Como buen judío, evita hablar directamente de un *samaritano* y sustituye esa denominación por una perífrasis: «el que tuvo compasión de él».

El ***núcleo del mensaje*** de esta narración queda sintetizado en la respuesta que da el jurista, como síntesis a su anterior pregunta «¿Y quién es mi prójimo?».

Prójimo, es todo necesitado que encontremos en nuestro camino, todo aquel que pueda ser objeto de nuestra compasión y de nuestros desvelos, por encima incluso de nuestros vínculos étnicos o de nuestras convicciones religiosas. Las prescripciones sobre la impureza legal que se contraía por contacto con un cadáver también formaba parte del *pentateuco samaritano;* pero toda esa legislación no fue obstáculo para que el protagonista de nuestra historia antepusiera los sentimientos de compasión y de entrega a cualquier clase de restricción legal que, en casos como éste, deben ser superados por la misericordia y por el amor.

Pero el sentido de la palabra *prójimo* en la pregunta del jurista difiere considerablemente del significado de ese mismo término en el *ejemplo* propuesto por Jesús. Como dice J. M. Creed: «El doctor de la ley pregunta por la definición del concepto *prójimo* en un enunciado como el de la ley, que manda «amar al prójimo como a uno mismo». Tanto en la cita del Pentateuco como en la pregunta del doctor, el *prójimo* es el destinatario de un acto de misericordia».

No se puede negar que la parábola da, indirectamente, cierta respuesta a la pregunta planteada: tu prójimo es precisamente ese necesitado que te encuentras en tu camino. Pero, de hecho, la narración da un significado distinto al término *prójimo;* en el sentido más exacto, *prójimo* es el que muestra benevolencia y *cordialidad* con respecto a otros.

Efectivamente, la pregunta que hace Jesús al final de la narración propiamente dicha y la respuesta que a regañadientes da el jurista abren el problema a un horizonte mucho más dilatado y desenmascaran los esfuerzos del interlocutor por *Justificarse* a sí mismo.

No vale plantear el problema en términos legales: ¿De quién era *prójimo* la víctima de los salteadores? ¿Del sacerdote? ¿Del levita? ¿Del samaritano? El planteamiento es al revés: ¿Quién de ellos «se hizo prójimo» —o se comportó como tal— del que cayó en manos de los bandidos? En palabras de T. W. Manson: «El principio fundamental de la cuestión es que mientras la nueva proximidad no produce amor, el amor produce una próxima *cordialidad.*

En realidad, la parábola o el *ejemplo,* no da ninguna definición de *prójimo,* ya que un planteamiento de pura casuística es totalmente inadecuado. *El amor no puede definir su objeto.*

■ *«Jesús le dijo: —Pues anda y haz tú lo mismo» (Lc. 10, 37 b).*

El imperativo *anda o vete,* no sale más que una sola vez en Mateo y tres veces en Juan; en cambio, Lucas lo emplea doce veces. El pronombre personal *tú,* lo añade expresamente para darle mayor énfasis al imperativo *haz.* Este típico lucanismo sugiere que la observación conclusiva de Jesús puede ser una adición redaccional a la versión primitiva de la parábola.

Todo el énfasis de la narración de Lucas radica en esta invitación final: «Pues anda y haz tú lo mismo». Y si es importante la figura del samaritano, no se debe a que sea un estudiado y polemizador alegato antijudío de Jesús, sino simplemente al interés de Lucas por subrayar este aspecto universalista. Eso es lo que le lleva a buscar en la sociedad palestinense *a los seres más despreciados.*

Según X. Pikaza, «el que acepta y comprende el valor del Reino de Dios se encuentra viviendo en un tipo de vida distinta. Sus rasgos los traza Lucas de forma admirable al unir las escenas del buen samaritano (10, 25-37), de Marta y María (10, 38-42) y de la forma del orar cristiano (11, 1-13)... Según nuestra parábola, *prójimo* es quien da, sin preguntar ni exigir, sin buscar causa o recompensa (Lc. 10, 30-37). Pero en palabras del perito, que Jesús acepta, el camino de la vida tiene dos facetas: amor a Dios y amor al prójimo (10, 25-28). El buen samaritano sólo muestra la segunda. ¿Bastará con eso? No nos apresuremos y sigamos leyendo el evangelio. Jesús ha entrado ya en casa de Marta y María (Lc. 10, 38-42).



«San Juan de Dios será un vivo ejemplo de esa dinámica propia de un corazón misericordioso».

COMENTARIO GENERAL Y APLICACIONES PASTORALES

Existen numerosos comentarios e interpretaciones de esta conocida y nuclear parábola de las llamadas «parábolas de la misericordia». Intento ahora aportar la opinión de los autores más significativos y actuales sobre la valoración de esta narración del «buen hombre samaritano».

Joseph A. Fitzmyer, que ha sido nuestro principal mentor en este estudio, concluye su análisis:

> «Dentro de un contexto inmediato, la *compasión* del protagonista para con el malherido viandante es un ejemplo bien preciso del amor al prójimo, enunciado en el versículo 27 y recomendado como condición de *vida eterna* en el 28. La incorporación de este episodio a la narración evangélica de Lucas da un énfasis particular a ciertas cláusulas del discurso de la llanura, concretamente en las que definen los términos del amor humano (Lc. 6, 27-35). También contribuye, a su manera, a la perspectiva de *universalismo* que caracteriza la concepción de Lucas; el horizonte abarca también a un samaritano y le convierte en paradigma para los seguidores de Cristo. La narración sugiere que también el samaritano encontró su camino hacia la *vida eterna.* El sacerdote y el levita no es que estuvieran faltos de amor a Dios —la dedicación a su tarea es testimonio fehaciente—; pero cuando se puso a prueba su amor al prójimo se encontró un profundo vacío, mientras que en el samaritano brilló en todo su esplendor».

Asistimos en esta parábola a mucho más que a una anécdota. En ella vemos cómo *la caridad queda constituida en base de toda santidad.* Así lo subraya el tradicional comentario de Bruce:

> «La moral de esta historia es que la caridad es la verdadera santidad. Esa es la clave del edificio de la parábola. Esto es lo que explica particularmente la elección de los personajes, un sacerdote y un levita, personas santas por profesión y ocupación, y un desconocido samaritano, de raza distinta a la del hombre que necesitaba el socorro del prójimo. Los dos primeros subrayan la lección de la parábola por el contraste que sugieren entre la verdadera santidad del amor y las formas viciadas de la santidad. El último pone de relieve, con su buena acción, el valor supremo del amor a los ojos de Dios».

Pero los padres de la Iglesia han ido más allá en la interpretación de esta parábola y la han visto como un misterio: es del corazón de Dios de lo que aquí se sigue hablando. «Toda la humanidad —dice san Agustín— yace herida al borde del camino en la persona de ese hombre, a quien el diablo y sus ángeles han despojado. Y es Cristo, el buen samaritano, quien, bajando desde el cielo, carga con la humanidad a hombros para curarla.

«Por eso desde entonces —concluye J. L. Martín Descalzo— todo gesto de amor tendrá ya siempre algo de cristiano, un recuerdo, quizá inconsciente, de Cristo. Y la Iglesia deja de ser la de Cristo cuando pasa a lo largo del camino de los que sufren, y es cristiana cuando se inclina hacia ellos. Tiene por ello plena razón Cerfaux cuando afirma que «toda civilización cristiana ha nacido de esta parábola». Aunque muchos que se llaman cristianos, parezcan haber heredado más del sacerdote y del levita que del Buen samaritano».

Muy recientemente, Juan Pablo II dedicó un capítulo entero de su encíclica *Salvifici Doloris,* sobre el sufrimiento humano, a comentar esta parábola, y en ella define al Buen Samaritano como:

> — Todo hombre que *se para junto al sufrimiento* de otro hombre, de cualquier género que ése sea. Parada de *disponibilidad,* no de curiosidad.
>
> — Todo hombre *sensible al sufrimiento ajeno,* el hombre

que se conmueve ante la desgracia del prójimo. Es decir, *compasión,* ante el que sufre.

— Todo hombre que *ofrece ayuda en el sufrimiento,* de cualquier clase que sea. Ayuda, dentro de lo posible, eficaz. En ella pone todo su corazón y no ahorra ni siquiera medios materiales.

— Buen samaritano es el hombre capaz precisamente de ese *don de sí mismo.*

Traigo también en este momento, unas interesantes aportaciones de Jon Sobrino, desde la reflexión y la praxis de la teología de la liberación, extractadas de un reciente escrito suyo: «La Iglesia samaritana y el Principio-Misericordia»:

• ***El término «misericordia»*** hay que entenderlo bien, porque puede connotar cosas verdaderas y buenas, pero tambien cosas insuficientes y hasta peligrosas: sentimiento de compasión (con el peligro de que no vaya acompañado de una praxis), *obras de misericordia* (con el peligro de que no se analicen las causas del sufrimiento), alivio de necesidades individuales (con el peligro de abandonar la transformación de las estructuras), actitudes paternales (con el peligro del paternalismo)... Para evitar las limitaciones del concepto *misericordia* y los malentendidos a los que se presta, no hablamos simplemente de *misericordia,* sino del *principio-misericordia.*

• Entendemos por ***principio-misericordia*** un específico amor que está en el origen de un proceso, pero que además permanece presente y activo a lo largo de él, le otorga una determinada dirección y configura los diversos elementos dentro del proceso.

Ese *principio-misericordia* creemos que es el principio fundamental de la actuación de Dios y de Jesús, y debe serlo de la Iglesia.

• Estos son *algunos puntos significativos* de cómo el *principio-misericorida* informa y configura a la Iglesia:

— Una Iglesia descentrada por la misericordia.
— La historización de los clamores y de la misericordia.
— La misericordia consecuente hasta el final.
— La Iglesia de la misericordia se hace notar como verdadera Iglesia de Jesús.

Y termino esta aportación de un teólogo de la liberación, que tanto sabe del sufrimiento de los pobres, de las masas enfermas y empobrecidas de América Latina, con la una larga cita que creo no tiene desperdicio.

«En este mundo se aplauden o se toleran *obras de misericordia,* pero no se tolera a una Iglesia configurada por el *principio-misericordia,* el cual la lleve a denunciar a los salteadores que producen víctimas, o desenmascarar la mentira con la que cubren la opresión y a animar a las víctimas a liberarse de ellos. En otras palabras: los salteadores del mundo anti-misericordioso toleran que se curen heridas, pero no que se sane de verdad al herido ni que se luche para que éste no vuelva a caer en sus manos.

Cuando eso ocurre, la Iglesia, como cualquier otra institución, es amenazada, atacada y perseguida; lo cual, a su vez, verifica que la Iglesia se ha dejado regir por el *principio-misericordia* y no se ha reducido simplemente a las *obras de misericordia.* Ya la ausencia de tales amenazas, ataques y persecuciones, verifica, a su vez, que la Iglesia habrá podido realizar *obras de misericordia,* pero no se ha dejado regir por el verdadero *principio-misericordia.*

Todavía un nuevo testimonio, el de Cipriano Díaz que desde la actividad evangelizadora en un ambiente parroquial de una ciudad española, nos resume la parábola del buen samaritano de esta manera:

«El teólogo pregunta y Jesús le remite a la ley. Pero la ley ha de ser desentrañada de la realidad. No es la ley la que responde a la realidad, sino las respuestas que hay que darle a la realidad las que hacen o no buena la ley. Aunque Jesús supone que una norma que está más pendiente de la realidad que de sí misma *ya no es otra cosa que amor.* La ley no sirve para abrirnos al futuro, porque está anclada en el pasado y vive de la restauración. El amor, en cambio, nos llama a romper el estado actual de cosas para *abrirlas a la esperanza.*

La virtualidad de la parábola del buen extranjero es doble:

— Por un lado, nos hace percibir la realidad desde sus llagas y sus heridas abiertas.

— Por otro, nos anima a descubrir que la realidad, cuando la contemplamos sin prejuicios y obligaciones, nos invita a salidas creativas; más allá de lo que sería prudente hacer. Si el mundo se comporta con absoluta sensatez, nosotros, desde Jesús, estamos llamados a ser *unos insensatos.*

Abrirse al sufrimiento, como hiciera el buen samaritano, es hacerse poroso a la realidad y exorcizar la muerte que la humanidad provoca. Basta con poner en juego *la compasión y la solidaridad.* Dos armas cargadas de futuro».

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Marcos, Cipriano: *El buen samaritano: ese insensato.* Revista Sal Terrae, mayo 1990 (385-394).
2. Fitzmyer, Joseph A.: *El evangelio según Lucas.* (Traducción y comentario, tomo III (caps. 8, 22-18,14), Ed. Cristiandad, Madrid, 1987.
3. Harrington, W.: *Evangelio según Lucas.* Ed. Studium, 1972.
4. Juan Pablo II: *Encíclica «Salvifici Doloris».* (Cap. VII: El Buen Samaritano, págs. 58-65), 1984.
5. Marchesi, Pierluigi: *La humanización* (41-43). Edit. Hospitalaria.
6. Martín Descalzo, José Luis: *Vida y misterio de Jesús de Nazareth.* (Tomo II: el mensaje), Ed. Sígueme, 1988.
7. Pikaza, Xavier y de la Calle, Francisco. *Teología de los evangelios de Jesús.* Ed. Sígueme, 1974.
8. Sobrino, Jon: *Iglesia samaritana: el «principio-misericordia».* Revista Sal Terrae, octubre, 1990.

10. PRESENCIA DE LAS HIJAS DE LA CARIDAD EN LOS HOSPITALES

Sor Carmen Victoria Ruiz de Toro

Hablar de las Hijas de la Caridad en los centros hospitalarios sin lanzar una mirada a los orígenes de la Compañía es poco menos que imposible.

La autora está convencida que los «tiempos han cambiado... pero lo esencial permanece», y esto es lo que nos expone en el siguiente estudio, la presencia de las Hijas de la Caridad en los hospitales a través de los tiempos: el ayer más lejano, los orígenes; el ayer más cercano, la llegada a España; el hoy en los hospitales y la proyección de futuro.

EL AYER MÁS LEJANO, ORÍGENES

La Compañía de las Hijas de la Caridad, fundada por San Vicente de Paúl y Santa Luisa de Marillac, de la que ya hemos celebrado el IV Centenario de su nacimiento, aparece en la Iglesia de Dios en respuesta a las necesidades de la época.

Desde la guerra de los Cien Años, la miseria en Francia no había sido tan grande como lo fue en la época de San Vicente de Paúl. Física y moralmente el país se encontraba en una situación lamentable. A consecuencia de la guerra de Religión, de las guerras civiles, complicadas con las guerras extranjeras, el campo se veía abandonado después de haber sido devastado por los ejércitos; las ciudades rebosaban de obreros sin trabajo, vagabundos de todas clases. Los hospitales eran insuficientes, aún cuando París contaba entonces sólo 450.000 habitantes, los enfermos se amontonaban en una misma cama,

> «se contagiaban mutuamente, según Hanoraux, morían como moscas, convirtiendo a todo el barrio que lo rodeaba en un foco de epidemia; la peste diezmaba regularmente la población parisina».

El pueblo moría de hambre; las enfermedades contagiosas asolaban regiones enteras; los impuestos muy gravosos provocaban verdaderas insurrecciones. La peste, el peor de los terrores que azotaba el país.

> «Puede decirse, según Marion Marcel, que en el tiempo de Luis XIII no hubo pueblo ni región que no sufriera una terrible epidemia»:



San Vicente de Paúl, fundador de las Hijas de la Caridad.

A la ruina de las guerras, la peste y el hambre, había que unir la falta de cultura.

Esto haría decir a San Vicente: «... el pobre pueblo fallece en la miseria y la ignorancia ...».

Y San Vicente se está refiriendo, no sólo a la ignorancia de cultura, sino más, a la ignorancia religiosa, ni siquiera el clero está bien instruido para enseñar al pueblo.

En 1617 estando a la cabecera de un pobre enfermo del campo, que habría muerto en pecado sin su ayuda, es cuando Dios le descubre su Misión de «Evangelizador de los

> Lo que hacía falta para esta labor eran jóvenes o mujeres del pueblo atraídas por su corazón hacia los pobres

> Santa Luisa las prepara para la asistencia a los enfermos y les enseña que el bien del alma y del cuerpo deben hacerse al mismo tiempo

Pobres», y en enero de 1617, tras el sermón de Folleville, funda la Congregación de la Misión, y el mismo año en agosto en Chatillon-des-Dombes, él mismo cuenta el relato:

«Estando yo revistiéndome para decir la Santa Misa, se me vino a decir, que en una casa apartada de las demás, a un cuarto de lengua, todo el mundo estaba enfermo, sin que quedase una sola persona para asistir a los demás, y todos en una necesidad que no podía expresarse. Esto me tocó sensiblemente al corazón ...».

Como en Folleville la emoción le hizo pronunciar palabras milagrosas. El pueblo entero responde en dádivas y ayudas... San Vicente piensa... «He ahí una gran caridad, pero mal organizada...». El 23 de agosto reúne a las señoras y funda, la primera de las Caridades.

COMO RESPUESTA A LA SITUACIÓN DE LA ÉPOCA

En 1630 París conoce su primera Cofradía de la Caridad, establecida en la Parroquia de Saint Sauveur. Al año siguiente Santa Luisa, funda la de San Nicolás-du-Chardonnet, con la aprobación del cura y la colaboración de algunas damas; poco después casi todas las parroquias de la ciudad y de los arrabales de París tendrán la suya.

Las primeras mujeres asociadas a las Cofradías eran mujeres acostumbradas al trabajo desde su niñez, pero en París se trata de damas de virtudes sólidas, que, por tener otros compromisos de tipo social, se verían en ocasiones imposibilitadas para prestar el servicio ellas mismas.

Esto lleva a San Vicente a pensar que lo que hacía falta para esta labor eran jóvenes o mujeres del pueblo, atraídas por su corazón hacia los pobres, y listas para cumplir para con ellos las *bajas y viles tareas,* que no corresponden a personas de condición; tales como:

«Preparar la comida del pobre, llevársela, tener los cuidados que exigía la enfermedad, cuidar de la limpieza de su buhardilla ...».

San Vicente mismo relata cómo las primeras campesinas se convirtieron en auxiliares de las Damas de la Caridad:

«... ya que las Damas que componen esa Cofradía son en su mayoría de una condición tal que no les permite ejercitarse en ciertas labores... como llevar el puchero por la ciudad, hacer las sangrías, las lavativas y ponerlas, curar las llagas y hacer las camas y velar a los enfermos que están solos y a punto de morir, tomaron a algunas compesinas bondadosas a quien Dios había concedido el deseo de asistir a los pobres enfermos, las cuales se dedican a todos estos pequeños servicios, tras haber sido preparadas para ellos por una virtuosa viuda que se llama señorita Le Gras (Luisa de Marillac)».

Aunque la Compañía de las Hijas de la Caridad nació oficialmente el 29-XI-1633. Sin embargo, Francia había conocido, desde 1630, en la persona de una pobre vaquera de Suresnes a la primera Hija de la Caridad, sierva de los pobres enfermos: Margarita Naseau. Había aprendido a leer y a escribir sola en medio de sus vacas y había enseñado a otras chicas del pueblo. En el curso de una misión dada por Vicente de Paúl, el santo habló de un proyecto en el que pensaba, cuya finalidad era proporcionar a los enfermos, enfermeras benévolas. San Vicente la convenció. Margarita llegó en febrero de 1630, fue seguida por algunas otras y Santa Luisa las fue formando... así fue como surgió la Compañía de las Hijas de la Caridad... de la que más tarde dirá San Vicente que había sido obra de Dios.

Santa Luisa las prepara para la asistencia a los enfermos y ella y San Vicente desde sus principios les enseñan que el bien del alma y del cuerpo deben hacerse al mismo tiempo.

Ya en 1629, Luisa de Marillac, a quien se han confiado estas jóvenes, establece un reglamento para ellas, en el que se lee:

«La Superiora de la Cofradía admitirá a las jóvenes aldeanas que crea idóneas para este oficio y les enseñará la manera de asistir bien a los enfermos pobres».

Así instruidas, se diseminan por la ciudad y por las aldeas, «para servir a los enfermos y mostrar a las señoras de la Cofradía cómo hay que asistirles».

Pero estas jóvenes están muy dispersas. El 29 de noviembre de 1633, Luisa las agrupa en una asociación:

«Porque las obras que miran al servicio de Dios, dice, acaban de ordinario con los que las comienzan si no hay alguna vinculación espiritual entre las personas que se dedican a ellas ...».

Las instruye en el cuidado corporal de los enfermos:

«Hacer y administrar las medicinas, cuidar las llagas, y otras enfermedades».

Paralelamente a la visita a domicilio, las grandes damas del siglo XVII consideran un honor llevar a los enfermos hospitalizados en el *Hotes Dieu* el consuelo reconfortante de sus visitas y de algunas golosinas. También en este terreno se considera necesaria una organización racional y estas Damas se agrupan en una asociación distinta de la que forman las señoras de las Caridades parroquiales y muy pronto piden también la ayuda de las Hijas de la Caridad para preparar la comida de los enfermos y ayudar a servirla:

Luisa de Marillac escribe así en el reglamento que redacta para las hermanas que se dedican a ese servicio:

«Tendrán cuidado de tener todos los días preparada y dispuesta la comida en el armario del *Hotel Dieu,* a las dos en punto y esperar, haciendo alguna labor, a las Damas para servirla ...».

«Cuidarán de que no falte nada de lo necesario para este trabajo y especialmente de que haya siempre delantales limpios y una palangana para que las damas se laven las manos cuando acaben de servir a los pobres».

Es el primer eslabón de una *tímida* inserción en el hospital.

Muy pronto, además del cuidado de enfermos a domicilio, de los niños abandonados, de los galeotes, de los ancianos, se va a llamar también a las Hijas de la Caridad para aprender, bajo la dirección de Luisa de Marillac, el cuidado de los enfermos en los hospitales, de los que se harán cargo por entero.

La forma en que la señorita Le Gras comprendió el papel de las Hijas de la Caridad en el seno del grupo hospitalario y cómo las formó para ello y las supervisó en su desempeño, revela un aspecto admirable y renovador de la colaboración.

Luisa de Marillac, atenta como Vicente de Paúl, a seguir las indicaciones de la Providencia, no impone la presencia de sus Hijas: espera a que las llamen.

En Angers, a instancias de la presidenta Goussolt, «el alcalde, el regidor y los administradores del hospital proponen llamar al Hospital de San Juan a las Hijas de la Caridad»:

Las hermanas que allí se envían hacen maravillas y otros hospitales las piden también. En 1643, Luisa de Marillac escribe a Vicente de Paúl:

> «La Señora de Lamoignon y la Señorita de Nesmond han venido aquí después de regresar de visitar el Hospital de San Dionisio, comisionadas para pedir Hermanas de la Caridad».

En 1645 se firma el Convenio.

Le Mans también quiere que vengan las hermanas. Los administradores del hospital preguntan sobre ese asunto a sus colegas de Angers, y el padre Portail, amigo y compañero de San Vicente, que se encontraba entonces en Le Mans, escribe a Luisa de Marillac:

> «Esperamos aquí con gran impaciencia a vuestras jóvenes».

Las hermanas van. Surgen dificultades y Luisa las anima así:

> «Bendito sea Dios por la manera como os dirige y por todos los choques y contradicciones que me habéis comunicado. Creo que su Bondad os habrá concedido la gracia de no aburriros por no hace nada. Basta con que Dios sepa que estamos dispuestas a trabajar cuando Él tenga a bien emplearnos».

Le Mans constituye una fracaso y se llama a las hermanas de allí el 1 de junio. Sólo han estado tres semanas. Pero este fracaso dará frutos de experiencia.

> “Además del cuidado de enfermos a domicilio, se les enseña el cuidado de los enfermos en los hospitales”

> “La experiencia adquirida en los hospitales y los reglamentos elaborados para ello sirvieron de modelo para posteriores fundaciones”

Y no impide que crezca el renombre de las Hijas de la Caridad. Acuden a los hospitales de Nantes, Fontenebleau y Montreuil-sur-Mer en 1646 y 1647. Al de Hennebont en 1651, y después en 1654 a los de Berny y Châteaudun, y en 1657 al de Ussel.

Los estragos de la guerra se extienden por el Norte y el Este de Francia. En 1650, las hermanas entran en el hospital de Chalons para cuidar a los heridos. La Reina va a verlas y satisfecha de sus servicios pide que sucesivamente vayan a Sedan 1654, La Fére 1656 y Calais 1658, que entonces eran campos de batalla. Varias hermanas mueren víctimas del contagio cuando cuidaban a los soldados enfermos. En los hospitales la vinculación de las hermanas se hace mediante convenios. Santa Luisa es hija de su tiempo. Por su familia: es sobrina del autor del famoso Código Michaux, importante texto legislativo francés. Por su tiempo: en el siglo XVII gozaban de gran favor los documentos oficiales.



Santa Luisa de Marillac, cofundadora de la Orden.

Así pues la señorita hará un *convenio o contrato,* en cada una de las nuevas fundaciones, como, por otra parte, se lo aconseja Vicente de Paúl quien le escribe lo siguiente, a propósito del hospital de Angers, el 11 de enero de 1640:

> «En vista de que esos señores quieren hacer las cosas por escrito, hacedlo *in nomine Domini.* Que el convenio figure a vuestro nombre, como directora de las Hijas de la Caridad, siervas de los enfermos de los hospitales y de las parroquias, con el visto bueno del Superior General de la Congregación de la Misión, Director de las citadas Hijas de la Caridad».

Después del de Angers (3-XI-1640) se harán otros análogos en Saint Denis (28-VIII-1645) y en châteaudun (16-VII-1654).

Lo esencial puede resumirse en estas líneas:

> «Las Hijas de la Caridad dependerán siempre del Superior General de la Congregación de la Misión por lo que se refiere a lo espiritual, a fin de que los señores administradores les concedan plena libertad para vivir sus reglas, que las obligan, sin embargo, a dejarlo todo cuando la necesidad y el servicio de los pobres lo requieran».
>
> «Obecederán sin embargo, a los señores administradores en lo exterior que compete al reglamento del hospital para la asistencia de los pobres enfermos, y a la que hace el oficio de superiora, en lo que se refiere a las reglas citadas».

La experiencia adquirida en los hospitales en que trabajaron y los reglamentos elaborados para ellos sirvieron de modelo para ulteriores fundaciones. Vicente de Paúl y Luisa de Marillac elaboraron cuidadosamente y en estrecha colaboración esos reglamentos, variándolos según las circunstancias.

La señorita, ya en 1634, estableció un *orden del día* para las jóvenes aldeanas que le confió Vicente de Paúl para que las preparase para servir a los enfermos. El santo lo adapta y amplía para las hermanas de Angers, diciendo así a Luisa:

> «Es conveniente que enseñéis el pequeño reglamento de vida de vuestras jóvenes al señor de Vaux (uno de los administradores) y a quienes él juzgue oportuno y que las jóvenes estén firmemente resueltas a guardarlo bien. Les inculcaréis, tanto a esos señores como a ella la importancia que tiene el que lo cambien».

Luisa de Marillac entiende que las hermanas en los hospitales deben mantenerse en su sitio.

Para conseguirlo, detalla claramente sus funciones. Los reglamentos son muy claros en este punto:

> «Las Hijas de la Caridad van a Angers para honrar a Nuestro Señor, Padre de los pobres, y a su Santa Madre, asistiendo a los enfermos corporal y espiritualmente; corporalmente, sirviéndoles y preparándoles el alimento y las medicinas; espiritualmente, instruyendo a los enfermos en lo necesario para salvarse».

Sólidamente insertas en el equipo hospitalario, trabajarán en él sin ruido, delicadamente atentas a los enfermos a quienes cuidan por amor a Dios, respetuosas y obedientes con aquellos que detentan la autoridad, así deseaban Luisa de Marillac y Vicente de Paúl que fuesen las Hijas de la Caridad. Para ello se requería una seria selección y una formación continuada.

> “Asentadas en el equipo hospitalario, trabajarán en él sin ruido, delicadamente atentas a los enfermos”

> “Los enfermos son los preferidos de Dios, hay que hacer por ellos cuanto se pueda para remediar sus males”

Una formación profesional, rudimentaria al principio, más desarrollada después, se establece bajo la vigilancia de Santa Luisa. Comprende los conocimientos de una enfermera del siglo XVII, que no pueden apenas compararse con los diplomas actuales. Sangrías, lavativas y cataplasmas constituían la práctica ordinaria de la época.

La correspondencia de Luisa, de la que extraemos los pasajes siguientes muestra cómo las hace capaces de enseñar a otras.

> «Le pido, hermana mía, que enseñe a sangrar a nuestra hermana: pero sobre todo, enséñele bien los peligros de las arterias, nervios y demás y acuérdese, si ocurriese que usted cree haber abierto una arteria, de sacar una gran cantidad de sangre y poner una moneda en la compresa para hacer la ligadura».

Una carta de 1658 precisa «que el mejor tiempo para la sangría» en las personas de edad, «es el de luna llena; para la purga, el menguante, temiendo una gran evacuación».

El modo de empleo de los medicamentos enviados es minuciosamente explicado por Luisa para que tengan un efecto más seguro.

> «Con el regaliz se hace tisana, del que os he enviado pequeños trozos, para utilizarlo con más facilidad; pero tiene que ser nuevo y no cortar más que el que se use, ya que se pone negro».

El cuidado a domicilio del enfermo por ser la obra principal de la sierva de los pobres, su deber profesional, exige de ella los conocimiento de la época.

La instrucción teórica tampoco se descuida; pero ninguna enseñanza en la formación profesional de una sierva de los pobres *vale,* lo que una visita a éstos.

La educación de las hermanas se hacía así, en el sitio y por correspondencia, día a día y durante años, y todo era material de enseñanza.

Luisa sigue con solicitud los esfuerzos de sus hijas en provincias. «Si tenéis necesidad de lancetas, pedídmelas», les escribe. En otra ocasión anuncia el envío de «jeringas por medio de la señorita duquesa».

A veces son consignas y enseñanzas, pues su corazón maternal comprende:

> «Que los cambios son siempre difíciles y... que se necesita tiempo para aprender las costumbres y el medio de servir bien y acertadamente a los pobres».

Una vigilancia discreta pero activa práctica con sus hijas para prevenir las desviaciones y corregir los errores. Consejos como los siguientes se repiten en los escritos de la santa:

> «Que vuestra conducta con los enfermos, no sea por cumplir sino muy afectuosa, hablándoles y sirviéndoles de corazón, informándose particularmente de sus necesidades, hablándoles con dulzura y compasión, procurándoles, sin ser inoportunas ni apremiantes, la ayuda a sus necesidades; pero sobre todo de su salud y no saliendo nunca de casa de un pobre sin haberle dicho una buena palabra».

A las hermanas de los pueblos sin médico les hará la recomendación de ir «a ver ellas mismas las necesidades de los enfermos y según sus enfermedades aplicar los remedios "como sangrías, lavativas, medicinas"». En cambio, las hermanas de parroquias tienen que dar los remedios «en la forma y a la hora que ha ordenado el médico».

Las hermanas veían regularmente a los enfermos, ya que debían asegurarse de la observancia exacta de las prescripciones del médico y darse cuenta de las complicaciones que podían ocurrir. Se trataba de una vigilancia análoga a la que se hacía con un enfermo en el hospital.

El pasar del servicio de los enfermos a domicilio al de los hospitales fue bastante natural. Aunque la obra hospitalaria no parece que en principio entrara en la idea de su fundación, les fue atribuida a las Hijas de la Caridad, parcialmente, en el hospital de París en 1634; y completamente en Angers, en 1640.

El acto realizado por la señorita Le Gras en el hospital de Angers, «obra maestra de razón y de sentimientos», por la que las Hijas de la Caridad, hasta entonces auxiliares de las Damas de de Caridad, aceptaban tomar totalmente a su cargo un establecimiento hospitalario, *este acto* tenía un *contenido* más grande de lo que ni siquiera preveían, quizás, Luisa y Vicente de Paúl.

Incluso hoy en todo el mundo muchos hospitales son confiados aún a las Hijas de la Caridad y prosperan por la aplicación de las reglas y principios inaugurados por Luisa de Marillac en Angers.

Cuando los administradores del establecimiento reclamaron a las hermanas para servir en el hospital, aunque Luisa estaba enferma y se le advirtió que la peste reinaba en la ciudad y en los alrededores, nadie la hizo desistir de este viaje. Había que efectuar una reforma completa allí donde existían «muchas faltas y desórdenes con respecto al bien y al servicio de los pobres». Una memoria de 1675, conservada en los Archivos Nacionales, dice:

> «Había alrededor de treinta o cuarenta enfermos, a la llegada de las hermanas, y tres docenas de camisas en total. Había muy pocos pobres; los de la ciudad no se dejaban llevar gustosos al hospital...».

Después de haber pasado unos veinte días, Luisa podía volver a París, pues la obra del hospital estaba organizada. Pero, desde la capital, ella cuidaría con San Vicente de todo lo que ocurría en esta fundación.

Del reglamento de Luisa no reproducimos más que un extracto, en el que se muestra la forma cristiana y maternal en la que las siervas de los pobres deben acoger a sus dueños, los pobres:

> «La que está encargada de acostar a los enfermos tendrá cuidado de recibirlos después de que los haya visto el sacerdote, y los recibirá, como la regla le ordena, con el pensamiento de que ella es su sierva y que ellos son sus señores y dueños, y tendrá en la pequeña cocina agua caliente con la que les lavará los pies, los cambiará de camisa, les dará gorros de dormir siempre que haya en el hospital.
>
> Tendrá cuidado cuando estén acostados de guardar sus ropas y dinero si tuvieran, después hará, que cuanto antes, se les dé un caldo».

Siguiendo siempre a la caridad, allí donde vaya, las Hijas de Luisa ven extenderse rápidamente su campo de acción. En tiempos de la Fronde, en Châlons, en Sainte-Menehould, en Calais, en Arras, los soldados heridos se convierten, también ellos, en *señores y dueños.* El espíritu de las hermanas se ha formado a base de la práctica. A pesar de la variedad de obras a las que se dedican, saben, gracias a su fundadora, mantener a la vez lo esencial y modificar lo accidental de las costumbres y preceptos establecidos. Su apostolado se inspira en las circunstancias de tiempo y lugar.

Tienen presente que es el mismo Cristo a quien atienden en la persona de los enfermos.

> «Para las Hijas de la Caridad el servicio de Cristo a los pobres, a los enfermos es un acto de amor, amor afectivo y efectivo que constituye la trama de su vida». (Const. 1.29).

Tratan a los enfermos como San Vicente les pedía, con dulzura, cordialidad, respeto y devoción.

Esto que las hermanas vivieron en el ayer más lejano, en la Francia del siglo XVII, comienza a vivirse en el ayer más cercano de la España del siglo XVIII.

EL AYER CERCANO

La primera idea de traer Hijas de la Caridad a España partió de los sacerdotes de la misión, padres paúles, también fundados por San Vicente de Paúl y que estaban en España desde 1704.

Presentado el proyecto al Superior General lo acoge con gozo, siempre que fuese España quien proveyese las vocaciones. No les fue difícil encontrar a seis jóvenes vocacionadas que irán a formarse a Francia.

Después de una esmerada preparación espiritual y técnica, de acuerdo con el carisma vicenciano, cinco de aquellas seis jóvenes españolas y una francesa, sor David, asistenta general, llegan el 26 de mayo de 1790 al Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, siendo recibidas con gran entusiasmo. Dicen las crónicas:

> «Salieron a su encuentro las autoridades y personas importantes de la ciudad, en medio de entusiastas aclamaciones con que el pueblo de Barcelona saludaba a las Hijas de la Caridad».

El Hospital de la Santa Cruz había sido fundado en 1401 y acondicionado en repetidas ocasiones de acuerdo con las necesidades que iban surgiendo. Últimamente estaba bajo la custodia y servicios de los Hermanos de la Santa Cruz, 10 buenos menestrales barceloneses encabezados por el hermano Sayrols, alma de la Institución.

> «Las Hijas de la Caridad viven abiertas al cambio operado en la sociedad y están disponibles para adaptarse a los signos de los tiempos»

> «Pero hoy como ayer, las Hijas de la Caridad quieren continuar el dinamismo de su entrega en gratuidad al servicio de cualquier necesidad humana»

Instaladas las hermanas provisionalmente en la Casa de Convalecencia, el 22 de agosto las ponen al frente de la sala de mujeres enfermas.

> «Antes de comenzar su servicio hicieron un rato de oración frente al altar de Santa Eulalia y acto seguido los señores administradores les confiaron el cuidado de las enfermas y de los niños expósitos».

Su experiencia y sus forma de vida llama gratamente la atención:

> «¡Qué mujeres tan originales! Su indumentaria resultaba algo llamativa, su agilidad extraordinaria y la preparación esmerada, cautivaba la atención de todos. Eran jóvenes sencillas que guiadas por la caridad y la humildad pueden conseguir grandes ideales. Iluminan, sostienen, se preocupan por la salud del cuerpo y del alma. Ellas no pertenecen a conventos cerrados; su servicio es universal, su acción comprometida, su preparación actualizada».

Son las sencillas hijas del señor Vicente, siervas de sus señores, los pobres enfermos.

Durante su formación oyeron y practicaron infinidad de veces esta frase:

> «El amor no puede permanecer ocioso, hay que socorrer al enfermo y ayudarle tanto como se pueda en sus necesidades y miserias, y hay que estar de acuerdo con el corazón en la medida en que se pueda. ¿Qué desea un enfermo sino que se le alivie en sus dolores?» (San Vicente, conferencia a las Hijas de la Caridad).

Una de las originalidades que más encantan en la vida de San Vicente es precisamente el ingenio que despliega para aliviar a los enfermos procurándoles remedios.

De toda la doctrina vicenciana se desprende una certidumbre plena: los pobres, los enfermos son los preferidos de Dios, hay que hacer por ellos cuanto se pueda para remediar sus males.

Ésta será la tarea realizada día a día por aquellas seis expertas enfermeras que un día optaron por entregar su vida a la causa del dolor. Sólo dos años permanecieron en el Hospital de la Santa Cruz. Ya se habían hecho populares en toda la ciudad y sus contornos. Era patente la mejora del hospital, tanto en la sala de mujeres como en los niños expósitos. El testimonio de sus vidas intachables, dedicadas exclusivamente al servicio confiado, realizado con amor y competencia, atrajo a otras jóvenes que solicitaron la entrada en la Comunidad. La semilla estaba echada; pronto germinaría en toda España.

> “Intentan vivir la justicia profesional adaptándose a las condiciones sociológicas de hoy, pero manteniendo la identidad y la visión de fe”

> “Acogen con gozo los servicios más humildes para que, desde ahí, sea posible humanizar la técnica y hacer que el enfermo se sienta persona”

> “Es necesario ser signos proféticos, voz de los sin voz”

Cuando las hermanas tuvieron que dejar el hospital de Barcelona a los dos años de su llegada, ya su fama había corrido por distintos puntos de la provincia y comienzan a llover peticiones. La obra fundamental seguirá siendo el servicio hospitalario.

Más tarde son llamadas al hospital de Lérida y al hospital de Reus. Desde los comienzos es constante vicenciana la caridad, el servicio a los enfermos perfectamente organizado. Si no se requerían estudios especiales de enfermería, sí que era imprescindible, una buena dosis de sentido común y una preparación adecuada para organizar y planificar las distintas tareas. En las reglas particulares para las hermanas de hospitales queda claro el fin, las condiciones y los medios.

El fin: Honrar en los enfermos a Nuestro Señor Jesucristo, asistiéndoles corporal y espiritualmente.

Las condiciones: En lo espiritual dependen del Superior General. En lo temporal de los administradores mediante la firma de convenios.

Los medios: Observancia de las reglas propias y del reglamento del hospital. Sus reglas contienen una serie de normas a *modos de hacer* para los distintos oficios:

— La encargada de recibir a los enfermos.
— La que debe servir el pan y el vino.
— Las que sirven a los enfermos más débiles.
— Cocineras. Las que cuidan la vajilla.
— Las veladoras.
— Las encargadas de la limpieza y de la ropa.
— Las amortajadoras...

Una riqueza inmensa de programación de todas las características para que sea eficaz. Posiblemente sean la inspiración de las actuales normativas de enfermería para los distintos oficios o niveles profesionales.

Tienen muy claro, desde los orígenes, que la competencia profesional, la preparación y formación continua son imprescindibles en su vocación de siervas.

El fundamento de su identidad de Hijas de la Caridad está en el don total a Dios para el servicio de los pobres. En los enfermos ven al mismo Jesucristo y a Éste le ven crucificado en el dolor y sufrimiento de cada enfermo. La acción de dedicación a los demás la materializan en la atención a los enfermos en los hospitales tanto civiles como militares, así como en cárceles, asilos, escuelas, hogares, misiones. En tiempo de guerra están presentes en los campos de batalla sin distinción de ideologías.

> «Tenéis que estar dispuestas a servir a los pobres por todas partes a donde se os envíe, al ejército como habéis hecho cuando os llamaron, con los pobres criminales y en general en todos los lugares en que tengáis que asistir a los pobres, pues tal es vuestro fin» (S. Vicente 18-X-1655).

La aparición de las Hijas de la Caridad en los hospitales militares se debe al agradecimiento del Gobierno por los servicios que prestaron a los soldados repatriados de Cuba, salió una Real Orden del 20 de septiembre de 1897, que decía:

> «La Reina Regente desea que las Hijas de la Caridad sean encargadas de todos los hospitales militares del Reino.
>
> Desea su Majestad que los capitanes generales se entiendan con el director de las Hijas de la Caridad para las respectivas contratas».

— Inmediatamente fueron solicitadas las hermanas, que ya regían el de Madrid, para las ciudades de Barcelona, Valencia, Zaragoza y Guadalajara.

— En 1923, salieron impresas «las Disposiciones oficiales vigentes acerca de las Hijas de la Caridad en los hospitales militares».

La llegada de las Hijas de la Caridad a la ciudad de Cartagena obedece, como en todas las fundaciones, a una llamada para atender a los enfermos del Hospital de Marina, antiguo Hospital de Antigüones y posterior Real Hospital de Marina.

Las Hijas de la Caridad venían ejerciendo su caritativa labor de asistencia a los enfermos en los Hospitales de Marina de San Carlos y Ferrol desde 1870 y 1874, respectivamente. Tras la efectiva entrega del Hospital de Antigüones al fuero de Marina en 24 de julio de 1890, pocos días después (5 de agosto) se dispuso la rehabilitación del local preciso para el alojamiento de 13 hermanas, pero la llegada de éstas al hospital, se demoraría hasta el primero de diciembre de 1891, siendo su primera superiora sor Luisa Giménez Cortés.

Obligado es decir que las Hijas de la Caridad existieron en el Hospital Militar de Cartagena con anterioridad a 1890 cuando éste se encontraba bajo el fuero de guerra, pero habían cesado en su contrata.

Acababa de aparecer un nuevo reglamento para el régimen y organización de los Hospitales de Marina (14 de junio de 1890) que ampliaba el campo de actuación de las hermanas, asignándoles misiones administrativas, además de las que ya tenían como enfermeras; su actuación sólo podía ser controlada por el comisario del hospital y a ellas



La autora de este artículo, sor Carmen Victoria, en el hospital de Nbini.

debían obediencia los dependientes de la plana menor administrativa del hospital.

En el servicio de farmacias hospitalarias entrarían las hermanas en virtud de una disposición de 1925 que asignó de una manera permanente y definitiva, entre otras, a dos Hijas de la Caridad para el despacho de farmacias y otras dos para los gabinetes de inyectables, en ellas ubicados.

Las Hijas de la Caridad habrían de realizar misiones burocráticas y científicas de acuerdo a sus aptitudes, así como encargarse de la vigilancia y dirección de la limpieza de la dependencia, acatando en todo momento las órdenes del director o jefe de servicio.

El 30 de septiembre de 1891 se firma en Madrid el Contrato por el Ministro de Marina, don José M.ª Beranger y del director de las Hijas de la Caridad, padre Mariano J. Maller. El contrato se hace para 14 hermanas, pero en la lista figuran 17. Posteriormente aumentó su número a 23.

El 30 de junio de 1936 una orden ministerial rescindió el Contrato del Hospital de Marina de Cartagena, El Ferrol y Cádiz y a los pocos días una orden telegráfica ordenaba que se entregaran todos los enseres que estaban bajo la custodia de las Hijas de la Caridad.

Para forzar la entrega vino comisionado desde Madrid un jefe de intervención para recibir, mediante inventario, todo lo que estaba a cargo de las hermanas, las cuales debían abandonar el hospital en un plazo inferior a cuarenta días. La entrega de los cargos se efectuó el 21 de julio y el 22 de julio de 1936 abandonaron el hospital, distribuyéndose en casas particulares y más tarde unas se fueron con sus familiares y otras quedaron alojadas en el Asilo de las Hermanitas de los Pobres en el Barrio de la Concepción.

Terminada la guerra, las hermanas fueron llamadas de nuevo al hospital y a partir de esta fecha las Hijas de la Caridad han seguido prestando sus servicios a los enfermos hospitalizados hasta nuestros días. Los convenios se han ido actualizando 1891-1945-1976-1984.

Hoy las Hijas de la Caridad siguen sirviendo a los enfermos en los Hospitales navales con el mismo espíritu que sus antecesoras.

EL HOY EN LOS HOSPITALES Y LA PROYECCIÓN DE FUTURO

«La llamada que oyeron las primeras hermanas sigue suscitando y reuniendo, a través del mundo, a las Hijas de la Caridad, que se esfuerzan por beber en sus fuentes las inspiraciones e intuiciones de los fundadores para responder, con fidelidad y disponibilidad siempre renovadas, a las necesidades de su tiempo».

Desde el 26 de mayo de 1790 las Hijas de la Caridad han ejercido su servicio en muchos pueblos y ciudades de España. Durante todo el siglo XIX y XX fueron llamadas por las Diputaciones, Ayuntamientos, Instituciones Militares, Fundaciones, Cruces Rojas, Sanidad Nacional, Seguridad Social, para atender a toda clase de necesidades.

Actualmente están extendidas por toda la geografía española, con un total de 970 casas. Viven en comunidades, donde comparten cuanto son y tienen a nivel humano y de fe. Enraizadas en Dios son transmisoras de su amor a los hombres, sobre todo a los que sufren, a los pobres.

Quizá por lo que más se conoce a las Hijas de la Caridad es por su presencia en los hospitales. Desde su fundación la Compañía ha reconocido en la enfermedad, y, más,

si el enfermo es pobre, una llamada para prestar sus servicios. Fue el motivo de su presencia en España.

Cada capital de provincia, como hemos visto en Catalunya, poseía su hospital general, que luego se llamó civil o provincial, y en todos ellos ha habido a lo largo de la historia, presencia de Hijas de la Caridad. Ellas, que están para los pobres, saben que a este tipo de centros sólo acuden gentes sencillas, sin recursos para ingresar en instituciones privadas. De estos hospitales se hacía cargo la municipalidad o Diputación.

El tipo de vinculación laboral ha cambiado en la medida que la sociedad ha tomado conciencia del problema. En pocos años se ha dotado a los hospitales de amplias plantillas de médicos, enfermeras y personal sanitario, con otros muchos servicios, de manera que la forma de presencia de las hermanas ha cambiado, sin que dejen por ello de poner su nota de humanidad y sensibilidad ante la situación sufriente de cada enfermo.

Si en los hospitales civiles, en su mayoría, han estado presentes las hermanas, en los militares, su presencia es generalizada. Todos han sido y son atendidos por Hijas de la Caridad. También en muchos pueblos y pequeñas ciudades las hermanas se han hecho cargo de los pequeños centros de sanidad y psiquiátricos, así como de sanatorios o casas de convalecientes.

Las Hijas de la Caridad viven abiertas al cambio operado en la sociedad y están disponibles para adaptarse a los signos de los tiempos. Ellas mismas han experimentado un gran cambio externo, en 1964 aquellas tocas, cornetas almidonadas, dieron paso a un hábito más funcional para el servicio de los pobres, de los enfermos. A este cambio externo se han unido otros cambios experimentados en la propia sanidad. La medicina se ha ido perfeccionando, la enfermería ha creado diversos niveles de atención al paciente. Los hospitales se han modernizado. La socialización de la medicina ha dado lugar a grandes centros de la Seguridad Social, hoy Insalud. Su actualización más que responder a nuevas llamadas, consiste en adaptarse y formarse para nuevas técnicas. Las hermanas han entrado en la corriente del reciclaje y la puesta a punto. Su presencia en los hospitales ya no es tanto de presencia de autoridad, cuanto presencia de colaboración. Su número ha descendido considerablemente, la proporción entre Hijas de la Caridad y seglares se va haciendo cada vez más dispar. Pero hoy como ayer, las Hijas de la Caridad quieren continuar el dinamismo de su entrega en gratitud al servicio de cualquier necesidad humana. Tienen muy presente que caridad y ciencia son inseparables para un servicio eficaz; por esto, la formación permanente ha sido y es una constante en la Compañía, prepararse para mejor servir. Todas las hermana tienen la preparación técnica y experiencia para el servicio que desempeñan.

Ponen en juego todos sus recursos para colaborar a que los hospitales sean los más avanzados en terapias modernas. Una lectura atenta de sus Proyectos Comunitarios, sus Idearios de Centro, sus Proyectos Pastorales, ponen de relieve su rica personalidad creativa.

El carisma vicenciano y todo carisma asistencial lleva consigo la vivencia de valores profundos de solidaridad, humanización, fraternidad..., de tal forma que la calidad del servicio sea signo y vehículo de la ternura de Dios, de su entrañable misericordia. Las Reglas de las Hijas de la Caridad dicen:

> «Siendo su principal empleo servir a los pobres enfermos procurarán desempeñarlo con todo el cuidado y el afecto que les sea posible, considerando que no tanto sirven a ellos, como al mismo Jesucristo... los tratarán con dulzura, cordialidad, comprensión, respeto y devoción».

Hasta un *ayer* no muy lejano, eran ellas, casi solas, las que asumían responsabilidades junto a los enfermos, como hemos visto desde los orígenes. Eran fieles a la normativa, casi intocable, de los centros. Hoy son una más en el equipo de enfermería y tanto si desempeñan servicio de responsabilidad como si no es así, viven su don a Dios en el servicio de los enfermos en franca colaboración con el personal seglar, ellas se saben en el mundo, pero sin ser del mundo, ellas se saben inmersas en la problemática sanitaria movidas por un sólo interés, el hombre, su integridad personal, su asistencia integral.

— Hoy la Hija de la Caridad sanitaria pasa de una situación de *hija de casa* que colabora en una actividad comunitaria dentro del hospital; a una situación de inserción en el conjunto del mundo hospitalario supertecnificado para el que, la palabra clave es generalmente eficacia y a veces, rentabilidad.

— A partir de ahí pertenece a una profesión que se jerarquiza, se organiza con una superestructura internacional: la OMS y todas sus derivaciones y niveles organizativos (colegios, federaciones, sindicatos).

— Viven con sus colegas enfermeras en idénticos niveles profesionales y ellas, esperan de la Hija de la Caridad sinceridad y lealtad para integrarse con todas sus consecuencias en la profesión, dejando a un lado los privilegios.

Y porque han tomado conciencia de su situación, intentan vivir la justicia profesional adaptándose a las condiciones sociológicas de hoy, pero manteniendo la indentidad y la visión de la fe. No olvidan que la primacía de su *ser* es el anuncio evangélico, la buena noticia de que Dios ama al hombre, de que viene a salvarlo... y para ello intenta hacer de toda su profesión, *palabra de vida,* legible aún por aquellos que no tienen fe.

Posiblemente la influencia de la técnica, de la especialización, de los adelantos de la medicina, están haciendo cambiar la visión del hombre. Cada descubrimiento técnico-biológico lleva consigo un problema humano y moral: trasplante de órganos, eutanasia, fecundación *in vitro,* etc.

Los deseos del enfermo se ven interpretados por otro, él se encuentra desvalorizado, manipulado psicológicamente.

El hospital actual se nos presenta con la confluencia de varias corrientes:

— Vida de sufrimiento, incertidumbre, ansiedad, pobreza física y moral de los enfermos.
— Vida científico-técnica del cuerpo sanitario.
— Vida administrativa de organización financiera y legal.
— Vida sindical cada vez más fuerte y politizada.

Hoy la Hija de la Caridad se sigue preguntando: ¿cómo vivir el carisma de servicio a los enfermos desde la plataforma del ambiente sanitario? ¿Cómo vivir la inserción real en la profesión, sin perderse en el ambiente? ¿Cómo centrarse en el ser para los enfermos?

Sor Lucía Rogé, anteriora Superiora General, apunta la respuesta:

> «Por solidaridad con todos los que colaboran en el campo sanitario, las Hijas de la Caridad, hoy, tenemos que dar un

testimonio eclesial radical de lo absoluto de Dios en nuestra vida según el carisma vicenciano. Nuestra presencia debe ser en actitud de siervas de los más pequeños, de los más pobres... Tenemos que acoger con gozo los servicios mál humildes, aquellos en que se esté más en contacto con el enfermo, con el pobre, para que desde ahí sea posible humanizar la técnica y hacer que el enfermo se sienta persona»:

«Nuestra presencia en los hospitales se sitúa, o debiera situarse como la corriente de vida consagrada a Dios para los pobres, de una vida evangélica como la de otros cristianos, pero con un compromiso más fuerte...» (Semana de Estudios Vicencianos, Salamanca).

Dentro de este proceso histórico de la Hija de la Caridad sanitaria, tiene bastante importancia el aspecto estadístico. Hubo una época en la cual la Hija de la Caridad estuvo presente en casi todos los hospitales y asumía la mayor parte de puestos de trabajo sanitarios. Hoy la situación ha cambiado. Son muchas menos las hermanas sanitarias a la vez que el campo hospitalario ha aumentado considerablemente; por eso, en muchos centros parece que las hermanas se *diluyen* entre el gran número de personal contratado. Su presencia viene a ser como la de un pequeño señalizador de humanización transcendente. Sin deslumbrar..., calladamente..., iluminando amplios sectores de trabajo con la luz inconfundible de su consagración a Cristo en los enfermos.

En España 188 comunidades se dedican a tareas sanitarias, con un total de 2.059 hermanas entre los 25 y 70 años. Son el 23,16 % de las 8.890 que en toda la geografía española entregan su vida por la causa de los pobres.

Hoy ponemos el acento, en la calidad de presencia, más que en el número. Si somos *servidores* encendidos en el fuego del evangelio, nos inclinaremos hacia nuestros hermanos necesitados de atención en el cuerpo y en el espíritu, pasando del *caso clínico* a la solidaridad del amor.

Estamos llamadas a ser testigos cualificados, críticos e innovadores, desde el evangelio y la profesionalidad inseparables, en quienes por opción, han elegido imitar a Cristo.

Es necesario ser signos proféticos, voz de los sin voz, hasta que justicia y solidaridad se sienten en la mesa común de nuestros centros hospitalarios.

La Hija de la Caridad tiene muy claro que para humanizar su servicio necesita:

— Respeto a la libertad de la persona.
— Cercanía y escucha de su realidad.
— Pasar la historia médica por la oficina del corazón.
— Defender la vida humana por encima de cualquier ideología.
— Tener en cuenta que la salud total del paciente es la razón última de toda asistencia sanitaria.

Una sociedad tecnificada, organizada, especializada, cuanto más avanzada a nivel técnico y de eficacia, más se deshumaniza. De ahí la necesidad de una presencia testimonial que oriente y ayude a los sanitarios laicos a descubrir el valor de la persona y actúen teniendo en cuenta su totalidad.

Este proceso de cambio histórico lleva a la Hija de la Caridad a ponerse en una actitud de discernimiento para descubrir los campos en los que Dios, la quiere hoy; que van a ser, como siempre, aquellos en que el enfermo, el pobre, estén más desatendidos, insertándose en esos ambientes con audacia y creatividad para ser así «vehículo de la ternura de Dios».

Cada día intenta revitalizar en el mundo del dolor la autenticidad vicenciana procurando la coherencia entre ser y actuar, es decir, siendo de verdad lo que decimos ser: Hijas de la Caridad.

En una sociedad cambiante vive su carisma en total disponibilidad para ir donde se la necesite. Está dispuesta a:

— Asumir los cambios socio-políticos en fe y confianza, en la serenidad y la paz, adaptándonos a las nuevas formas de servicio que se le pidan y a los nuevos estilos de vida que conlleven.
— Está más preocupada por la *calidad* de su servicio, que inquieta por la situación de inseguridad en que lo vive.
— Pasa de una actitud de *seguridad y poder* a una postura de colaboración sencilla y leal con el personal.
— Trabaja por una Pastoral Sanitaria en coordinación con el capellán, personal seglar y miembros de la Comunidad. Evangeliza sin miedos, por el testimonio, la presencia, la palabra, los sacramentos, cuando es posible, teniendo claro que hace presente la caridad de Cristo: «... los ciegos ven, los cojos andan, los pobres son evangelizados».
— Solidaria con el personal con el que colabora, pero siempre optando por los pobres, y defendiendo sus derechos. Valiente para reclamar cualquier beneficio en su favor.
— Se actualiza en la formación profesional y pastoral, preparada para dar una asistencia integral.
— Se abre a las nuevas formas de servicio —atención primaria— cuando los pobres lo necesiten y tenga la posibilidad de hacerlo.
— Trabaja por conseguir en el centro hospitalario el establecimiento del *servicio religioso,* como un derecho inalienable del enfermo.

Los tiempos han cambiado, lo esencial permanece. Por esto, en cualquier lugar de España y del mundo encontraremos Hijas de la Caridad dadas del todo a Dios para servir a los pobres enfermos en el hospital, con un espíritu propio de humildad, sencillez y caridad. Viviendo en grupos comunitarios y sirviendo a los enfermos con dulzura, cordialidad, respeto y devoción, porque en ellos se hace presente el mismo Cristo que vino a decirnos: «Lo que hiciste con uno de mis pequeños conmigo lo hiciste».

11. EL PAPA INSTITUYE LA ACADEMIA PARA LA VIDA

Con el motu proprio «Vitae mysterium», el Santo Padre ha instituido la Academia pontificia para la vida, con sede en la Ciudad del Vaticano. El día 1 de marzo fue presentado este nuevo organismo que se ocupará de la promoción y la defensa de la vida humana, desde su concepción hasta su muerte natural, para lo que deberá estudiar, informar y formar sobre los principales problemas de biomedicina y derecho, siempre en relación a la promoción y defensa de la vida, sobre todo en cuanto a moral cristiana y directrices de la Iglesia.

Esta nueva Academia trabajará en estrecha colaboración con el Consejo pontificio para la pastoral de los agentes sanitarios. El Papa ha nombrado como presidente al doctor Jérôme Lejeune*, profesor de genética humana en la Universidad de París y miembro de la Academia Pontificia de Ciencias. Con el profesor Lejeune colaborará un Consejo de 5 miembros y un consejero eclesiástico. Los miembros de la Academia serán 70 y su nombramiento corresponderá a Juan Pablo II.

CARTA APOSTÓLICA, MOTU PROPRIO, *VITAE MYSTERIUM* CON LA QUE EL PAPA JUAN PABLO II INSTITUYE LA ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA

1 *El misterio de la vida,* y en especial de la vida humana, atrae cada vez más la atención de los estudiosos, impulsados por las extraordinarias posibilidades que el progreso de la ciencia y de la técnica brinda hoy a sus investigadores. La nueva situación, a la vez que abre fascinantes perspectivas de intervención en los manantiales mismos de la vida, plantea asimismo múltiples e inéditas cuestiones de orden moral, que el hombre no puede descuidar sin correr el riesgo de dar pasos tal vez irreparables.

Consciente de ello, la Iglesia, que por mandato de Cristo tiene la misión de iluminar las conciencias de los hombres sobre las exigencias morales que brotan de su naturaleza, «después de haber considerado los datos adquiridos por la investigación y la técnica, desea proponer, en virtud de la propia misión evangélica y de su deber apostólico, la doctrina moral conforme a la dignidad de la persona y a su vocación integral» (Congregación para la doctrina de la fe, instrucción *Donum vitae,* 1; cf. *L'Osservatore Romano,* edición en lengua española, 15 de marzo de 1987, p. 149). Esa tarea es particularmente urgente en nuestro tiempo, si se considera que «en la aceptación amorosa y generosa de toda vida humana, sobre todo si es débil o enferma, la Iglesia vive hoy un momento fundamental de su misión, tanto más necesaria cuanto más dominante se hace una "cultura de muerte"» *(Christifideles laici,* 38).

2 Desde hace ya muchos siglos, la Iglesia se ha comprometido en el campo de la sanidad y a menudo se ha anticipado a las intervenciones de los Estados. Mediante su acción asistencial y pastoral, sigue proclamando también hoy el *evangelio de la vida* en las diversas situaciones históricas y culturales, valiéndose de una pedagogía fiel a la verdad evangélica y atenta a los *signos de los tiempos.* En el ámbito de la sanidad, de manera especial, siente la necesidad de profundizar todo posible conocimiento al servicio de la vida humana para que, allí donde la técnica no sea capaz de dar respuestas exhaustivas, pueda manifestarse

*** HA MUERTO EL PROFESOR JÉRÔME LEJEUNE**

A la hora de cerrar esta edición nos ha llegado la noticia de la muerte del profesor Jérôme Lejeune en París a la edad de 67 años. El profesor, recientemente nombrado Presidente de la Academia Pontificia para la Vida por Su Santidad, descubrió en 1959 la primera anomalía del cromosoma humano: la *trisomia 21.*

El Papa ha dicho de él que fue «uno de los defensores más ardientes de la vida humana en una civilización contemporánea en la que la vida de los niños que han de nacer, los ancianos o los enfermos está a menudo amenazada o que se puede pensar en una amenaza programada».

El profesor Jérôme Lejeune era respetado como una de las mayores autoridades a nivel mundial incluso por aquellos que no compartían sus convicciones más profundas.



Presentación de la Academia pontificia para la vida en la Sala Stampa de la Santa Sede: Card. Fiorenzo Angellini, presidente del Pontificio consejo de la pastoral para los agentes sanitarios; John Joseph O'Connor, arzobispo de Nueva York y miembro del Pontificio consejo de la pastoral para los agentes sanitarios; padre José Luis Redrado O.H. y Felice Ruffini, secretario y subsecretario del mismo Pontificio consejo y el profesor Corrado Manni.

la *Ley de la caridad.* Esta ley, en efecto, inspira toda su actividad misionera y la impulsa a expresar de manera siempre viva y actual el mensaje de Cristo, que vino para que los hombres tengan vida y la tengan en abundancia (cf. *Jn* 10, 10).

3 Al instituir, el 11 de febrero de 1985, la Comisión pontificia, ahora Consejo pontificio para la pastoral de los agentes sanitarios, señalé, entre sus finalidades, la de «explicar, defender y difundir las enseñanzas de la Iglesia en materia de sanidad, y fomentar su penetración en la práctica» *(Motu proprio Dolentium hominum,* 6; cf. *L'Osservatore Romano,* edición en lengua española, 24 de febrero de 1985, p. 12). Y esta finalidad del dicasterio citado la reafirmé en la constitución apostólica *Pastor bonus* (art. 153, § § 3-4). Eso exige que todos los agentes sanitarios deben formarse adecuadamente en el campo de la moral y en el de la bioética (cf. Asamblea especial para Europa del Sínodo de los obispos de 1991, *Declaración final,* 10), para que quede de manifiesto que la ciencia y la técnica, puestas al servicio de la persona humana y de sus derechos fundamentales, contribuyen al bien integral del hombre y a la realización del proyecto divino de salvación (cf. *Gaudium et spes,* 35).

4 Con vistas al logro de esas finalidades, después de haber recogido las sugerencias manifestadas por los máximos responsables de la pastoral sanitaria, y consciente de que la Iglesia, en el servicio a la vida, no puede menos de encontrarse con la ciencia (concilio ecuménico Vaticano II, *Mensaje a los hombres del pensamiento y de la ciencia,* 8 de diciembre de 1965), con este *motu proprio* instituyo la *Academia pontificia para la vida,* que, a tenor de sus Estatutos, es autónoma. Ahora bien, está vinculada y actúa en íntima relación con el Consejo pontificio para la pastoral de los agentes sanitarios. Tendrá la misión específica de estudiar, informar y formar en lo que atañe a las principales cuestiones de biomedicina y derecho, relativas a la promoción y a la defensa de la vida, sobre todo en los que guardan mayor relación con la moral cristiana y las directrices del Magisterio de la Iglesia.

5 La Academia pontificia para la vida, con sede en el Vaticano, será dirigida por el presidente, nombrado por mí, el cual contará con la ayuda de un Consejo y un consejero eclesiástico. Corresponderá al presidente de la Academia pontificia convocar su asamblea, impulsar sus actividades, aprobar su programación anual, vigilar su administración, a tenor de sus Estatutos propios, que se han de someter a la aprobación de la Sede Apostólica.

Los miembros de la Academia, nombrados por mí, serán escogidos de las diversas ramas de la ciencia biomédica y de las ciencias más íntimamente relacionadas con los problemas que atañen a la promoción y defensa de la vida.

También están previstos miembros que colaborarán por correspondencia.

6 Invocando la asistencia divina sobre la actividad de la nueva Academia, cuyos trabajos seguiré con vivo interés, me complace impartir a todos sus miembros y colaboradores y a cuantos contribuyan al éxito de esta iniciativa, la bendición apostólica.

Vaticano, 11 de febrero de 1994, décimo sexto año de mi pontificado.

Joannes Paulus P. II

P. JOSÉ LUIS REDRADO

Secretario del Pontificio Consejo para la pastoral de agentes sanitarios

«LA RAZÓN DE ESTA INSTITUCIÓN ES LA VIDA: PROMOVER, DEFENDER, CELEBRAR LA VIDA»

—Padre Redrado, ¿por qué esta Academia?

Es una institución del papa Juan Pablo II con el Motu Proprio *Vitae Mysterium,* del 11 de febrero de 1994. Señalo igualmente, de paso, que esta fecha —11 de febrero— viene siendo significativa: el 11 de febrero de 1984 se publica la Carta Apostólica *Salvifici doloris;* el 11 de febrero de 1985, el Papa, con el Motu Proprio *Dolentium Hominum* instituye nuestro Dicasterio - Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios; el 11 de febrero viene indicado también por el Papa para la celebración anual de la Jornada Mundial del Enfermo. Ahora, el 11 de febrero de 1994, el Papa instituye esta pontificia Academia para la Vida.

La razón de esta institución es la vida: la vida como don, como valor, como misterio; la cualidad de la vida, más aún, la sacralidad de la vida. Promover, defender, celebrar la vida. Estos son criterios de fondo, razones importantes para la institución de esta Academia. Razones que hoy especialmente impulsan a la Iglesia a responder adecuadamente al progreso de la medicina que incide como nunca en el tema vida: desde la concepción de esta vida hasta la muerte natural. Son muchos los interrogantes que la ciencia médica nos hace y es necesario que la Iglesia diga una palabra que ilumine, que respete y que dé esperanza.

—¿Cuál es su finalidad?

En el número 4 del Motu Proprio institutivo se indica el para qué de esta Academia; son tres infinitivos: estudiar, informar y formar; y esto siempre en relación con los problemas de la biomedicina y promoción y defensa de la vida.

Los Estatutos que siguen al Motu Proprio desarrollan ampliamente el sentido y el aspecto práctico de estos infinitivos.

—¿Qué personas forman parte? ¿Cuál es su estructura?

La Academia, unida al Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, goza de la autonomía prevista en los Estatutos (n.º 1).

Los miembros —en número de 70— son nombrados por el Papa y representan varios sectores de la vida: médicos, filósofos, abogados, teólogos... Está presidida por un presidente, ayudado por un Consejo de cinco miembros, un consejero eclesiástico y un secretario.

El Papa ha nombrado presidente de la misma al profesor Jérôme Lejeune, catedrático de genética fundamental en la universidad de París. Es un médico genetista que descubrió en 1958 la primera anomalía cromosómica humana —la trisomía 21— causa del mongolismo, es decir, el síndrome de Down's.

Ha dedicado la mayor parte de su vida a los aspectos clínicos y al estudio de las enfermedades genéticas. Es miembro de numerosas Academias e igualmente de nuestro Pontificio Consejo para la Pastoral de los agentes sanitarios.

Revista SELARE

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

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

12. ASAMBLEA PLENARIA DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE AGENTES SANITARIOS

EN DEFENSA DE LA VIDA

El Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha celebrado del 1 al 3 de marzo de 1994 su tercera asamblea plenaria. En la mañana del día 1, Juan Pablo II recibió a los participantes en la asamblea. Al inicio de la audiencia, el cardenal F. Angellini, presidente del Pontificio Consejo, dirigió unas palabras al Papa que respondió con el siguiente discurso:

Amadísimos hermanos y hermanas:

1 Me alegra encontrarme con vosotros con ocasión de la tercera asamblea plenaria del Consejo pontificio para la pastoral de los agentes sanitarios. Es significativo que vuestra reunión tenga lugar en el período en que la Iglesia vive litúrgicamente el *tiempo fuerte* de la Cuaresma, en el



Los miembros y consultores del dicasterio con el Papa en la sala del Consistorio.

que se hacen más urgentes y apremiantes las invitaciones a la oración y a la penitencia, a la conversión y a la renovación. En este período, la liturgia subraya el valor del sufrimiento que, aliviado y consolado, se convierte en ocasión de caridad y, aceptado y ofrecido en unión con Cristo que sufre en el Gólgota, adquiere eficacia redentora y pascual.

¿Cómo no reconocer, en este marco, toda la importancia del Consejo pontificio que constituís y representáis, al que corresponde la tarea de manifestar «la solicitud de la Iglesia por los enfermos», realizando y orientando «el apostolado de la misericordia»? (cf. constitución pastoral *Pastor bonus,* 152).

> «El don de la vida se halla amenazado y atacado»

> «La Iglesia comparte, de forma profunda y acongojada, todas las formas de sufrimiento humano»

> «La Iglesia encuentra en la fe la respuesta al interrogante que el misterio del sufrimiento le vuelve a plantear cada día»

Expreso, por tanto, mi gratitud y mi cordial saludo a todos vosotros: ante todo al presidente del dicasterio, cardenal Fiorenzo Angellini, a quien agradezco las amables palabras que me ha dirigido y la breve explicación del trabajo realizado y del que queda por realizar. Mi saludo se extiende luego a los venerados hermanos en el episcopado, a los miembros del dicasterio, al secretario y al subsecretario, a los sacerdotes, los religiosos y las religiosas, a los laicos, a los consultores y a los expertos. A todos manifiesto mi más viva gratitud por la intensa e iluminada acción llevada a cabo en este último bienio.

COMPASIÓN DE LA IGLESIA

2 El antiguo interrogante que plantea a la mente y al corazón del hombre contemporáneo la existencia del dolor, se renueva en nuestros días con dimensiones e intensidad crecientes. Se constata con tristeza y asombro que los sufrimientos, fruto de la maldad, el egoísmo y la execrable hambre del oro y del poder, están adquiriendo proporciones que causan estupor. *El don de la vida se halla amenazado y atacado,* no sólo con respecto a millones de seres por nacer, sino también en numerosísimos niños condenados por el odio y el cálculo egoísta a no tener futuro. Al mismo tiempo, *muchas familias son destruidas y enteras comunidades sociales corren peligro de desaparecer en la despiadada matanza-holocausto de las guerras fratricidas.*

La Iglesia comparte, de forma profunda y acongojada, todas las formas de sufrimiento humano, sin ceder jamas ante la tentación de acostumbrarse y resignarse pasivamente, sino elevando su grito materno de advertencia e imploración, e invitando a sus hijos a reaccionar con el compromiso de la caridad y la oración. *El cristiano, incluso cuando se siente humanamente impotente ante el desbordamiento del mal, tiene la seguridad de que, mediante la oración, puede contar con la omnipotencia de Dios,* que no abandona a quien confía en él.

La Iglesia, que ora y espera, *encuentra en la fe la respuesta al interrogante que el misterio del sufrimiento le vuelve a plantear cada día.* Sabe que «el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado» *(Gaudium et spes,* 22). Y, en particular, sabe que «en la cruz de Cristo no sólo se ha cumplido la redención mediante el sufrimiento, sino que el mismo sufrimiento humano ha quedado redimido» *(Salvifici doloris,* 19). Así, en Cristo, que «ha abierto su sufrimiento al hombre», el ser humano «descubre al mismo tiempo en él sus propios sufrimientos, los revive mediante la fe, enriquecidos con un nuevo contenido y con un nuevo significado» *(ib.,* 20).

TODO CRISTIANO HA DE SER UN BUEN SAMARITANO

3 Con todo, *la Iglesia, no se limita a ofrecer a quien sufre la respuesta iluminadora de la fe,* sino que, según su antigua costumbre, *se hace cargo del sufrimiento humano.* Siguiendo el ejemplo de su divino Maestro, que «recorría todas las ciudades y aldeas..., sanando todo enfermedad y toda dolencia» *(Mt* 9, 35), no se cansa de multiplicar las iniciativas para aliviar los dolores y las penas de la humanidad. En esa perspectiva, exhorta a todos y cada uno de los cristianos a comportarse como el buen samaritano, en la «parábola-clave para la plena comprensión del mandamiento del amor al prójimo» *(Veritatis splendor,* 14).

> «La Iglesia no se limita a ofrecer a quien sufre la respuesta iluminadora de la fe, se hace cargo del sufrimiento humano»

> «A vosotros corresponde la tarea de promover y animar este apostolado que tiene su momento principal en el servicio a la vida»

A vosotros, amadísimos hermanos y hermanas, *corresponde la tarea de promover y animar este apostolado que tiene su momento principal en el servicio a la vida,* cuyo valor y nobleza resplandecen de forma especial en los que sufren. Así, *no puedo por menos de alegrarme por las numerosas iniciativas que vuestro dicasterio ha organizado,* con celo incansable, *con el fin de sostener* —en el plano de la sensibilización, de la formación de las conciencias, de la cooperación en todos los niveles y de la ayuda a los necesitados— *la magnífica obra llevada a cabo en defensa de la vida amenazada.* Lo demuestran vuestra participación en los proyectos nacionales e internacionales en favor de la promoción de la salud, los constantes contactos con los demás dicasterios de la Curia romana y con las Conferencias episcopales, las visitas pastorales a los hospitales, la actividad editorial para dar a conocer las directrices del Magisterio de la Iglesia, las importantes conferencias internacionales sobre temas centrales en defensa de la vida, el esfuerzo de comunión intereclesial y ecuménica, la atención concreta a situaciones particulares que exigen intervenciones inmediatas de ayuda y, por último, los mismos reconocimientos recibidos de las más altas organizaciones

mundiales comprometidas en el campo de la sanidad y de la salud. Y lo demuestra también esta nueva Academia para la vida, instituida por la Santa Sede, bajo la presidencia del profesor Lejeune.

LA JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO

4 El pasado día 11 de febrero, la Iglesia celebró por segunda vez la anual Jornada mundial del enfermo. En esa ocasión quise recordar el décimo aniversario de la publicación de la carta apostólica *Salvifici doloris.* Este documento constituyó una preparación inmediata para la institución de vuestro dicasterio que, de acuerdo con el contenido y las indicaciones del *evangelio del sufrimiento,* ha contribuido de forma tan eficaz a difundir, en toda la comunidad eclesial, una nueva sensibilidad en el servicio al dolor humano. *En estos nueve años de vida, la actividad de vuestro Consejo Pontificio se ha ido incrementando cada vez más.* Por ello, de forma significativa, también el 11 de febrero pasado, quise firmar el motu proprio *Vitae mysterium,* con el que instituí la *Academia pontificia para la vida.* Vinculado con el Consejo Pontificio para la pastoral de los agentes sanitarios, ese nuevo organismo deberá trabajar en estrecha relación con él, para cumplir su misión específica de «estudiar, informar y formar en lo que atañe a las principales cuestiones de biomedicina y derecho, relativas a la promoción y a la defensa de la vida, sobre todo en las que guardan mayor relación con la moral cristiana y las directrices del Magisterio de la Iglesia» (n. 4).

VER EN LOS ENFERMOS EL ROSTRO DE CRISTO

5 *La Iglesia, en un esfuerzo general de evangelización, se halla actualmente comprometida en aceptar los retos de la sociedad de nuestro tiempo:* retos que, en las desmesuradas y difundidas formas de sufrimiento y de soledad, tienen tal vez uno de sus aspectos más preocupantes.

Vosotros, amadísimos hermanos y hermanas, estáis llamados a trabajar en esta ardua frontera apostólica y misionera, sostenidos por la fe y fortalecidos por la oración. Al encontrarse con la humanidad que sufre, los creyentes son conscientes de que se encuentran con Cristo mismo, cuyo santo rostro es el rostro de quienes llevan las infinitas cruces impuestas por la injusticia, la violencia y el egoísmo.

En ese servicio a quien sufre se descubre el más fecundo terreno vocacional, como lo confirman las crecientes formas del voluntariado cristiano y el número de vocaciones sacerdotales y de especial consagración que brotan en las zonas del mundo más probadas por el sufrimiento.

> «No puedo por menos de alegrarme por las numerosas iniciativas que vuestro dicasterio ha organizado con el fin de sostener la magnífica obra llevada a cabo en defensa de la vida amenazada»

> «En estos nueve años de vida, la actividad de vuestro Pontificio Consejo se ha ido incrementando cada vez más»

> «La Iglesia, en un esfuerzo general de evangelización, se halla actualmente comprometida en aceptar los retos de la sociedad de nuestro tiempo»

> «Tenéis la tarea de profundizar el carisma particular de los religiosos en el servicio a los enfermos, considerando la salud y la enfermedad como campo privilegiado de evangelización»

A este respecto, me alegra constatar lo que está realizando vuestro dicasterio, mediante estudios, propuestas e iniciativas, con vistas a la celebración de la IX Asamblea general ordinaria del Sínodo de los obispos que, en el próximo otoño, afrontará el tema de la vida consagrada y su misión en la Iglesia y en el mundo. En efecto, *tenéis la tarea de profundizar el carisma particular de los religiosos en el servicio a los enfermos, considerando la salud y la enfermedad como campo privilegiado de evangelización* por parte de las personas consagradas, con la motivada conciencia de la estrecha relación que existe entre la pastoral sanitaria y la pastoral de la promoción de las vocaciones.

Al confiar vuestros proyectos y propósitos a la Virgen santísima, «imagen viva del evangelio del sufrimiento», dado que en su corazón «se ha reflejado de forma única e incomparable el dolor del Hijo para la salvación del mundo» *(Mensaje para la II Jornada mundial del enfermo,* 6), os aliento a perservar con renovado entusiasmo en vuestro trabajo e imparto a vosotros y a vuestros colaboradores, como prenda de especial afecto, mi bendición.

13. PROTOCOLOS DEL COMITÉ DE ÉTICA (Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona)

13.1 REGLAMENTO INTERNO

Elaborado y redactado en su momento, el Reglamento Interno del Comité de Ética del Hospital Sant Joan de Déu fue publicado por LH *(cfr. LH, n.º 209 / 1988, pág. 216).*
Recientemente revisado, con el fin de adecuarlo al momento presente y a la nueva normativa acreditativa que la Generalitat de Catalunya ha elaborado al respecto, recogemos a continuación el resultado final del trabajo.

ORÍGENES DE NUESTRO COMITÉ

En el mes de mayo de 1974 se inaugura el Departamento de Obstetricia y Ginecología en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona y se constituye el Comité de Orientación Familiar y Terapéutica, origen del Comité de Ética actual, creado para la resolución colegiada de casos que aparecen como conflictivos desde una perspectiva ética.

Su contexto queda formulado en el documento *Configuración del Hospital Católico* publicado el 20 de noviembre de 1981. El Comité crea su propio modelo a lo largo de todo un proceso de reflexión y adaptación a nuevas exigencias que surgen como consecuencia del progreso biomédico y del pluralismo social en las opciones éticas. Su preocupación constante es la protección de los derechos de los pacientes y del personal sanitario, y la salvaguarda de la identidad del Hospital. Creativamente abierto al futuro presenta a la discusión y crítica constructiva el resultado de sus diálogos interdisciplinares en forma de recomendaciones y protocolos de actuación.

INTRODUCCIÓN

La creación de un Comité de Ética Asistencial (C.E.A.) en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona tiene como finalidad «ayudar en la reflexión sobre las decisiones, actuaciones y actitudes en el campo de las ciencias de la salud, a fin de considerar los aspectos que, junto a criterios científico-técnicos, pueden comprometer los derechos humanos de los enfermos y usuarios de los servicios sanitarios, así como a los valores sociales, personales e institucionales*.

* Se ha revisado la redacción primera del año 1974, adaptándola al preámbulo del proyecto de acreditación de C.E.A. de la Generalitat de Catalunya.

Este Comité —con carácter consultivo e interdisciplinar— está al servicio de los profesionales y usuarios para ayudar a resolver los problemas éticos que puedan surgir con el objetivo de mejorar, en última instancia, la calidad asistencial. Son notas características de este comité: El respeto a la libertad de conciencia, el diálogo serio y continuado entre los expertos en ciencias médicas y los teólogos o filósofos especializados en cuestiones éticas, la formación del sentido ético y la información razonada de las normas del hospital a todos los miembros del mismo y a los pacientes que lo soliciten.

La tarea del Comité se concreta en la protección de los derechos de los pacientes y del propio personal del hospital en cuanto a profesionales de las ciencias de la salud así como velar por la fidelidad a la línea fundacional católica de la Institución**.

Este Comité no se encuentra sometido a ninguno de los puestos ejecutivos del hospital, aunque sí vinculado a los de máxima responsabilidad para hacerlo más operativo y positivo.

NOMBRAMIENTO Y CONSTITUCIÓN

Corresponden a la Entidad Rectora, ya que es ella la que ha de marcar las directrices generales del hospital.

Composición

En su composición se consideran cuatro grupos de personas: miembros ex-oficio o natos, con voz y voto; miembros numerarios con voz y voto y miembros *ad casum,* con voz pero sin voto. A ellos se suma un secretario con voz y voto. Los miembros ex-oficio, son los miembros estrictamente esenciales en el Comité.

1. Miembros *ex-oficio,* esenciales o natos:

— El Superior de la comunidad de hermanos como representante de la Entidad Rectora y portavoz de la función que en este campo le asignan las Constituciones a la propia comunidad.
— El Director Médico como máximo responsable de la asistencia en el hospital.
— El Director de Enfermería.

** Las normas éticas pueden encontrarse en el documento: COHIC. Configuración del Hospital Católico. Labor Hospitalaria 1983; 15:72-77.

— El Jefe de la pastoral hospitalaria.
— El Jefe de la Unidad de Atención al Usuario.
— Un experto en ética.
— Un jurista.

2. Los miembros *numerarios* serán 9 como mínimo, incluyendo:

— Dos médicos del cuerpo facultativo del hospital.
— Un profesional del cuerpo de enfermería.
— Un asistente social.
— Una persona ajena a la profesión sanitaria y sin intereses económicos en la Institución.
— Un representante del comité ético de investigación clínica.
— Un representante del control de calidad del hospital.
— Un representante del área administrativa.
— Un representante de recursos humanos.

3. El Comité nombrará un *secretario* que no necesariamente ha de pertenecer a los grupos anteriores.

4. Miembros *ad casum:*

— El responsable del área objeto de análisis de cada momento.
— Otros que el Comité juzgue necesarios.

Los miembros ex-oficio, numerarios y el secretario serán nombrados por la Entidad Rectora.

Los miembros *ad casum* serán convocados según proceda por el mismo Comité.

5. Renovación del Comité.

Los miembros numerarios se renovarán en un 50 % de cada estamento profesional cada 4 años. La primera renovación se realizará por sorteo. Se procurará la no reelección de miembros numerarios con el fin de dar posibilidades a más personal del Hospital para participar en comités de ética*.

FUNCIONES

Las funciones del Comité de Ética son de tres tipos: decidir en cuestiones estrictamente éticas; asesorar en aquellas en que los problemas éticos pueden estar implicados y, finalmente, promover iniciativas de formación e información de problemas y cuestiones éticas.

1. En todas las cuestiones estrictamente éticas el Comité tiene una función decisioria, por ser el organismo específico creado por la Entidad Rectora para velar por la identidad católica del Hospital. Esta capacidad de decisión le es propia. No representa, sin embargo, una función ejecutiva, ni de gobierno. En estas áreas su poder ante la entidad rectora es de mera representación. Podemos enumerar a título de ejemplo una serie de cuestiones en las que el Comité recibe de la Entidad Rectora la misión decisoria:

— Aquellas en las que puedan existir dudas respecto a una acción eutanásica.
— Todas las que se refieran a la interrupción del embarazo.
— Todas las que se refieran a la anticoncepción o contracepción.
— Las que plantean procederes de trasplantes de órganos y donación de los mismos.
— Allí donde pueda considerarse abierto el campo de la experimentación humana.
— Todas las situaciones en las que pueda creerse comprometida la libertad de conciencia del hombre.
— Todo el campo de la docencia de los valores éticos.
— La problemática de la discordancia flagrante entre la indicación terapéutica y la aceptación familiar.

2. En todo conflicto en el que se hallen implicados unos valores éticos, el Comité puede ser requerido para asesorar o para enriquecer una determinada problemática. Como ejemplo:

— Todas las que se refieren a la actuación profesional fuera de las señaladas con anterioridad.
— Cuestiones laborales de contratación, retribución, promoción.
— Las referentes a relaciones interprofesionales.
— Conductas en las relaciones interpersonales y de una manera especial las relaciones jerárquicas.
— Todas las cuestiones de humanización de la atención a los pacientes.
— Cualquier cuestión que puede incidir en la imagen del hospital.

En el primer caso las cuestiones podrán llegar al Comité por ser solicitada la opinión del mismo por alguna persona o ente del hospital y también de una manera espontánea por llegar el conocimiento de la cuestión a alguno o algunos de sus miembros.

Las entes que en el hospital harán llegar ordinariamente las problemáticas al Comité serán:

— La Entidad Rectora.
— La Junta de Gobierno.
— Los Jefes de Servicio.

En el segundo caso las cuestiones llegarán siempre al Comité como opinión solicitada.

En ningún caso el Comité tendrá funciones ejecutivas ni de gobierno que han de pertenecer a los estamentos correspondientes del hospital.

3. Como misión fundamental se considera también la de promover la formación ética de todo el personal y de una manera específica en todos los campos de la docencia y formación permanente que se imparta en el hospital en colaboración estrecha con los elementos idóneos del mismo.

Asesorías, reuniones, acuerdos

1. Las *asesorías* emanadas del Comité de Ética se canalizarán en todos los casos a la Junta de Gobierno, la que deberá darles el cauce y difusión que corresponda.

2. Las *reuniones* del Comité se harán periódicamente, una vez al mes y tantas otras veces como sea convocado por el Coordinador o lo soliciten más de dos de sus miembros.

Todas ellas se harán con Orden del día que el secretario difundirá entre los miembros del Comité con una antelación mínima de 72 horas.

3. Los *acuerdos* del Comité podrán ser tomados por unanimidad o por mayoría simple de sus miembros, pero en los casos de asesoría decisoria el voto del experto en Ética será voto de calidad.

Ninguno de los miembros podrá abstenerse de votar, aun cuando será válido el voto en blanco.

* Es costumbre que los miembros del Comité de Ética pongan sus cargos a disposición del Hermano Provincial de la Orden Hospitalaria elegido en el Capítulo Provincial.

13.2 PROTOCOLO SOBRE EL NIÑO MALTRATADO

Desgraciadamente, un Hospital materno-infantil como el nuestro se ha de ver, con cierta frecuencia, metido en un círculo asistencial en el que se descubre a un niño maltratado.

La situación es compleja; en su diagnóstico y en su abordaje. Pero no queda otro remedio que actuar, siempre en beneficio del niño afecto de dicho maltrato para quien su paso por el Hospital quizá sea la única vía de escape del círculo infernal en el que se halla inscrito.

Clarificar conceptos y delinear pautas de actuación en este campo es lo que se propone el presente protocolo.

DEFINICIÓN DEL NIÑO MALTRATADO Y TIPOLOGÍA DEL MALTRATO

La infancia maltratada es un problema grave, con tendencia a incrementarse en la sociedad. El paso por el hospital de un niño maltratado puede significar la única posibilidad de salir de un círculo destructivo en el que puede encontrarse. El hospital «es un lugar idóneo para poder llegar a una orientación diagnóstica clara, puesto que dispone de recursos técnicos, permite trabajar en equipo y dentro de un cierto anonimato» (Direcció General d'Atenció a la Infància. Benestar Social. Generalitat de Catalunya).

Definición*

> ***«Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia física, psíquica y/o sexual y también cuando sufre falta de atenciones por parte de las personas o instituciones de las que depende para su desarrollo».***

Por lo tanto se acepta que el maltrato al niño puede ser tanto por acción como por omisión, aun cuando por sus manifestaciones ostensibles pueda resultar más evidente y repugnante para la sensibilidad del examinador el primero.

El hospital como institución sanitaria asistencial, se inclina a considerar el maltrato a los niños como una enfermedad social en la que la alteración patológica se encuentra tanto en el agente pasivo, el niño, que recibe el maltrato, como en los agentes activos que lo llevan a cabo, aun cuando subraya y da prioridad a la defensa del más débil, del más inocente: el niño.

Tipología**

Las situaciones de maltrato a niños se nos presentan en muy variadas manifestaciones que intentaremos sistematizar a continuación, aun cuando somos conscientes que en la mayoría de los casos resultan complejas y también muy diversas por las distintas respuestas a las mismas por parte de los propios niños.

1. *Malos tratos físicos:* ya sea por el uso intencionado de la fuerza para dañar, herir o matar o por negligencia que ponga en peligro la vida o la integridad del niño.
2. *Negligencia o abandono:* cuando el niño no recibe las debidas atenciones en la alimentación y/o abrigo, no se atiende un tratamiento médico, no tiene horarios ni ritmos, pasa largos períodos sin atención protectora y/o educativa.
3. *Malos tratos psíquicos:* pueden ser activos o por falta de un contexto afectivo; el niño puede ser presionado, atemorizado; el medio familiar se caracteriza por la frialdad que existe en la relación de sus miembros; no existe estímulo afectivo ni cognitivo; no hay afecto.
4. *Abuso sexual:* cuando el niño es utilizado habitual o coyunturalmente por un adulto para satisfacer un deseo sexual.
5. *Explotación laboral:* utilización obligada del niño para un trabajo que precisa dureza física o por la utilización activa o pasiva del niño a pedir limosna.
6. *Explotación sexual:* puede ser obligada o inducida, como medio de explotación laboral por el sometimiento sexual. El sometimiento también puede ser indirecto, por ejemplo, la pornografía.
7. *Sometimiento químico-farmacéutico:* se trata de la administración de cualquier tipo de drogas, sin prescripción médica, que le incapaciten para el desarrollo de la autonomía, resistencia y/o control. Cabe incluir aquí el *síndrome de Muchhaussen por poderes.*
8. *Maltrato prenatal:* puede incluirse aquí la falta de atención adecuada al proceso de la gestación y/o el autosuministro en la gestante de una manera consciente o inconsciente de sustancias o drogas que perjudiquen al feto de que es portadora.

INDICADORES DEL MALTRATO

En el Hospital la sospecha de maltrato puede ocurrir tanto en la atención en consultas externas, como en urgencias o en el curso de una hospitalización. En las dos primeras situaciones será el personal facultativo el que pueda detectar los signos o síntomas de la sospecha, mientras que en la hospitalización será también el personal de Enfermería quien pueda detectarlos. En algunas ocasiones pueden ser los asistentes sociales los que levanten la sospecha de la situación anómala. En rarísimas ocasiones será la propia familia o alguno de sus miembros los que manifiesten más o menos abiertamente sus temores.

Sea cual fuere el origen o comienzo de la sospecha, ésta podrá presentarse como alguna de las siguientes circunstancias:

1. Se plantea fundamentalmente el maltrato como agente etiopatogénico de la patología del niño.
2. Se detectan signos indicadores de maltrato como:

— Contusiones, equimosis, quemaduras, fracturas, laceraciones... de difícil explicación.
— Signos de carencia de medidas higiénicas y cuidados.

* Definición dada por la Sociedad Catalana de Pediatría en el año 1985.

** Este apartado es una traducción del original en catalán *Els maltractaments infantils a Catalunya. Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils dels professionals de la sanitat.* Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Direcció General d'Atenció a la Infància, 1991.

— Signos de desnutrición no fácilmente explicables por otras causas.
— Signos de retraso del desarrollo físico, psicomotor o del lenguaje que no se justifican con facilidad por otras causas y que responden favorablemente con rapidez a estímulos ambientales.
— Reacciones afectivas anormales en los niños.
  a) De temor y miedo no usuales en otros niños ante requerimientos ambientales afectivos.
  b) Movimientos repetitivos o estereotipados.
  c) Excesiva tristeza.
  d) Excesiva indiferencia ante los adultos.
— Excesivo intervalo de tiempo entre el *accidente* y la consulta.
— El niño es llevado al Hospital por la policía, guardia urbana o mossos d'esquadra.

3. Signos de existencia en el ambiente de situaciones de riesgo:

— Madre o padre solos, sin apoyo familiar.
— Familias prematuras.
— Evidencia de trastorno emocional o mental en los padres.
— Repetidas consultas de urgencias o demandas de ingreso del niño sin causa orgánica que lo justifique.
— Hábitos tóxicos de uno de los progenitores (drogodependencia o alcoholismo de uno de los padres o de ambos).
— Los padres dejan al niño solo en el Hospital sin causa que lo justifique.
— Embriopatía alcohólica o inmunodeficiencia adquirida del niño o de los padres.
— Dificultades económicas graves.
— Acumulación de dificultades (paro, vivienda, hacinamiento, enfermedades crónicas, nomadismo, etc.).

Abordaje diagnóstico y trabajo en equipo

A partir del momento en que se establece una sospecha firme de que se trata de un niño maltratado deberá establecerse una acción interdisciplinar a emprender por un equipo básicamente formado por:

1. Un asistente social que se haga cargo de la coordinación del caso.
2. Un pediatra como médico responsable de la Unidad donde se encuentre internado el niño.
3. La enfermera responsable de la Unidad donde se encuentre internado el niño.

Ellos serán los que puedan solicitar las ayudas necesarias para el estudio de las lesiones que presente el paciente (Cirugía, Traumatología, Neuropediatría, Dermatología, etc.) y del estado psicológico del niño y considerarán la necesidad del estudio psicológico de los padres o familiares por parte del servicio de Psiquiatría. También valorarán la necesidad de otras posibles ayudas, tanto intrahospitalarias (Servicio Religioso, servicios administrativos), como extra-hospitalarias y en especial la de los centros asistenciales de la zona del domicilio del paciente. Se observará siempre la discreción que permita salvaguardar la intimidad de los afectados y la comunicación necesaria deberá ser fidedigna. Asimismo, de acuerdo con la Dirección del Hospital decidirán el momento, cuando proceda, de dar parte a las autoridades jurídicas de la situación que se sospecha. Se presenta una dificultad especial cuando para el bien del niño interesa retenerlo en el hospital, pero no existe una orden judicial para ello y los padres insisten en que se le dé el alta.

La labor en equipo permite vencer muchas dificultades y evitar las decisiones precipitadas, inadecuadas a la situación concreta así como informaciones contradictorias por parte de los diferentes profesionales que tratan al niño y en un momento dado pueden tener pareceres dispares.

EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

Con objeto de tomar conciencia de las grandes dificultades que plantean las situaciones de maltrato en el niño, comentamos a continuación las que hemos podido constatar:

— En los padres existe una gran susceptibilidad a ser interrogados por los profesionales. Además la reiteración de entrevistas es frecuente (distintos profesionales, diferentes turnos...). En algunos casos los padres se sienten abrumados y en otros se favorece la estructuración de mecanismos de defensa, haciéndose cada vez más difícil la identificación del autor de los hechos y de las posibles causas que le hayan inducido a realizarlos.
— La familia extensa, el otro cónyuge, los vecinos, educadores u otros, informan a veces sobre el maltrato, pero posteriormente, si se necesita más información o su testimonio, se niegan a darlos por temor a represalias.
— La familia del niño maltratado raramente pide ayuda. Acude al Hospital para que se remedie el mal causado o por miedo al cónyuge y/o familia.
— El estudio social de la dinámica familiar requiere tiempo y ductilidad en obtener la información, relacionarla y valorarla y en muchas ocasiones no se ajusta en el tiempo al período de hospitalización. Si los padres se muestran colaboradores se avanza en el conocimiento de la familia, sus relaciones y necesidades; pero si los padres niegan su responsabilidad e insisten en el alta, la toma de decisiones se hace más compleja y difícil.

Criterios básicos

En muchas ocasiones el maltrato al niño es el resultado de un cúmulo de conflictos personales, interpersonales y sociales dentro de la familia. Su abordaje provoca también situaciones de gran tensión anímica en los profesionales que intervienen.

— El objetivo principal frente a una situación de malos tratos es la protección del niño.
— Paralelamente un plan de tratamiento orientado a la rehabilitación de la familia a fin de que el maltrato no se vuelva a repetir o no se pueda extender a otros hijos del núcleo familiar.
— Ambos objetivos en algunos casos de especial gravedad se contraponen; pero inicialmente siempre deben ser abordados.
— El tratamiento médico y psicosocial de un niño maltratado es complejo y requiere una acción conjunta de un equipo interdisciplinar, coordinado en muchos casos con profesionales extrahospitalarios.
— El derecho a la intimidad de las personas requiere por parte de los profesionales que traten al niño maltratado y a su familia una gran discreción, que debe extenderse más allá de los límites de la vida hospitalaria (reserva de información a terceros, medios de comunicación, etc.).

Protocolos pormenorizados

Nuestro hospital por su tradición, por su confesionalidad y por su carácter emblemático en la atención especializada materno-infantil, quiere distinguirse por su sensibilidad en la detección y defensa del niño maltratado, contribuyendo en la medida de sus posibilidades en generar una cultura de atención al problema del maltrato de niños, difundiéndola en la sociedad para que tome conciencia de la naturaleza del problema y de los elementos enfermos que están implicados en el mismo, de la necesidad de ayuda que requieren todos ellos y, finalmente, contribuyendo en el ordenamiento jurídico de protección al niño y velando por su cumplimiento.

Con este espíritu publicamos los protocolos pormenorizados que seguimos en el Hospital.

Actuación en el Servicio de Urgencias ante la sospecha de maltrato en un niño

En estas situaciones la conducta a seguir por el Equipo de Guardia será:

1. El adjunto del equipo responsable de la asistencia avisará al Jefe de Guardia y a los Adjuntos del Servicio de Pediatría y Cirugía.
2. Se ingresará el enfermo separándolo, si es preciso, de sus acompañantes.
3. Se aplicarán las pautas asistenciales del Hospital sobre maltrato infantil.
4. El médico responsable del paciente se ocupará de avisar al día siguiente a todos los equipos que intervendrán en la asistencia del niño (Pediatría, Cirugía, Enfermería, Trabajo Social y aquellos que sean precisos).
5. Se cursará un comunicado al señor Juez siempre que existan lesiones o una sospecha suficientemente fundamentada del maltrato. En caso de duda es preferible esperar al día siguiente para decidir entre todos los miembros del equipo la decisión a tomar.
6. Se comunicará a Dirección Médica y al Jefe de Urgencias el ingreso en el parte de novedades de las 8 horas, o directamente siempre que se estime conveniente.
7. Es importante evitar la publicidad interna y especialmente la externa de la sospecha de maltrato.

Enfermería en internamiento

Para estos profesionales puede resultar muy importante el seguimiento de las siguientes normas:

1. Es imprescindible que en todos los turnos de Enfermería se haga constar en la historia del paciente de forma lo más objetiva posible, cualquier anomalía observada.
2. En la anotación debe constar la identidad de quien la realiza y el día y hora a que corresponde.
3. Debe informarse de la anotación al turno siguiente para que continúe la observación.
4. Se informará al Supervisor de la Unidad o al Jefe de Guardia, quien informará a su vez al Jefe de Área y éste al Director médico o al Jefe de la guardia.
5. En Unidades en las que los niños no estén acompañados, dejar constancia de llamadas telefónicas, personas que las realizan, visitas de los familiares...
6. Constatar que las tomas de constantes y la administración de la medicación se lleva a cabo en presencia del personal de Enfermería.
7. Evitar interrogatorios a la familia en evitación de *posturas defensivas* por parte de la misma.
8. Observación cuidadosa del niño diferenciando la misma en presencia de su familia y en ausencia de la misma.
9. No dar ningún tipo de explicación sobre la situación a la familia.

Trabajo social

Con la finalidad de emprender el estudio socio-familiar del niño, el asistente social deberá proceder como sigue:

1. Se pondrá en contacto con el facultativo Jefe de la Unidad o Servicio y, a ser posible, con el médico que ha hecho la primera visita al niño, con objeto de intercambiar información y especialmente valorar la detección de algún signo indicador de riesgo.
2. Contactará asimismo con el/la Supervisor/a de la Unidad para informarle de que se va a realizar el estudio socio-familiar y para comentar la necesidad de que en la historia clínica se registren los datos que se consideren de interés.
3. Se llevará a cabo una entrevista conjunta entre el médico responsable, el asistente social y los padres, con los dos o por separado según posibilidades y conveniencia. En el curso de esta entrevista se comunicará a los padres haber cursado el Informe de Asistencia al Lesionado, ya que es obligación del Hospital. Al Supervisor de Enfermería si no estuviera en la entrevista, se le mantendrá informado.
4. Se realizarán entrevistas sucesivas con los padres (y la familia extensa si conviene) con el fin de hacer una valoración conjunta y hacer propuestas de intervención social. Dichas propuestas se aportarán al equipo médico y asistencial que atiende al niño para que, una vez valoradas, se decidan las condiciones de alta del mismo.
5. Esta coordinación del alta médica del niño resulta imprescindible para la intervención social con objeto de adecuarse a las posibilidades siguientes:
   - — Si existe sospecha de maltrato pasivo y la situación familiar es recuperable, la intervención consistirá en un abordaje interdisciplinar mediante el seguimiento médico (visitas de control en Consultas Externas del Hospital y derivación hacia el CAP de Zona cuando proceda) y el seguimiento social mediante la oportuna coordinación con los Servicios Sociales y otros recursos de la zona.
   - — Si existe evidencia de maltrato pasivo, la coordinación consistirá en el control médico y la coordinación y derivación del caso al «Equip d'Atenció a la Infància i Adolescència» (EAIA) de la zona de procedencia del menor y su familia, a fin de que sea dicho equipo quien se responsabilice del seguimiento de ambos.
   - — En caso de evidencia de maltrato activo, con necesidad inmediata de protección al menor, previa decisión en equipo, se informará a la «Direcció General d'Atenció a la Infància» (D.G.A.I.) para que realice la oportuna valoración e intervención, si es posible. Para ello se actuará de la forma siguiente:
     - *a)* Remitir a la D.G.A.I. el informe médico al que debe adjuntarse una copia del Informe de Asistencia al Lesionado que anteriormente se ha remitido al Juzgado. Asimismo se adjuntará el informe social sobre la situación familiar del niño.
     - *b)* La D.G.A.I. comunicará al Director médico la orden de retención del menor en el Hospital o bien su traslado a un Centro de Acogida si procede.
     - *c)* El equipo interdisciplinar constituido comunicará a los padres la información cursada a la D.G.A.I. así como la orden de retención del menor en el Hospital o su traslado si así lo dispone la D.G.A.I.
     - *d)* La persona en quien delegue la D.G.A.I. para realizar el traslado del menor deberá firmar el alta correspondiente en la Administración del hospital.

Parece un contrasentido no citar la cocina, la mesa, un sabor o un producto al hablar de algo que significa alimentación; pero la imagen que tengo de Nestlé está más unida a mi experiencia como madre que a mi experiencia como ama de casa. Porque son esos minutos después de la papilla, cuando mi hijo descansa al sol, lo que tengo más presente si me preguntan por Nestlé. Quizás sea una visión muy personal. Y por cierto que no es la única. Pero, como madre, es la que me toca más de cerca, la más mía.

"Para mí, Nestlé es la habitación más soleada de la casa"



Nestlé *algo de todos*

CENTRO DE
AMBULANCIAS BLANCO, S.A.
Al servicio Médico
Servicio permanente a toda España y extranjero
Convenio con la Seguridad Social
☎ 266 12 12 - 266 12 66
Unidad Móvil Intensivos
AMBULANCIAS DOTADAS DE RADIO TRANSMISOR, OXIGENO E INCUBADORA
Maresma, 120, 7°., 4,° 08019 BARCELONA

Banc Sabadell

Novedad bibliográfica a cargo del hermano Francisco Sola

VOLUNTARIADO CRISTIANO Y MUNDO DE LA SALUD

Sentido. Misión. Cómo organizarlo en la parroquia

El hermano Francisco Sola, miembro del Consejo de Redacción de LABOR HOSPITALARIA, ha escrito un libro inquietante sobre Voluntarido. ¿Debe todo cristiano ser voluntario al servicio del mundo de la salud?, se pregunta el autor con el Evangelio en la mano.

El tema es oportuno. Como ha escrito el hermano Pierluigi Marchesi, ex General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, «el voluntariado está naciendo en nuestra sociedad, aunque todavía se entiende como un *apéndice de la caridad,* cuando debe ser el inspirador de la nueva caridad del año 2000».

Analiza el carácter y organización del voluntariado para el Hospital, la Tercera Edad, la Drogodependencia, el SIDA, el Tercer Mundo.

Desde la perspectiva de la nueva evangelización afronta el reto de las congregaciones religiosas propietarias de centros sanitarios.

Francisco Sola: VOLUNTARIADO CRISTIANO Y MUNDO DE LA SALUD.
Editorial PPC, col. Pastoral Aplicada, núm. 182, Madrid, 1991.



CARLOS ARBOLES, S.A.

FABRICA DE GRIFERIA

EQUIPOS DE EMERGENCIA

C. Compositor Navaez, 10 (Polígono Industrial «Can Jordi»)
Tel. 699 99 29 - Fax 697 32 26
08191 RUBÍ (Barcelona)

BLOC FORMS, S.A.

FORMULARIOS EN PAPEL CONTINUO
Polígono Industrial Santa Margarita
c. Jiloca, 3 - 08223 TERRASSA (Barcelona)
☎ 786 30 61* • Fax. 783 07 27

SERVICIO COMPLETO PARA EL PROFESIONAL Y LA EMPRESA

—LE FABRICAREMOS CUALQUIER IMPRESO PERSONALIZADO QUE NECESITE PARA SU EMPRESA.
** FACTURAS, RECIBOS, CARTAS, ETC.

—LE OFRECEMOS LA MAS ALTA GAMA DE IMPRESOS STANDARDS EN CONTINUO Y DE SERVICIO INMEDIATO.

** Distribuidor oficial del COLEGIO DE HUERFANOS DE HACIENDA
Mod.: 110, 130, 190, 300, 347, 390, ect.
Renta: Simplificada, Ordinaria y Patrimonio
Impuesto de Sociedades.

** Impresos de liquidación para la Tesorería de la Seguridad Social.
Mod.: TC/1, TC/2, TC/8.
Boletines autónomos.
Régimen especial agrario.

** Todos los formatos y medidas en etiquetas autoadhesibas.

** Impresos para aplicaciones standars.
Nóminas.
Recibos.
Facturas.
Certificados, I.R.P.F.

** Papel blanco.
Distintas medidas y número de hojas.

** Papel pautado.
Distintos colores, medidas y número de hojas.

—Y ADEMAS NUESTRO DEPARTAMENTO DE IMPRENTA TRADICIONAL.
** SOBRES, TARJETAS, TALONARIOS, ETC.

DELEGACIÓN BARCELONA
C/ Entença, 24-26
08015 BARCELONA
Tel. (93) 325 04 45*
Fax. (93) 426 23 44

DELEGACIÓN TARRAGONA
C/ Pau del Protectorat, 17-19 bjos. n.º 3
43004 TARRAGONA
Tel. (977) 21 79 39 / 21 77 66
Fax. (977) 21 49 58

DELEGACIÓN GERONA
Apart, 176
17820 Banyoles (GIRONA)
Tel. (972) 57 39 47
Fax. (972) 57 39 47

DELEGACIÓN MADRID
C/ Emilio Ferrari, 29
28017 MADRID
Tel. (91) 377 24 89
Fax. (91) 377 33 45

DELEGACIÓN CÓRDOBA
C/ Beatriz Enriquez, 3 Local 1A
14006 CÓRDOBA
TEL. (957) 40 13 97
FAX. (957) 40 13 98

Revista

LABOR HOSPITALARIA

Boletín de suscripción

Año 1994

Suscripción anual: cuatro números

España	Ptas.	2.900
Extranjero		
Correo ordinario	$	30
Correo aéreo: Europa	$	38
Resto países	$	42

Apellidos ..... Nombre .....

Calle ..... Número ..... Piso ..... Puerta .....

Código Postal ..... Población ..... Provincia o país .....

Teléfono ..... Profesión .....

FORMA DE PAGO

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

☐ Por Giro Postal

☐ Por cheque nominativo adjunto N.º ..... a favor de LABOR HOSPITALARIA

☐ Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago)

Banco o Caja de Ahorros:

Titular de la cuenta:

C./Cte. N.º Libreta N.º

Domicilio de la sucursal:

Población: D.P.

Provincia:

Ruego a ustedes se sirvan 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.

....., a ..... de ..... de .....

Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

LABOR HOSPITALARIA

Hermanos de San Juan de Dios - Carretera de Esplugas s/n - 08034 BARCELONA (Tel. 280 40 00)

Congresos ■ Cursos ■ Reuniones ■ Jornadas ■ Conferencias

■ CURSOS DE PASTORAL DE LA SALUD Y DOCTRINA SOCIAL DE LA IGLESIA (POR CORRESPONDENCIA)

Doce unidades distribuidas en tres años.

Información

Fundación Juan Ciudad
Herreros de Tejada, 3
28016 MADRID
Tel. (91) 458 83 02

■ XX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

Del 11 al 14 de mayo de 1994
Valencia

Información

GRUPO GEYSECO
Universidad, 4, 2.º, 4.ª
46003 VALENCIA
Tel. (96) 394 36 55
Fax (96) 453 24 94

■ III JORNADAS DE BIOÉTICA «PROYETO GENOMA HUMANO»

3 y 4 de junio de 1994
Córdoba

Información

Hospital San Juan de Dios
Avda. del Brillante, 106
14012 CÓRDOBA
Tels. (957) 27 46 00
27 00 59
Fax (957) 28 30 10

■ XXI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Del 7 al 10 de junio de 1994
Zaragoza

Información

GRUPO GEYSECO
Fernando el Católico, 26,
2.º dcha.
50005 ZARAGOZA
Tel. (976) 55 58 59

■ I JORNADAS SOCIOHUMANÍSTICO SANITARIAS

9, 10 y 11 de junio de 1994
Granada

Información

Congresos GESTAC
Palacio de Exposiciones
y Congresos
Local n.º 6
Paseo del Violón, S/n
18006 GRANADA
Tel. (958) 13 29 49
Fax (958) 13 44 80

■ XXXI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Del 27 al 30 de septiembre de 1994
Zaragoza

Información

GRUPO GEYSECO
Fernando el Católico, 26,
2.º dcha.
50005 ZARAGOZA
Tel. (976) 55 58 59

■ XXXVII CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA PARA MISIONEROS, DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA Y TRABAJADORES SOCIALES

Del 10 al 22 de octubre de 1994
Fontilles (Alicante)

Información

Sanatorio San Francisco
de Borja
Dr. José Terencio de las Aguas
03791 FONTILLES (Alicante)
Tels. (965) 58 33 50
58 33 51

■ XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

19, 20 y 21 de octubre de 1994
San Sesbastián

Información

Hospital Ntra. Sra. de Arantzazu
Apartado de Correos 477
20080 SAN SEBASTIÁN
Tel. (943) 45 38 00

■ VIII CONGRESO NACIONAL ENFERMERÍA EN ANESTESIA-REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR

3, 4 y 5 de noviembre de 1994
Barcelona

Información

Secretaría
Apartado de Correos 74
08840 VILADECANS (Barcelona)
Tels. (93) 212 81 08
338 41 59
Fax (93) 212 47 74

■ XXXI CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA PARA MÉDICOS

Del 7 al 12 de noviembre de 1994
Fontilles (Alicante)

Información

Sanatorio San Francisco
de Borja
Dr. José Terencio de las Aguas
03791 FONTILLES (Alicante)
Tels. (965) 58 33 50
58 33 51

Armi electromedicina

ELECTRONICA MEDICA

RAYOS X

REPARACIONES

TRASLADOS

MANTENIMIENTO

SERVICIO VENTAS

- Aparatos de Rayos X nuevos y usados debidamente preparados y garantizados.
- Material radiográfico.
- Todo tipo aparatos de electromedicina.

SERVICIO TECNICO

- Mantenimiento general de salas de radiología.
- Reparación de electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, bisturís, eléctricos, cuidados intensivos y demás equipos electrónicos.
- Montajes, traslados y reparación de equipos de radiología.
- Presupuestos completos de emplomado y acabados en general de salas de radiología.

Villar, 69 bis - 08026 Barcelona - Tels. 347 20 99 y 347 24 46 - Fax 347 26 99

Schindler

Giesa Schindler, S.A.

Dirección Regional Cataluña
E-08026 Barcelona. - Mallorca, 606-608

Teléfono: (93) 232 29 13
Telefax: (93) 232 99 17