

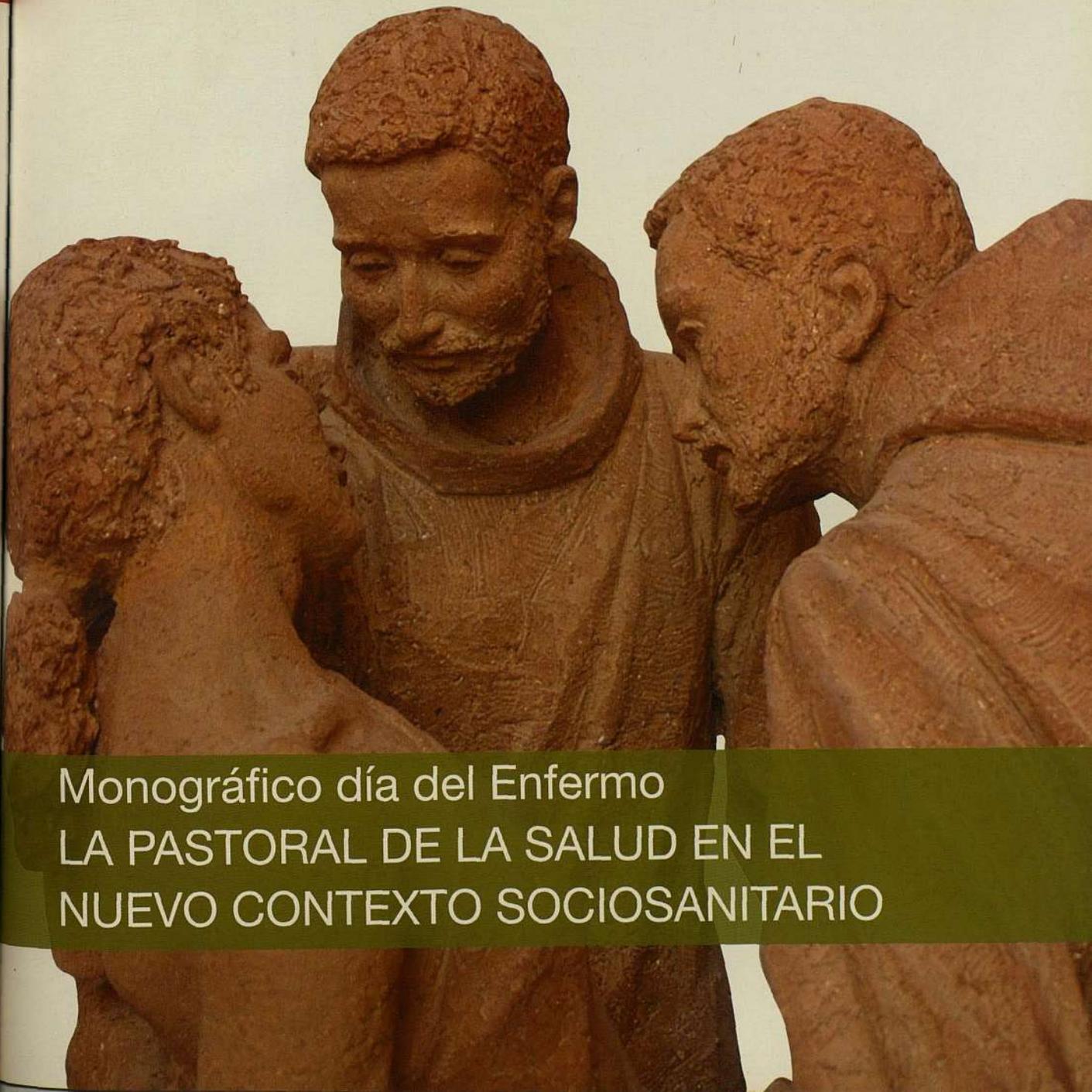
4 - 2006

octubre / noviembre / diciembre

nº 282

LA BOR HOS PITA LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud



Monográfico día del Enfermo
LA PASTORAL DE LA SALUD EN EL
NUEVO CONTEXTO SOCIOSANITARIO

Consejo de Redacción

 Director - Miguel Martín
Administración - Joan Lluís Alabern
Coordinación y Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

 Francisco Abel, 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 y Redacción

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

Fotografía

Santiago Domingo i Franquesa

 Información y suscripciones
revistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

 Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte
Válido, Ref. SVR nº. 401

 ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61
COLOR DIGITAL - BCN

0 Editorial
Pág. 5

1 Palabras de inauguración.
> Mons. Rafael Palmero Burgos
Pág. 7

2 La evolución de la asistencia sanitaria:
Diagnóstico actual y perspectivas de futuro.
> Miguel Angel Soria
Pág. 11

3 Antecedentes, raíces y evolución histórica
de los hospitales, desde la perspectiva de la
Pastoral de la Salud.
> Jesús Conde Herranz
Pág. 15

4 Hacia la mejora
de la calidad asistencial.
> Mercedes Rodríguez Díez
Pág. 57

5 Pastoral de la Salud
en el mundo hospitalario.
> Jesús Martínez Carracedo
Pág. 63

6 Pastoral de la Salud en las
comunidades parroquiales.
> José Sarrio Alarcón
Pág. 77

7 Pastoral de la Salud en
los centros sociosanitarios.
> Idoia Iturrioz Etxabeguren
y Mirari Korta Mendiguren
Pág. 89

8 Pastoral de la Salud en el mundo
del sufrimiento psíquico.
> Mirari Korta Mendiguren
Pág. 101

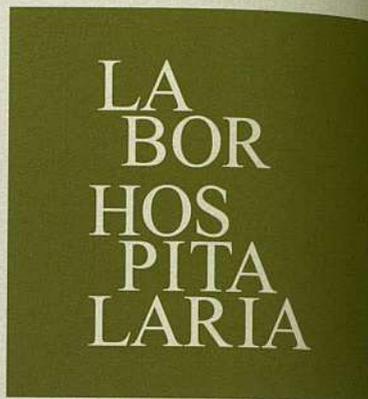
9 Pastoral de la Salud en los
Movimientos de Iglesia.
> José M^a Marín Sevilla
Pág. 107

10 Pastoral de la Salud:
pistas para el camino.
> Miguel Martín Rodrigo, O.H.
Pág. 127

11 Orientaciones
Pág. 137

Boletín de suscripción:

Año 2007



Suscripción anual: cuatro números

España **36** €

Zona Euro **50** €

Resto **50** \$

Apellidos		Nombre		
Calle		Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país		
Teléfono		Profesión		

Indique con una X la forma de pago que le interese

Por giro postal **Por cheque nominativo** adjunto nº _____
a favor de LABOR HOSPITALARIA

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

Banca o Caja de Ahorros _____

Titular de la cuenta _____

Entidad _____ Oficina _____ DC _____ Núm. de cuenta _____

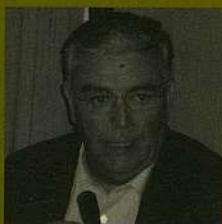
Ruego a ustedes se sirvan de tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

Fecha _____ / _____ / _____

Firma _____

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:
Hermanos de San Juan de Dios, Dr. Antoni Pujadas 40,
 Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

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



De c
para
ir. P
debi
nos

La P
sider
integ
relat
integ
a los
es un
com
ción

Una
que
siste
hosp
tod
men
un c
de lo
ción

En e
Con
pasa
obse
de S
mier
incl
las t

Editorial

De cuando en cuando es bueno mirar hacia atrás para saber dónde estamos y hacia dónde queremos ir. Pasado y futuro son las coordenadas que, debidamente trabajadas, con mayor fidelidad nos pueden situar en el presente.

La Pastoral de la Salud ha hecho un camino considerable en el contexto de la acción pastoral integral de la Iglesia. Siendo una pastoral nacida relativamente hace poco -en cuanto pastoral integralmente entendida, más allá de la atención a los enfermos en sus necesidades sacramentales-, es una pastoral que puede ya mirar hacia atrás y comprobar el vasto campo sembrado, la evolución habida, los frutos obtenidos...

Una pastoral nacida en España al rescoldo de lo que fuera la época de la aparición de los primeros sistemas de salud y la aparición de los grandes hospitales que se constituirían en el centro de todo el sistema sanitario. Un sistema ambiciosamente desarrollado y que hoy se conforma como un cualificado sistema nacional de salud, uno de los mejores del mundo -con todas las limitaciones que se quiera-.

En este trayecto, no pocas cosas han cambiado. Comenzando por el desarrollo tecnológico, y pasando por la universalidad de sus prestaciones, observamos la promulgación de la Ley General de Sanidad, y con ella la implantación y el crecimiento de la atención sanitaria primaria, la inclusión de la salud mental entre sus ofertas, las transferencias a la Comunidades Autónomas,

la multiplicación de los centros sanitarios con su jerarquización en función de los diversos mapas sanitarios, el crecimiento en número y cualificación de los nuevos profesionales de la salud...

Y todo ello en una sociedad que también ha cambiado no poco y no precisamente en aspectos secundarios. Y en una Iglesia llamada a ser "sacramento de salvación" en este aquí y ahora.

Todo ello ha llevado al Departamento de Pastoral de la Salud ha proponer para 2007 la reflexión sobre una Pastoral de la Salud en el nuevo contexto sociosanitario de nuestro tiempo. Es un intento de mantener una fidelidad al espíritu de servicio al hombre enfermo que desde siempre ha animado al mismo.

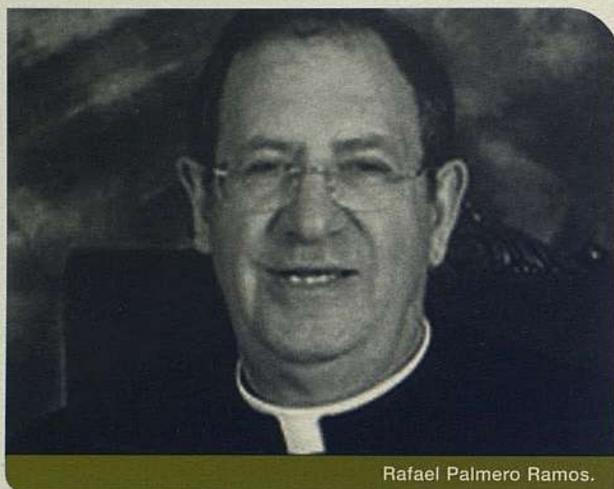
Es una propuesta a releer el camino andado, recoger su experiencia acumulada por tantos éxitos y, por qué no, algunos fracasos. Y ello para, desde esa lectura, discernir por dónde va el futuro de la sanidad y consecuentemente de la atención pastoral al enfermo.

No hay, una vez más, cuaderno de recetas. Sí hay unas orientaciones, propuestas, intentos de acercamiento, estudios históricos, y esbozos de por dónde puede ir el futuro. Queda claro, de nuevo una vez más, que el agente de pastoral no es un funcionario sino un explorador...a la búsqueda del mejor servicio al hombre enfermo.

Palabras de bienvenida.

> Rafael Palmero Ramos.

*Obispo de Orihuela-Alicante y Responsable de la Pastoral
de la Salud de la Conferencia Episcopal Española.*



Rafael Palmero Ramos.

El presente trabajo tiene como base la exposición que, bajo el mismo título, el autor expuso en las XXXI Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud celebradas el pasado mes de septiembre en Madrid. Se estructura en dos apartados claramente diferenciados que hemos de tener en cuenta a la hora de comentar la evolución de la asistencia sanitaria actual: los avances biosanitarios de los últimos años y las características sociodemográficas del momento.

“En el año 2006 se cumple el vigésimo aniversario de la aprobación de la Ley 14/1986, de abril, General de Sanidad. Dicha Ley posibilitó el tránsito desde el antiguo modelo sanitario de Seguridad Social al actual modelo de Sistema Nacional de Salud, financiado con impuestos generales y de cobertura prácticamente universal. Desde entonces hasta ahora se han producido profundos cambios que han alterado la realidad de la sanidad pública, entre ellos la culminación del proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas en 2002, que la han convertido en uno de los principales pilares del actual Estado del bienestar”.

Hoy, de hecho, la realidad de la sanidad pública es nueva. La Gestión ha de contemplar, el papel cada vez más activo de los pacientes y de la sociedad en general; ha de mirar la austeridad y el control del gasto; la autonomía del paciente y la demanda asistencial. El envejecimiento de la población y el incremento de los inmigrantes producen a veces un cambio de mentalidad ante la enfermedad, que debe ser conocido y asumido por los cuidadores.

La Salud, en muchos casos, es vista como valor absoluto y asociada a la juventud y al bienestar; el sufrimiento, en cambio, como realidad rechazable, y la muerte, un fracaso.

De aquí que, podamos encontrar sentimientos de frustración en el profesional y en el usuario. Precisamente el tema de la **Jornada Mundial de la Salud (7 de Abril)**, promovida cada año por la OMS, ha sido en 2006 la crisis que afecta a los profesionales sanitarios a escala mundial. Gran problema, y gran oportunidad: motivar a los profesionales.

En el sector Hospitalario, junto al gran desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria y los avances técnico-sanitarios, se busca coordinación con otros niveles de asistencia: Atención primaria, unidades de media y larga estancia, atención sociosanitaria residencial, atención en el domicilio, y alternativas a la hospitalización tradicional: Hospitales de día.

Esta realidad compleja nos ofrece retos y oportunidades. Podemos fijarnos en algunos de ellos:

1. En esta sociedad del bienestar en la que observamos actitudes contradictorias ante la salud, se ofrece hoy a la Iglesia la oportunidad de **confrontar e iluminar** los conceptos de salud, de calidad de vida y de enfermedad, así como **promover** la dimensión humana y social de la salud y de la enfermedad, del sufrimiento y de la muerte, de las instituciones y de la actividad de los profesionales sanitarios, y **contribuir** a que nuestra sociedad sea más sana.
2. Se nos presenta, así mismo, la oportunidad y a la vez la exigencia de **desplegar nuestra dimensión evangelizadora, que ilumina**, desde la fe, el sentido del sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte y el valor evangélico de las profesiones socio-sanitarias. Nuestra dimensión evangelizadora que **acompaña** a los enfermos y a sus familias en el itinerario de su enfermedad, y **celebra**, con la oración y los sacramentos, la presencia salvífica de Dios y la solidaridad humana, tiene

que evidenciar igualmente el valor insustituible de la esperanza.

3. Tenemos por delante -personas e instituciones- el gran reto de **hacer más humano y solidario** este mundo de la Salud, un reto que presenta a la Iglesia la oportunidad de educar en los valores del respeto a los seres humanos, a su dignidad, a la ayuda mutua, a la compasión, a la búsqueda de objetivos diferentes y más nobles que el mero disfrute teniendo siempre a la vista la trascendencia.
4. No podemos ignorar, tampoco, el campo de la ética donde se plantean hoy delicados y graves problemas, tanto en el inicio de la vida, como con el final de la misma, pasando por la relación clínica: consentimiento informado, objeción de conciencia, huelga sanitaria, distribución de recursos, calidad asistencial, ética de los Comités de investigación clínica y de la asistencia clínica, etc, etc...

Responder a este importante reto de iluminar tales problemas, invita a la Iglesia a **seguir** de cerca los planteamientos, así como **colaborar** en la búsqueda interdisciplinar de soluciones; **promover** la formación de los profesionales sanitarios y de los ciudadanos, y cuidar el asesoramiento ético a los enfermos y a sus familiares.

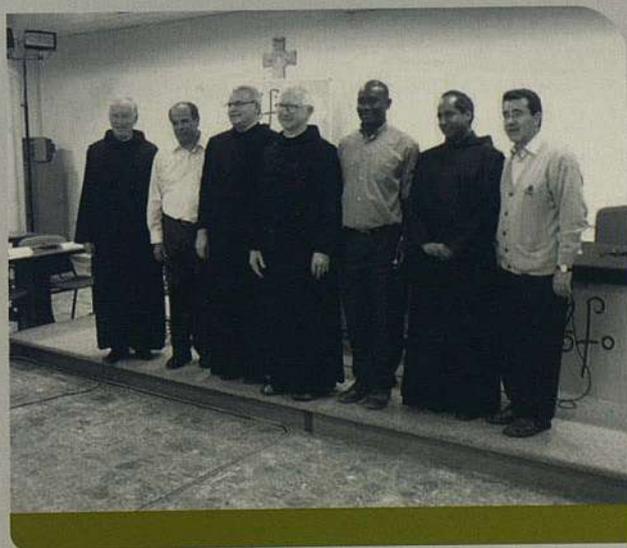
Termino con las palabras de Rudesindo que recoge nuestro programa. *“La historia de la pastoral de la salud ha sido un camino de vida. Un camino fiel al mundo de la salud y al evangelio, un camino creativo y abierto a la colaboración de instituciones y personas para responder a las necesidades... Los frutos del camino son abundantes pero, a mi parecer, el fruto más hermoso de todos es el «espíritu de familia» que reina entre los que trabajamos en esta pastoral”.*

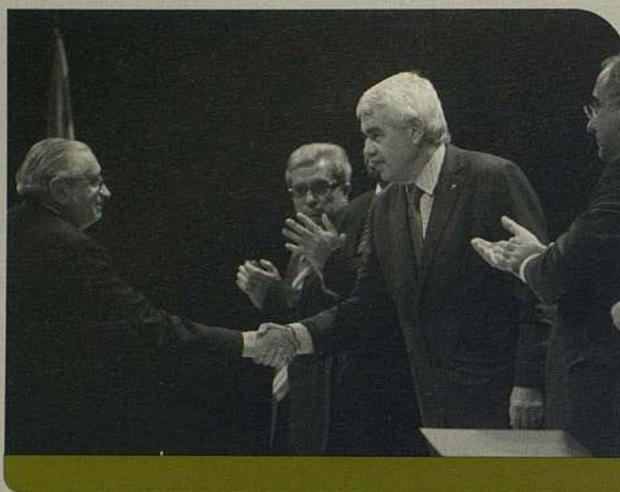
El Hno. Jesús Etayo elegido Consejero General de la Orden Hospitalaria.

El Hno. Jesús Etayo, que ha estado 17 años en Curia Provincial, 11 como Consejero y 6 de Superior Provincial, fue elegido en el Capítulo General de la Orden celebrado el pasado mes de octubre en Roma, segundo Consejero General.

El Hno. Jesús Etayo, como responsable de pastoral, ha colaborado muy estrechamente en la dirección de nuestra revista y queremos desearle y mandarle desde estas líneas todos nuestros mejores deseos para la nueva labor encomendada desde Curia General, lo que no está exento que le echemos en falta.

¡Enhorabuena!





El P. Francesc Abel, Creu de Sant Jordi

El Dr. Francesc Abel, fundador y actual Presidente del Instituto Borja de Bioètica, ha sido galardonado con la Creu de Sant Jordi de la Generalitat de Catalunya. El día 25 de septiembre tuvo lugar el acto oficial de entrega de manos del **President de la Generalitat, Pasqual Maragall**.

El Dr. Abel ha recibido la máxima distinción que otorga el Govern de Catalunya en reconocimiento a su tarea como pionero en el campo de la bioética y su incansable labor al frente del Institut Borja de Bioètica durante 30 años.

Desde estas líneas queremos darle nuestra más sincera felicitación y reconocimiento. Colaborador fiel con esta publicación, el P. Abel tiene la Carta de Hermandad de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios desde 1995. No obstante, fue fundador del primer Comité de Etica Asistencial en el estado español (1975) en nuestro Hospital Infantil de Esplugues del que es, actualmente, presidente. También participa en el Comité de Etica Asistencial de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.

La evolución de la asistencia sanitaria: Diagnóstico actual y perspectivas de futuro.

> Miguel Angel Soria .
Subdirector General de Atención Especializada.
Servicio Madrileño de Salud.

El presente trabajo tiene como base la exposición que, bajo el mismo título, el autor expuso en las XXXI Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud celebradas el pasado mes de septiembre en Madrid.

Se estructura en dos apartados claramente diferenciados que hemos de tener en cuenta a la hora de comentar la evolución de la asistencia sanitaria actual: los avances biosanitarios de los últimos años y las características sociodemográficas del momento. ▶



Miguel Ángel Soria.

Los avances biosanitarios

Respecto a los avances biosanitarios que han tenido lugar en los campos de la medicina, enfermería y farmacología, junto con tecnologías cada vez más complejas y precisas, permiten el aumento de la capacidad de diagnóstico precoz.

- Las nuevas técnicas quirúrgicas y el desarrollo de nuevos tratamientos permiten acortar el tiempo de ingreso en los hospitales, así como aumentar el número de los procedimientos que se realizan sin necesidad de hospitalización.

a). Entre los avances tecnológicos debemos considerar, principalmente, aquellos referidos al diagnóstico por la imagen que tienen que ver con el radiodiagnóstico como la ecografía 3D ó 4D, la resonancia magnética y la tomografía computerizada de 64 cortes que nos dan una visión del cuerpo muy perfecta.

b). El campo de la endoscopia, que hace referencia a la visión del interior de los órganos y cavidades corporales, ha llegado a los aparatos digestivo, urinario y respiratorio por medio de endoscopios, aparatos que son introducidos por los orificios naturales del cuerpo. Pero también pueden utilizarse pequeñas incisiones en el tórax (toracoscopia) y abdomen (laparoscopia) para poder visualizar el interior de estas cavidades y los órganos que contienen. Así mismo, podemos visualizar el interior

de las articulaciones por medio de los artroscopios, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos. Hoy en día es común el poder ser intervenido mediante técnicas endoscópicas tumores craneales por vía nasal, como ocurre en el caso de tumores de la hipófisis con muy buenos resultados.

- Podemos hacer un breve resumen de los principales datos asistenciales de la Comunidad de Madrid comparando los siguientes parámetros obtenidos durante los años 2001 y 2005:

a). Se ha producido un incremento de los recursos dedicados a la hospitalización pasando de 11.526 camas funcionantes en 2.001 a 12.003 en 2.005, lo que supone un aumento del 4,14%

b). La estancia media ha descendido desde 8,89 días en 2.001 a 8,75 días en el 2005. Este descenso de tan solo 0,14 días nos puede parecer poco significativo, pero debemos tener en cuenta que la mayor parte de los pacientes ingresados presentan una estancia en el hospital por debajo de la media aritmética y tan solo un pequeño porcentaje causan un gran número de estancias. En este apartado se encuentran los pacientes que presentan procesos complejos, complicaciones y tienen problemas sociales. Todo ello nos informa de un cambio en el perfil del paciente.

c). En la actividad de altas de hospitalización observamos un incremento de actividad que pasa de 401.172 en 2.001 hasta alcanzar las 438.166 en el 2.005. Ello supone un aumento del 9,22%, algo más del doble de lo que crecieron las camas funcionantes debido a un incremento de la ocupación y una disminución de la estancia media como se ha descrito anteriormente.

d). Respecto al total de consultas externas realizadas en el ámbito de la atención especializada el número total de actos pasa de 8.643.332 en el 2.001 hasta 9.404.494 en el 2.005 produciéndose un crecimiento del 8,81% que supone un importante aumento de actividad ya que ello indica que cada ciudadano de la Comunidad de Madrid acude 1,62 veces al año al médico especialista.

e). Si consideramos este mismo parámetro en el ámbito de la atención primaria observamos

que el número de consultas ha pasado de 44.543.622 en el 2.001 hasta 47.655.208 en el 2.005, lo que supone un incremento de la actividad del 6,99% y representa que cada vecino de la comunidad acude al centro de salud 8,22 veces al año. Si sumamos ambas cifras vemos que casi 10 veces al año vamos al médico para ser atendidos de forma ambulatoria.

f). Al observar la actividad quirúrgica programada vemos un incremento de la actividad en general y de la ambulatorización de la atención quirúrgica. Las intervenciones con ingreso pasan de 119.099 a 130.065, incrementándose en un 9,21% en el periodo 2.001 al 2.005. Respecto a las intervenciones ambulatorias el dato correspondiente al 2.001 es de 122.522 y crece hasta cifras de 158.158 en el 2.005 que supone un crecimiento del 29,09%.

g). Otro dato de importante interés es el crecimiento de los tratamientos realizados en hospitalización de día que supone un 62,39% en el periodo 2.001 a 2.005 al pasar de una cifra de 279.225 tratamientos a 453.424. Este incremento nos ha permitido atender a un mayor número de pacientes de forma ambulante, sin la necesidad de ser ingresados en los centros hospitalarios.

h). Si tenemos en cuenta lo que ha supuesto en el gasto corriente de bienes y servicios este incremento de actividad observamos que es del 33,90% en el periodo 2.002 al 2.005 pasando de los 810,7 a los 1.085,5 millones de euros en el ámbito de atención especializada.

- Todas estas cifras ponen de manifiesto los siguientes hechos:
- Incremento importante de toda la actividad asistencial
- Aumento de la actividad de hospitalización
- Crecimiento de la ambulatorización de procesos
- Disminución de la estancia media o tiempo de permanencia en el hospital.
- Mayor número de pacientes atendidos en atención primaria y en las consultas de especializada.
- Esta tendencia es de esperar que siga y se incremente.
- Se disponen de nuevas alternativas a la hospitalización convencional.

El desplazamiento a actividad ambulatoria implica la necesidad de mayor coordinación entre niveles.

La necesidad de atención sociosanitaria en residencias o domicilios se incrementa.

Los cambios sociodemográficos

Cuando analizamos los cambios sociodemográficos que han tenido lugar, merece la pena resaltar el incremento de la inmigración que nos lleva a la multiculturalidad. Esta realidad tiene grandes cambios que podemos resumir en:

- La concepción de la enfermedad de forma diferente.
- La aparición de hábitos higiénicos dietéticos distintos.
- El resurgimiento de enfermedades como la tuberculosis, malnutriciones, etc
- Un estado menor de prevención centrado en un estado de vacunación inferior.
- Dificultades de integración con la población autóctona, creándose en cierto modo guetos.

Analizaremos algunos de los componentes más importantes de los cambios sociodemográficos:

- Al analizar la evolución de la población de la Comunidad de Madrid en el periodo 2.001 al 2.005 observamos un crecimiento del 11,01%.
- Si observamos la pirámide de población española y extranjera entre los periodos 2.000 al 2.005 vemos como la población extranjera se localiza principalmente en la franja de edad de los 25 a los 35 años registrando un mayor crecimiento la población masculina. En la revisión del Padrón Municipal a 1 de enero de 2005 obtenemos que la población inmigrante supone el 18% del total de la población del total de la población española.
- Entre las diferentes nacionalidades con mayor representación a nivel nacional conviene destacar a Marruecos (13,7%), Ecuador (13,3%), Rumania (8,5%) y Colombia (7,3%). Las de mayor crecimiento al considerar la variación interanual son Bolivia (87,1%), Rumania (52,6%) y China (40,4%). Teniendo en cuenta el porcentaje de población

femenina corresponden los mayores a Colombia (56,6%), Bolivia (55,6%) y Perú (53,8%).

- Si tenemos en cuenta las principales nacionalidades presentes en la Comunidad de Madrid vemos que corresponden por orden de importancia a Ecuador (25%), Colombia (10%), Rumania (9,7%) y Marruecos (9,5%). Obsérvese que aunque son las mismas que a nivel nacional su implantación es diferente.

- Si consideramos el envejecimiento de la población en la Comunidad de Madrid veremos como la proporción de población mayor de 65 años sobre el total ha descendido del 15,7 al 14,00 del periodo 2.002 al 2.005 y ello no implica que haya menos ancianos, sino todo lo contrario.

- El número absoluto de personas ancianas es mayor, pero ha incrementado más el número de personas en la banda de los 25 a 40 años que corresponde fundamentalmente con las franjas de edades de la población inmigrante y la base de la pirámide por el mayor índice de natalidad reflejado en el aumento de nacimientos.

- Los nacimientos se han incrementado desde el 2.000 hasta el 2.005 en un 32,54% en la Comunidad de Madrid pasando de los 56.622 a los 75.044 nacimientos anuales.

- Otro hecho importante a tener en cuenta es la incorporación extensiva de la mujer al mercado laboral que se puede observar en:

- Si tenemos en cuenta la evolución en la Encuesta de Población Activa durante el periodo 2.000 al 2º trimestre del 2.006 observamos que la mujer representa en la Comunidad de Madrid un crecimiento desde el 71 al 82 mujeres por cada 100 hombres.

- Si consideramos para este mismo periodo la evolución para el conjunto de España observamos también un crecimiento, pero menor pasando del 66 al 72 mujeres por cada 100 hombres.

- Al tener en cuenta la evolución de la población con nacionalidad extranjera desde el año 1.998 hasta el 2.005 y tomando como fuente el Padrón Municipal de habitantes observamos en la Comunidad de Madrid que la cifra de mujeres por cada 100 hombres desciende desde 114 al principio del periodo hasta 99 al final del mismo.

- Si nos referimos al conjunto del estado español la cifra de mujeres por cada 100 hombres pasa de 98 en el 1.998 a 87 en el 2.005.

Perspectivas de futuro

De toda la información comentada podemos extraer las siguientes conclusiones a tener en cuenta como perspectivas de futuro:

- a). La evolución de las posibilidades de tratamiento ambulatorio de los procesos y enfermedades hacen esperable un incremento cada vez mayor de la actividad asistencial fuera del ámbito del propio hospital.
- b). El tiempo de permanencia en los centros sanitarios se reduce importantemente.
- c). Por el contrario aparece un aumento de pacientes en Cuidados Intensivos, con complicaciones y problemas sociales.
- c). La ordenación de los recursos debe tener en cuenta este factor.
- e). Se hace más necesaria la información al paciente, la familia o sus cuidadores.
- f). La coordinación de recursos y entre niveles asistenciales se presenta cada vez más imprescindible.
- g). La atención multidisciplinaria y la formación continuada se convierten en factores fundamentales.
- h). El envejecimiento de la población hace esperable un incremento de las necesidades asistenciales y sociales.
- i). La presencia multicultural hace necesario adaptar la prestación de servicios, tanto asistenciales como sociales.
- j). El cambio en la disponibilidad de cuidadores tradicionales hace preciso poner en marcha nuevos soportes sociales ante el previsible incremento de las necesidades.
- k). El domicilio pasa ser el centro principal de atención de los pacientes, aunque sigan teniendo una gran importancia los centros hospitalarios.

*. Texto escrito del trabajo preparado para las XXXI Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud, donde se presentó resumido en un archivo Power Point de 54 diapositivas, el martes 26 de Septiembre de 2006.

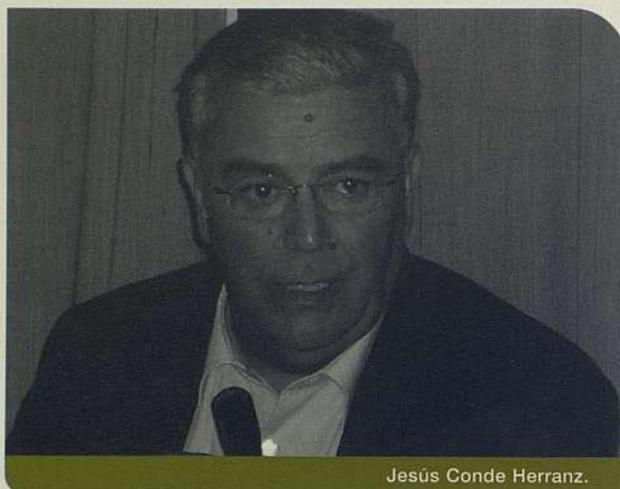
Antecedentes, raíces y evolución de los Hospitales, desde la perspectiva de la Pastoral de la Salud*.

> Jesús Conde Herranz,
Delegado Diocesano Pastoral de la Salud. Madrid.

Tal y como queda especificado en el título de este artículo, Jesús Conde ha hecho un trabajo de investigación, recopilación y selección de textos sobre el tema que son la parte más importante del mismo en el que la aportación personal del autor ha consistido en incluir breves comentarios en cada uno de los apartados y elaborar una serie de conclusiones.

Sin ser más que un “lector apegado al conocimiento de la historia”, el autor nos ofrece una visión panorámica de la evolución histórica de los hospitales y ha tratado de indagar mirando a la historia pasada.

Para él no solo es una cuestión de mera curiosidad erudita sino, por el contrario, un asunto de capital importancia, pues lo que está en juego es saber si la experiencia asistencial acumulada durante muchos siglos de evolución hospitalaria puede resultar aún fecunda para configurar los hospitales del futuro o, en sentido opuesto, si hay que prepararse para extender el certificado de defunción a lo que durante diecisiete siglos de historia sanitaria se ha venido entendiendo por hospital. ▶



Jesús Conde Herranz.

A modo de presentación.

No es la primera vez que se me encomienda una indagación de índole histórica desde la perspectiva de la Pastoral de la Salud a mí, que no soy historiador sino sólo un lector apegado al conocimiento de la historia. Este apego, como ya he reiterado en escritos anteriores, se debe tanto al interés en sí que siento por los contenidos de la historia en general, cuanto a la posibilidad de encontrar a través de este cauce las causas que, desde el pasado, siguen influyendo de un modo u otro, y con diversa pero indudable intensidad, en las realidades del mundo sanitario así como en las de la Pastoral con que la Iglesia busca responder a aquéllas, en nombre del **Evangelio de Jesucristo**. Por ello, pido de antemano disculpas a los destinatarios de este trabajo, pues se trata de un fruto que seguramente no llega a la madurez con que lo desarrollaría un verdadero especialista.

Por no ser un experto en investigación histórica voy a dar, sobre todo, la palabra a quienes verdaderamente lo son y a dejar que su saber fluya directamente a los lectores a través de la **selección de textos** que de ellos presento. Dichos textos for-

man el núcleo más importante de todo este trabajo en el que mi aportación personal específica ha consistido meramente en:

- hacer acopio en primer término, de la más abundante **documentación** posible sobre el tema, tomada de las fuentes históricas a las que he tenido acceso, y que enumero al final del escrito;
- elaborar seguidamente unos **criterios de selección** de aquellos textos que, dentro de todo ese material recogido, ilustran de modo más claro y directo las pretensiones y objetivos perseguidos en la realización de este trabajo;
- **seleccionar** los textos ajustados a dichos criterios y ordenarlos mediante una clasificación en etapas de la evolución histórica de los hospitales;
- incluir **breves comentarios** o apuntes ilustrativos a cada uno de los apartados sucesivos del trabajo, para que aclaren el quid de la inclusión de cada grupo de textos, así como sus relaciones con los de otros apartados y con el momento presente de la Pastoral de la Salud;
- terminar con unas **conclusiones** que sirvan para mostrar la idoneidad del tema, de cara a la Campaña del Enfermo 2007, y para esbozar unas líneas generales de acción en el presente y el inmediato futuro.

El tema al que dedico este escrito no ha sido abordado directamente hasta ahora desde la perspectiva precisa de:

- a). *contemplan la evolución por la que actualmente están pasando los hospitales y sus probables vías de proyección hacia el inmediato futuro, a la luz del pasado de esta institución²,*

2- Sobre la historia de los hospitales ha sido publicado en 2005 el libro *Los hospitales a través de la historia y del arte* (VA-LHHA). Su parte histórica será citada en varias ocasiones. Otras publicaciones sobre el mismo tema -con el común denominador de historia de los hospitales, pero no siempre desde la misma perspectiva- son citadas con las siglas GR-TH; JDTGG-HSAH; JMP-HH; LGRP-HH.

b). *con la intención expresa de tomar buena nota de sus conclusiones para revisar y poner a punto la Pastoral Hospitalaria de la Iglesia Católica en España.*

Quiero advertir, sin embargo, que esta doble pretensión sólo sería enteramente cumplida si las líneas del desarrollo histórico que presento, incluyeran una descripción detallada de los procesos por los que han venido pasando a través del tiempo realidades como, por ejemplo, la asistencia religiosa católica en los hospitales y sus formas sucesivas, o los tipos de relaciones entre la sociedad y la Iglesia que han influido en cada época sobre la evolución de los hospitales. Temas como éstos sólo quedan aludidos aquí y allá a lo largo de este escrito, dada la extensión limitada que debe tener en este caso.

Sin embargo, la importancia de ofrecer una visión panorámica de la evolución histórica de los hospitales creo que va a quedar suficientemente justificada. Así pienso que lo avalan ya los primeros autores que voy a citar:

A principios del siglo XXI... el concepto de hospital está sufriendo el mayor cambio que probablemente ha tenido a lo largo de su historia (AN-HCAD, p. 3).

La evolución del hospital en los últimos siglos plantea la cuestión central de si la asistencia es aún la función primaria de esta institución ... la finalidad original del hospital fue admitir y confortar a todos los sufrientes y necesitados. En gran medida los hospitales limitan ahora la admisión a los pacientes seriamente enfermos que requieren los diagnósticos y tratamientos más sofisticados. La inclinación hacia los episodios agudos de las enfermedades físicas, las intervenciones tecnológi-

cas complejas y el creciente coste económico de los ingresos y estancias han convertido al hospital en un lugar de permanencia episódica y breve. La burocratización, las restricciones financieras y la invasión de todo tipo de instrumental no hace más que acentuar la despersonalización esencial de la asistencia institucional. Las pérdidas resultan claras. Tres siglos de medicalización han transformado al hospital de un centro de cuidados para los pobres en una máquina destinada a los enfermos que pueden ser curados (GBR-HMH).

Nadie se ha propuesto hasta ahora seriamente describir la evolución y desarrollo de los hospitales desde sus comienzos hasta el año 1500... (Sin embargo) los hospitales actuales... tienen su base en aquellas instituciones que distan siglos de nosotros. Las costumbres ... que hoy perduran en las más modernas instalaciones, deben ser reconocidas como producto de aquella época, investigadas y, a ser posible, reemplazadas por algo mejor (DJ-HUM).

Se trata, pues, de indagar, mirando a la historia pasada, si la drástica evolución por la que están pasando hoy los hospitales va a permitir a estas instituciones sanitarias conservar algunas de las señas de identidad que configuraron su creación y su devenir histórico hasta hoy, o si la mencionada evolución actual les va a llevar a ser otra cosa distinta por completo. No es una cuestión de mera curiosidad erudita sino, por el contrario, un asunto de capital importancia, pues lo que está en juego es saber si la experiencia asistencial acumulada durante muchos siglos de evolución hospitalaria puede resultar aún fecunda para configurar los hospitales del futuro o, en sentido opuesto, si hay que prepararse para extender el certificado de defunción a lo que durante diecisiete siglos

Dada la frecuencia con que son citados muchos de los historiadores cuyos testimonios he seleccionado, y por razón de brevedad en la identificación de cada una de las citas, he recurrido a abreviarlas mediante acrónimos como los que aparecen entre paréntesis en el párrafo anterior de esta nota. La lista completa de acrónimos y documentos cor-respondientes se encuentra en la sección final de este escrito, titulada Siglas y lugares bibliográficos.

Cuando no se cita el número de página, es que el escrito al que pertenece el párrafo citado se encuentra en soporte digital, y no siempre está paginado.

de historia sanitaria se ha venido entendiendo por hospital.

Antes de concluir esta presentación, quiero añadir que tratar sobre la evolución histórica de los hospitales parecería que impone partir -ya de entrada- de algún tipo de definición de los mismos. Sin embargo, la dinámica de cambio que comporta dicha evolución aconseja más bien ir dejando que sea la descripción del propio devenir histórico la que vaya presentando los diversos perfiles que ha venido mostrando esta institución asistencial a lo largo del tiempo, de modo que al final del recorrido puedan sacarse unas características generales y más o menos comunes a todas las épocas³. No obstante, A. Navarro ofrece en su trabajo *Los hospitales: concepto, alcance y dimensión* un concepto de hospital que, desde una perspectiva de progresión histórica, incluye estos tres rasgos generales:

- *Hospital es igual a camas*. Desde los centros más antiguos que recibieron este nombre hasta finales del siglo XIX, un hospital equivalía a un centro de hospedaje que proporcionaba sustento y alojamiento a los que en él ingresaban. Lo utilizaban no sólo enfermos, sino también menesterosos.
- *Hospital es igual a tecnología*. A finales del siglo XIX hay varios avances científicos y profesionales que modifican el concepto de hospital... Todos esos cambios perduran en lo esencial durante el siglo XX.
- A finales del siglo XX y los primeros años del siglo que comienza se produce una nueva revolución en el concepto de hospital... *Hospital igual a solucionador* de procesos. En este con-

cepto de futuro (y de presente) las camas se relativizan e incluso la tecnología se externaliza del propio edificio-hospital (AN-HCAD, p. 3s).

Y, de momento, sólo me cabe añadir mi esperanza de que un estudio como éste sirva, al menos, al propósito que la Comisión Episcopal de Pastoral confiera a la Campaña 2007 de Pastoral de la Salud, y a la configuración concreta que en cada una de las diócesis de España se dé luego a dicha Campaña y, dentro de ella, a la Pastoral Hospitalaria.

1. Los antecedentes históricos de los Hospitales

Ciertos historiadores han pretendido remontar el origen de los hospitales a determinadas instituciones anteriores al cristianismo, basados en el hecho de que algunas fuentes documentales muestran que *diversas culturas primitivas desarrollaron instituciones destinadas a cuidar de los enfermos*⁴. Sin embargo, los testimonios de los autores más solventes consideran que dichas instituciones son sólo antecedentes más o menos remotos de los hospitales propiamente dichos. Entre tales culturas e instituciones antiguas cabe destacar las siguientes.

A. *La India antigua: Los documentos que hablan de la India antigua describen centros que dispensaban medicinas e incorporaban un personal capacitado para cuidar a los enfermos*⁵ (TSM-H).

B. *El Antiguo Egipto: En el Egipto faraónico había santuarios -de los cuales nos han llegado*

3- La metodología investigadora de Pedro Laín Entralgo muestra en muchos de sus trabajos que el momento sistemático definitorio o descriptivo de una realidad dinámica y cambiante- debe ir siempre precedido de la descripción de su evolución histórica.

4- Cf. JMLP-MH, p. 109.

5- Dieter Jetter alude a los llamados hospitales de Asoka (264-228 a. C.) dependientes del budismo en la India antigua (DJ-LHEM). También lo hace A. Casera en AC-LOAM, p. 16, sin entrar en concreciones.

sólo vagas noticias- en los que podían residir los enfermos que acudían a ellos en busca de ayuda (DJ-LHEM).

Imhotep, sumo sacerdote (pero no médico) y arquitecto de la pirámide escalonada del rey Zoser, en Saqqarah,... fue considerado un dios con poderes curativos unos 2000 años después de su muerte. Los enfermos visitaban el templo de Imhotep en busca del sueño curativo. (WW-CM, p. 20).

La formación de los médicos egipcios tenía lugar en las llamadas casas de la vida, que eran una combinación de academia, universidad y biblioteca. Se trataba de una institución del Estado, próxima a los grandes templos, encargada ante todo de la protección del Faraón, mediante el uso de la magia (PLE-HM, p. 17).

C. La Grecia antigua. El iatreion (iatreion), era en Grecia tan sólo una especie de clínica privada de los médicos mejor situados, que tenían una habitación con una cama para explorar a los enfermos y para que descansaran (JMLP-MH, p.)⁶.

Hacia el año 400 a. C. se inició en la isla de Cos la construcción de un santuario, el asklepieion (asclepieion), dedicado al médico divino Asclepio, rey de Tricia, en Tesalia. Al templo de Cos acudían los enfermos para que el dios médico les curara dándoles consejos durante el sueño. Tras practicar abluciones rituales ofrecían sacrificios al dios y hacían donaciones al templo. Finalmente se les inducía el llamado sueño terapéutico, la incubatio, en salas adonde eran llevados por los sacerdotes

y donde se hallaban dispuestas las camas, klinai (clínai), para la práctica del sueño terapéutico, en el que Asclepio se aparecía a los enfermos, bien para curarles, bien para prescribirles algún remedio (CS-GME, p. 36.39)⁷.

El asklepieion vivió un segundo auge en el siglo II d. C. Fueron famosos los de Pérgamo, Epidauro y Cos. En ellos, junto a la incubatio, se practicaban los baños, el ejercicio y la dieta. Los tratamientos con medicinas eran una excepción. En realidad, la mayoría de estos templos se asemejaban más a lugares de peregrinación que de curación (l. c. p. 52).

En total, los santuarios de Asclepio pervivieron casi un milenio, coexistiendo en los últimos tiempos con el cristianismo que comenzaba ... uno de estos templos estaba consagrado a los santos Cosme y Damián (lo que) parece ya intuir el comienzo del hospital medieval⁸ (DJ-LHEM).

D. La antigua Roma. En Roma, las instalaciones del tipo del iatreion griego eran denominadas tabernae, expresión que indicaba su falta de prestigio. La única asistencia organizada se daba en los valetudinaria⁹, creados en los grandes campamentos militares romanos de las fronteras del Imperio para los soldados heridos o enfermos (JMLP-MH, p. 109).

Antes del año 20 d. C. se estableció en Alesia, cerca de Haltern (Westfalia) uno de los primeros valetudinaria romanos creados para los legionarios. El personal de estos establecimientos incluía médicos, farmacéuticos, escribas e inspectores. En Italia los grandes terratenientes mandaban

6- Los médicos antiguos tenían bastante con ejercer la medicina en las plazas públicas o en pequeños dispensarios denominados iatreia, en los que no albergaban al enfermo; y cuando el estado o la gravedad del paciente lo aconsejaba, el médico acudía a prestar sus servicios en el propio domicilio del enfermo (MAS-LHH, p. 16).

7- Una descripción más detallada de la estructura y funciones de los asclepieia puede encontrarse en MAS-LHH, p. 20s y en AG-LOAM, p. 19s.

8- Del paso de los asclepieia griegos al mundo romano se conservan aun hoy indicios arqueológicos. Por ejemplo, el actual centro hospitalario de la Isola Tiberina en Roma, del que es titular la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, se levanta sobre el antiguo santuario romano de Esculapio y conserva diversos vestigios de éste.

9- Este término latino (en singular valetudinarium) proviene de valetudo, que significaba el estado de salud buena o mala, y del que derivan valetudinarius, enfermo y valetudinarium, enfermería.

construir también esta especie de hospitales, para mantener en buen estado de salud a los esclavos que servían de mano de obra; eran atendidos por médicos esclavos (CS-GME, p. 50).

Así pues, las formas en que cristalizó la asistencia a los enfermos en algunas culturas antiguas sólo-lo pueden ser consideradas meros antecedentes -y en aspectos más bien parciales- de los hospitales propiamente dichos. Éstos hunden sus auténticas raíces en el cristianismo primitivo, y así lo han entendido historiadores como los citados a continuación.

Sin embargo, ninguna de esas instituciones (las mencionadas en los párrafos precedentes) consiguió sobrevivir a los cataclismos que destruyeron gran parte de la antigua civilización en Eurasia entre los años 200 y 600 (TSM-H).

Buscar en Atenas y Esparta, en Alejandría y Roma, instituciones parecidas a los hospitales y que formaran parte de la ordenación social de aquellas ciudades, ha sido en vano (DJ-LHEM).

Ni los egipcios, ni los griegos, ni los romanos tuvieron hospitales para pobres y enfermos, salvo los valetudinarios (CS-GME, p. 62).

En la antigüedad clásica grecorromana no existieron tampoco los hospitales u otras instituciones equivalentes (JMLP-MH, p. 109).

El espíritu de la antigüedad respecto de los enfermos y de los desgraciados no era de compasión, y la creencia de socorrer a los desgraciados humanos en una extensa medida ha nacido con el cristianismo (F. H. Garrison; citado en AN-HCOD, p. 9).

Para que en una sociedad existan hospitales, la asistencia a una multitud de extraños debe ser necesaria, útil y socialmente valorada. Pues bien ... durante los primeros siglos de la antigüedad... no existían valores éticos y religiosos que sancio-

naran el mantenimiento de hospitales para los menesterosos y los enfermos ... Para edificar y mantener hospitales hubiera sido necesario, en primer lugar, un reconocimiento del valor del pobre y del enfermo ... un fuerte impulso ético de carácter filantrópico (MAS-LHH, p. 16s).

2. Las raíces históricas de los Hospitales.

Los textos aportados en esta sección van a mostrar claramente que el suelo donde los hospitales hunden sus raíces -y a partir del cual inician su andadura histórica- presenta unas características inéditas en la historia anterior a su nacimiento ya en la era cristiana. Tales características pueden resumirse en cuatro:

- *una consideración distinta del enfermo* y, por tanto, una valoración también distinta de la enfermedad;
- *una nueva norma en las relaciones humanas basada en la caridad*¹⁰;
- *la extensión de la asistencia a los incurables, y hasta a los moribundos;*
- *y la aparición de una asistencia organizada para toda la población.*

Los hospitales modernos tienen su origen, e incluso su nombre, no en los centros de tratamiento indios, ni en los asklepieia griegos o los valetudinarios romanos, sino en las casas de acogida y hospitales establecidos por la Iglesia cristiana durante el final del Imperio romano. Desde sus comienzos, el cristianismo pidió a sus fieles que

10- Entendida específicamente desde su significado en el Nuevo Testamento, es decir, como agaph, caritas, amor de donación.

ayudaran a los enfermos y necesitados. Al inicio del siglo II, obispos como Policarpo de Esmirna¹¹ animaban al clero a cuidar a los enfermos, huérfanos y viudas, y el clero comenzó asistiéndoles (TSM-H).

La difusión del cristianismo significó dos cambios fundamentales para la asistencia médica: una consideración distinta del enfermo y una nueva norma en las relaciones humanas basada en la caridad... En las comunidades cristianas primitivas existió igualdad asistencial, se atendió a los incurables y adquirió sentido la asistencia médica desinteresada e incluso con peligro de la propia vida. La consecuencia principal de este cambio de valores fue la aparición de una asistencia organizada para toda la población, que condujo a la creación del hospital como institución específica (JMLP-MH, p. 110).

La invención de la institución hospitalaria fue consecuencia de esta nueva actitud ético-operativa (la de cristianismo) ante el aflitivo hecho de la enfermedad (PLE-HM, p. 140).

En este contexto es oportuno citar también al teólogo Manuel Gesteira cuando habla de la consideración del enfermo que trajo consigo el cristianismo, y que acabó traducándose en la creación del hospital:

La más importante contribución del cristianismo antiguo, en el ámbito del sufrimiento humano, no consistió tanto en ampliar los conocimientos teóricos de la medicina, ni en el descubrimiento de nuevas técnicas (en esto los cristianos todo lo tuvieron que aprender del arte de curar de los griegos), sino en su dedicación caritativa a los enfermos

y en el cuidado de éstos a ejemplo de su Señor. Los enfermos dejaron de ser pobres desgraciados cuya presencia había que evitar, o pecadores que llevaban en su carne los estigmas de su pecado, castigados por la mano de Dios (o de los hados), para convertirse en compañeros y hermanos en el camino, arduo y difícil, de la vida (MG-CM).

A. Las fuerzas impulsoras de las raíces de los hospitales.

Lo que trajo consigo el cristianismo, en definitiva fue -según la exhortación de San Pablo a los Romanos- la exigencia de caminar en novedad de vida¹². Pedro Laín Entralgo, desde su perspectiva de historiador de la Medicina, señalaba esta vivencia de novedad¹³ como la causa más honda de las aportaciones del cristianismo primitivo a la historia de la asistencia sanitaria. De ahí, pues, surgieron las fuerzas impulsoras que luego darían origen a los hospitales y que muy sintéticamente pueden concretarse en:

1. La teología del Cristo Médico, que comenzó a desarrollar Ignacio de Antioquía y que a partir de él se convirtió en un tema clásico de la literatura patrística: *Hay un médico que es a la vez corporal y espiritual, Jesucristo, nuestro Señor (Carta a los Efesios, VII, 2)*¹⁴.

2. La teología y pastoral de las obras de misericordia. *Estuve enfermo, y me visitasteis cuando lo hicisteis con mis hermanos enfermos* (glosa de Mt 25, 36.4). Se trata del desarrollo ético-pastoral de este pasaje evangélico que, de modo sencillo y asequible a cualquier miembro del cristianismo primitivo, sacaba las consecuencias prácticas de la teología del Cristo Médico, así como las dimanantes de la teología complementaria del Cristo

11- Ver más adelante en B.1.

12- In novitate vitae ambulemus, en kainothti zwhV peripathswmen: Rom 6, 4).

13- Cf. PLE-LRME, p.104-107; ver también JCH-IPS, p. 26.

14- EIV iatroV estin, sarkikoV te kai pneumatikoV ... IhsouV CristoV o kurioV hmwn (DRB-PA, p. 451 s.). Para quien esté interesado en el desarrollo teológico de este tema, recomiendo el magnífico trabajo de investigación realizado por Manuel Gesteira, *Christus Medicus* (MG-CM).

15- Ver una información más detallada sobre este tema, con citas y bibliografía, en J. Álvarez Gómez: Las "obras de nuestra justicia" y de "nuestra misericordia" (JAG-YEC, p. 19-21).

Enfermado y, por tanto, necesitado de asistencia en aquellos a los que en dicho pasaje consideraba su imagen viva¹⁵.

3. La práctica de la hospitalidad: *Practicad la hospitalidad*¹⁶ (Rom 12, 13, y otros lugares). Practicada y tenida como un deber humano fundamental en todos los pueblos del mundo antiguo, la hospitalidad adquirió el rango de expreso mandato divino en el Antiguo Testamento. Convertida por el Nuevo Testamento en virtud y en deber propios del seguimiento fiel de Cristo, dará su nombre latino -hospital- a las instituciones cristianas acogedoras y cuidadoras de enfermos, y luego también a numerosas órdenes y congregaciones religiosas fundadoras de hospitales.

La hospitalidad, en su primigenia acepción de acogida y agasajo inviolables para amigos y extraños, fue conocida y practicada desde el despertar de la conciencia religiosa de la humanidad... Pero ni en los antiguos Imperios de Oriente próximo, ni en Egipto ni en Grecia se practicó la hospitalidad en el sentido más específico de asistencia pública a los enfermos... Antes de la venida de Cristo era completamente desconocida una asistencia institucional a los enfermos (JAG-YEC, p. 27s)

B. Los resortes creativos.

1. El cuidado personal de los enfermos en las comunidades primitivas. En los primeros tiempos los resortes creativos fueron, sobre todo, de índole personal. En las comunidades cristianas primitivas el Obispo era el primer responsable de la asistencia a los enfermos, y encargaba más directamente esta tarea a los **diáconos**, **diaconisas**, **vírgenes** y

viudas, personas que en cada iglesia local formaron los primeros equipos de visitadores y cuidadores de enfermos a domicilio¹⁷.

*El diácono buscaba a los enfermos, estudiaba cada caso para ver a cuál había que prestar mayor atención, les llevaba la Eucaristía consagrada en la Asamblea litúrgica y los socorría materialmente*¹⁸.

Pero también los presbíteros estaban implicados en esta tarea, como atestigua San Policarpo de Esmirna a comienzos del siglo II:

*Los presbíteros tengan entrañas de misericordia, sean compasivos con todos... visiten a todos los enfermos*¹⁹ (Carta a los Filipenses VI).

2. La institución de las casas de acogida (xenodoquios). Los diáconos, que eran quienes más directamente estaban en contacto con lo que hoy llamaríamos la situación sociosanitaria, fueron muy probablemente los primeros en advertir que la asistencia a domicilio de los enfermos no cubría todas las necesidades al respecto, sino que era necesario crear **lugares especiales para acoger y cuidar** a los enfermos extremadamente pobres o sin techo. En consecuencia, serían los primeros y más importantes valedores de las casas de acogida.

De hecho, se tiene noticia de que *a mediados del siglo III, San Lorenzo, archidiacono de la Iglesia de Roma, fundó un hospital (xenodoquio) en el que se atendía a los enfermos de la comunidad* (cf. JAG-YEC, p. 33).

El **xenodocion**, o **xenodoquio**²⁰, fue *la casa de acogida para enfermos y pobres que las comu-*

15- Ver una información más detallada sobre este tema, con citas y bibliografía, en J. Álvarez Gómez: Las "obras de nuestra justicia" y de "nuestra misericordia" (JAG-YEC, p. 19-21).

16- Hospitalitatem sectantes, thn filoxenian diwkonteV.

17- Cf. JCH-IPS, p. 26-30 donde aparece el testimonio de la Didascalia Apostolorum, obra escrita durante los primeros decenios del siglo III, según la cual la demarcación de un obispo se dividía en barrios y a cada uno de ellos era asignado un diácono para que fuera el oído, el ojo y el corazón del obispo en relación con la asistencia a los enfermos y menesterosos.

18- JAG-YEC, p. 34, citando la primera Apología de San Justino (67, 6).

19- Episkeptomenoi pantaV asqeneiV (DRB-PA, p. 665).

20- Término compuesto de xenoV, extranjero, forastero, peregrino ... y doch, recibimiento, acogida, convite, banquete

nidades cristianas crearon a partir del siglo II... y que fueron preceptivas desde el siglo IV... En el año 325 el Concilio de Nicea ordenó (en su canon 70) a cada obispo establecer en su diócesis un xenodocion, albergue o casa de acogida para extranjeros, pobres y enfermos... Esta petición se formuló nuevamente en el cuarto concilio de Cartago celebrado el año 398 (CS-CM, p. 60).

siglo las iglesias cristianas de Oriente ... crearon la institución de beneficencia que posteriormente iba a ser llamada hospital (MAS-LHH, p. 21).

a). La Ciudad Hospitalaria de San Basilio de Cesarea. Aunque hay quien ha señalado²¹ como primer hospital de la historia el construido en Sebaste²² por su obispo Eustacio el año 365, destinado a peregrinos pero también a enfermos, especialmente leprosos, es casi unánime en los autores de mayor solvencia la atribución del primer hospital a San Basilio y a su *Ciudad Hospitalaria*.

La primera noticia concreta sobre un hospital cristiano data del año 370, en el que Basilio el Grande fundó un gran establecimiento para enfermos ante las puertas de la ciudad de Cesarea, la actual Queisari, en Capadocia (JMLP-MH, p. 119).

San Basilio fundó en el año 370 un hospital en Cesarea de Capadocia, con el que comienza propiamente la historia del hospital de la mano del cristianismo. Y enseguida se crearon los hospitales de Edesa (375), Antioquía (antes de 398) y Éfeso (451) (CS-CM, p. 62).

En torno al año 370, Basilio de Cesarea abrió una institución donde los enfermos eran tratados por médicos y enfermeras. Veinte años después, San Juan Crisóstomo ya supervisaba en Constantinopla hospitales en los que había médicos que atendían a los enfermos y, hacia el 410, el monje Neilos de Ancira consideraba al médico de hospital una figura habitual en el mundo cristiano griego. Estos primeros hospitales evolucionaron a partir de las casas de acogida, pero incluyendo en sus servicios asistencia médica gratuita a sus alojados enfermos (TSM-H).

Con la fundación de unas grandes instalaciones hospitalarias por Basilio el Grande, cerca de Cesarea de Capadocia, comienza la historia del hospital en el Occidente cristiano. En este legendario

3. Etapas de la evolución histórica de los Hospitales.

3.1. Del Siglo IV al final de la Edad Media.

Más allá de las discusiones entre los teóricos de la historia sobre en qué momento situar la separación de las edades llamadas Antigua y Media es claro que el último tercio del siglo IV d. C. marca un verdadero hito histórico en el tema que nos ocupa, pues es en ese momento cuando aparecen los primeros hospitales, como muestran los autores citados a continuación. Y este periodo histórico, que se inaugura con la fundación hospitalaria de San Basilio de Cesarea, ofrece dentro de su evolución unas características homogéneas que se mantienen con pocas variaciones hasta la aparición de los estados europeos nacionales, en el filo de los siglos XV y XVI. Lo cual no es óbice para que dentro de dicho periodo sea oportuno señalar una serie de etapas, máxime cuando a lo largo de él surgió una enorme cantidad de hospitales y la variedad de sus destinatarios fue también considerable.

1. LOS COMIENZOS.

Hasta el siglo IV después de Cristo, no existió en el mundo antiguo un sistema público de asistencia a los necesitados y enfermos. Pero en este

21- Cf. JAG-YEC, p. 43.

22- Ciudad romana construida por Pompeyo junto a la antigua Samaria.

primer hospital pobres, viejos y enfermos encontraban alojamiento y eran atendidos de acuerdo con el mandamiento cristiano de la misericordia y el amor al prójimo (PLE-HUM, t 3).

De la ciudad hospitalaria de Cesarea escribe San Gregorio Nacianceno: La enfermedad era allí pacientemente sobrellevada... y se ponía a prueba la compasión ante el sufrimiento ajeno (PLE-LRME, p. 130).

En la aparición de la Ciudad Hospitalaria de San Basilio y, con ella, en la del hospital convergen las fuerzas impulsoras mencionadas en II. A. La teología del Cristo Médico se concretó en la incorporación de médicos cristianos a éste y a los sucesivos hospitales creados tras él; eran cristianos que ejercían la profesión hipocrático-galénica convencidos de que la medicina es el instrumento privilegiado mediante el cual hacer operativa la caridad de Cristo en la persona de los enfermos²³. Y en cuanto a la práctica de la hospitalidad, y a la asistencia misericordiosa a los enfermos, la fundación de San Basilio fue también el resultado en el que desembocó la vivencia de ambas por parte del monacato cristiano primitivo en Oriente. Así lo corroboran las dos citas siguientes:

Hay que tener en cuenta lo mucho que se asemeja (la Ciudad Hospitalaria de San Basilio) a las fundaciones de los monasterios que tenían lugar en aquella época ... En torno al año 320 Pacomio reunió a unos emeritas al norte de Tebas, en Egipto, para el trabajo, la oración y la vida comunitarios. Desde ese preciso momento existen monasterios cristianos... Los pocos decenios (desde el 320 al 370) que transcurren entre la creación de los primeros monasterios y la de los primeros hospitales de la cristiandad obliga a considerar coetáneas estas dos nuevas instituciones ... lo más importante de estas consideraciones es

la relación que existe entre monasterio y hospital, entre la vida para uno mismo y la vida para la comunidad (DJ-LHEM).

Paladio ofrece una bella síntesis de la asistencia social de los eremitas que se desvivían por el cuidado de los enfermos... la asistencia a los asilos y hospitales, y los deberes de la hospitalidad más desinteresada en pro de los menesterosos... Los monasterios pacomianos no tardaron en organizar su actividad social mediante la creación de hospicios para forasteros y hospitales, al frente de los cuales había médicos para atender a los propios monjes y a los peregrinos enfermos... La gran estima que el monacato profesaba a la hospitalidad hizo que al lado de cada monasterio surgieran dependencias para atender a los enfermos del entorno... La incorporación a gran escala del monacato a la obra caritativa y social de la Iglesia fue obra de Basilio... El gran mérito de San Basilio consistió en haber vinculado definitivamente el monacato oriental masculino a la labor hospitalaria cotidiana de la Iglesia (JAG-YEC, p. 49-51).

San Basilio fue, pues, quien comenzó uniendo dos instituciones genuinamente cristianas, el monasterio y el hospital, y esa unión se consolidará en Occidente de la mano de San Benito de Nursia, como se verá más adelante. De momento baste añadir el dato de que el propio San Basilio fue el autor de la Regla²⁴ por la que se rigieron gran parte de los monasterios del Oriente cristiano y que, adaptada a la mentalidad del Occidente romano, sirvió de inspiración casi un siglo más tarde a la Regla benedictina.

Durante el siglo IV los obispos cristianos construyeron hospitales y luego centros más especializados para enfermos... En ese siglo las ciudades de las provincias orientales experimentaron un flujo de pobres rurales, que emigraban

23- Sobre la aparición de los médicos cristianos en el mundo greco-romano de los primeros siglos d. C., asumiendo la tradición hipocrática y el magisterio de Galeno, Cf. PLE-LRME, p. 127-132.

24- Fragmentos del texto de esta Regla pueden encontrarse en la página web www.geocities.com/milan313/indice.htm l. La Orden del Carmelo sigue observando esta Regla.

a las ciudades en busca de alimento y empleo. Las instituciones civiles clásicas no podían alimentar, alojar y cuidar a estos nuevos residentes, y los obispos locales usaron los crecientes recursos de sus iglesias para construir hospitales y casas de acogida para esos inmigrantes, y así se ganaron el aprecio tanto de muchos pobres como de aristócratas urbanos (TSM-H).

Los primeros hospitales fueron financiados a partir de las rentas de tierras que habían donado los obispos locales. En consecuencia, los aristócratas ricos y los emperadores aumentaron sus recursos. A medida que el cristianismo se fue extendiendo destruyó algunos aspectos de la civilización clásica, pero otros simplemente los reorientó. Por ejemplo, el cristianismo aceptó de todo corazón la obligación clásica que los aristócratas tenían de beneficiar a las ciudades, pero la Iglesia cristiana animó a los donantes a hacer sus donaciones a instituciones tales como los hospitales en vez de hacerlo, como se había hecho tradicionalmente hasta entonces, a los teatros, baños y columnatas ornamentales. Financiando hospitales, un aristócrata cristiano no sólo actuaba caritativamente sino que también cumplía con su deber para con la ciudad. Más aún, tales obras de beneficencia cimentaron la base de la política local. La misma combinación de moralidad cristiana, tradicionalismo clásico y realismo político motivaron a los emperadores en sus obras benéficas (l. c.).

b). Los xenodoquios para enfermos de Roma, del reino merovingio y de Hispania, en el Occidente cristiano. Sobre la aparición de verdaderos centros para enfermos en Occidente a finales del siglo IV

y comienzos del V, quien da las primeras noticias es San Jerónimo²⁵.

En la parte occidental del Imperio romano todos los procesos señalados se desarrollaron con menor intensidad y con mayor retraso. Además, los profesionales médicos eran más escasos y peor considerados²⁶. Y así el desarrollo hospitalario de Europa Occidental no pudo igualarse con el Oriental hasta fines de la Edad Media²⁷ (MAS-LHH, p. 23).

Las primeras noticias sobre hospitales cristianos en el Occidente europeo se remontan en Italia a finales del siglo IV, con la fundación de un hospital en Roma por Fabiola²⁸, al que siguió el de Pamaquio, levantado en Ostia en torno al 395 ... En España consta que el año 580 Masona, obispo de Mérida, fundó un hospital en dicha ciudad ... En la Francia merovingia, el obispo Cesareo de Arlés levantó un hospital en torno al 500. En su biografía se lee que la casa de pobres y enfermos era muy grande . (DJ-LHEM).

2. LOS HOSPITALES BIZANTINOS.

Fueron el desarrollo natural e inmediato de la obra de San Basilio y sus sucesores, iniciando una trayectoria asistencial marcada cada vez más por el empleo en ellos de la medicina científica de entonces, es decir, la hipocrático-galénica.

El modelo bizantino de hospital pasó al mundo islámico medieval y moderno; también pasó al Occidente cristiano-romano a partir del siglo XII²⁹. He aquí unas citas ilustrativas de dicho desarrollo:

25- Cf. JAG-YEC, p. 45-47; MAS-LHH, p. 27.

26- De hecho, hasta la instalación de Galeno en Roma (hacia el año 166 d. C.) la medicina hipocrática no triunfó realmente en la capital del Imperio. Con anterioridad sólo se aceptaron de Grecia los asclepieia, exponentes de una medicina de ideosincrasia más popular y ligada a las creencias religiosas (cf. nota 8).

27- La desigualdad señalada en esta cita no se refiere al número de centros surgidos en Europa que, como se verá más adelante, fueron mucho más numerosos que en el Bizancio medieval, sino a la dotación e integración en los hospitales de servicios y estructuras propiamente médicos.

28- Para recoger a los enfermos de las calles y cuidar a los desgraciados que padecen la enfermedad y la pobreza (cf. F. H. Garrison, citado en AN-HCAD, p. 9).

29- Cf. más adelante: 6.c.

Los nombres y designaciones más antiguos bajo los que nos han llegado los hospitales de la Edad Media señalan hacia el Oriente: *pandoceion*, *pandoqueion*, *albergue de peregrinos*, *xenodocion*, *xenodoquio*, *albergue de forasteros*, *nosocomion*, *nosocomion*, *casa de enfermos*³⁰, ... (JAG-YEC, p. 42).

Desde fines del siglo V hasta la segunda mitad del siglo XV, la medicina es, en tanto que saber científico, el vario resultado de acomodar la ciencia médica griega, y muy en primer término, la de Galeno, al triple monoteísmo -bizantino-oriental, islamismo, cristianismo romano-occidental- en que respectivamente tienen su centro religioso las tres grandes culturas mediterráneas del Medioevo (PLE-HM, p. 137).

Los hospitales se desarrollaron más rápidamente allí donde aparecieron antes, es decir, en la mitad oriental del Imperio romano. Las grandes ciudades del Mediterráneo y la estabilidad política del Imperio romano oriental, o bizantino, alentaron la evolución ulterior de los hospitales. Hacia el final del siglo VI los hospitales cristianos, como el *Samyon Xhnon* (*Sampson Xenon*) de Constantinopla, tenían salas especiales para pacientes de cirugía y para los que padecían enfermedades oculares. Más aún, a los jefes médicos (*arciatroi*, *archiatroi*) de la capital bizantina se les asignaban cada mes recursos para tratar enfermos en el *Sampson* y en otros hospitales de la ciudad.

A lo largo del siglo XII los hospitales de Constantinopla se habían convertido en centros médicos relativamente sofisticados. El *Pantocrator Xenon* (*Pantocrator Xenon*) (hacia 1136) mantenía cinco salas especializadas, diecisiete médicos, treinta y cuatro enfermeras, once siervos y un almacén de medicinas supervisado por seis farmacéuticos. El *Pantocrator* trataba a enfermos tanto externos como hospitalizados.

El Emperador Juan II (1118-1143), fundador del *Pantocrator*, recordaba al personal del hospital que los enfermos eran especialmente amados por Dios y que su asistencia era más importante que el mantenimiento de los edificios (TSM-H).

Desde sus orígenes, los hospitales cristianos de las ciudades bizantinas fueron destinados a los pobres pero, a medida que tales instituciones se fueron convirtiendo en centros médicos sofisticados, algunos enfermos de clase media y ricos comenzaron a requerir sus servicios. En este aspecto, la práctica hospitalaria bizantina difirió considerablemente de la del medioevo occidental, en donde la burguesía y la nobleza consideraban que los hospitales eran sólo para los menesterosos (l. c.).

Es digno de mención el hecho de que pudiera alcanzar tan considerables niveles de excelencia una institución sin ánimo de lucro, financiada con donaciones, rentas e impuestos y administrada por la Iglesia y la burocracia imperial. Su nivel científico y asistencial fue muy superior al de los hospitales coetáneos del Occidente cristiano. Fueron utilizados para la enseñanza de la medicina. Y desempeñaron una labor insustituible en la conservación de la cultura y el saber antiguos (MAS-LHH, p. 25).

3. LOS HOSPITALES ISLÁMICOS.

Aunque la aparición y desarrollo de los hospitales islámicos no parezcan tener de entrada un interés directo para la Pastoral de la Salud, su mención a través de las citas que siguen muestra claramente que el Islam -cuya contribución histórica a la medicina fue considerable, al menos entre los siglos VIII y XIII de la era cristiana- recibió del cristianismo su concepción del hospital.

Dicha mención también puede ser oportuna ante el creciente componente interreligioso y, más

30- Nosocomio proviene del latín *nosocomium*, vocablo que a su vez procede del griego *nosokomion*, *hospital*, palabra compuesta de *nossV*, enfermedad, y de *komioV*, (comios) voz que, a su vez, proviene del verbo griego *komeo*, curar (www.etimo.it). La palabra nosocomio se usa aún en ciertos países para designar al hospital.

en concreto, islámico que caracteriza a los usuarios de los hospitales actuales en España.

Igual que los hospitales bizantinos, los islámicos evolucionaron a partir de las instituciones filantrópicas cristianas en las grandes ciudades del Imperio bizantino. Cuando el emperador Zenón expulsó a los cristianos nestorianos de Siria, en el año 489, muchos buscaron refugio en Persia donde establecieron hospitales modelados según los de las ciudades bizantinas como, por ejemplo, el de Antioquía. Cuando los musulmanes conquistaron la Persia Sasánida en el siglo VII, entraron en contacto con los Nestorianos e, impresionados por sus habilidades médicas, adoptaron muchas de las tradiciones médicas sirias -sus modelos de enseñanza, sus textos científicos y sus hospitales- como modelo para sus correspondientes instituciones islámicas (TSM-H).

Los hospitales islámicos comenzaron a existir tras la conquista árabe de los territorios en los que existían hospitales de origen bizantino y médicos de formación clásica. Así, el primer hospital musulmán parece que fue construido en la ciudad de Damasco hacia el año 707, con la ayuda de cristianos sirios que poseían ya sus propias instituciones benéficas (MAS-LHH, p. 25).

Desde su origen la sociedad islámica concedió una enorme importancia al hospital, denominado con el vocablo persa bimaristán, pues a través de la Persia sasánida llegó esta institución asistencial al mundo islámico. Bimar es el enfermo y stan, en indopersa, significaba casa. Por tanto Bimaristán era la casa del enfermo. Su concepción procedía del nosocomio bizantino. El Corán encomendaba explícitamente a los médicos el cuidado de los enfermos y ya en el año 707 el califa Al-Wadi fundó un hospital en Bagdad. También en Bagdad Harun-al-Rashid fundó, en el año 786 otro hospital y promulgó un decreto por el que toda nueva mezquita debía contar con un centro hospitalario anexo a ella (TSM-H).

En el siglo XI surgieron enormes instalaciones hospitalarias que despertaron la admiración de los

viajeros y peregrinos a La Meca. Los documentos refieren incluso detalles del cuidado con que se organizaban todos estos hospitales. Existía una dirección y una administración independientes de la dirección médica. Personal especializado cuidaba de las secciones de hombres y mujeres. Los médicos jefes pasaban las visitas acompañados por sus médicos subordinados. Los estudiantes trabajaban como auxiliares. Había departamentos con salas para las distintas especialidades, para enfermedades internas, para cirugía, oftalmología, ortopedia, para procesos febriles, alteraciones del metabolismo, ictericia y, finalmente, asilos especiales para los enfermos mentales. Las recetas eran prescritas por el médico y las indicaciones iban directamente a la farmacia que, por lo general, poseía cada hospital. Hasta 3000 drogas distintas tenían que ser examinadas por un Muhtasib o inspector de mercados y costumbres. Junto a los hospitales estaban las perfumerías y los almacenes de los boticarios. Existía un especial control de la policía sanitaria, ya que se introducían constantemente productos sucedáneos, y con tan gran florecimiento se daban tanto el engaño y la estafa como la ciencia y la cultura. Para los pacientes ambulantes, los médicos tenían determinadas horas de consulta, una especie de policlínica. En ginecología y obstetricia trabajaban especialmente las mujeres (l. c.).

Había hospitales ambulantes para el ejército, los transportes de prisioneros, las regiones campesinas y las zonas en las que habían sucedido grandes catástrofes como, por ejemplo, una epidemia. El primer lazareto móvil se atribuye a Mustawfi Aziz al-Din, quien también construyó en Bagdad, hacia el año 1120, un hospicio con escuelas especiales y vigilancia médica. A disposición de su lazareto había unos 200 camellos que tenían que transportar un equipo fijo de médicos y enfermeros, así como las tiendas con el instrumental y los medicamentos. Los médicos y los medicamentos eran enviados a las poblaciones campesinas durante las epidemias que surgían en el distrito (l. c.).

Un aspecto muy importante de los hospitales islámicos era la enseñanza que se impartía en ellos.

Había docencia clínica constante con lecciones y horas de disputatio, demostraciones con los enfermos y también asistencia práctica a las operaciones. Los estudiantes eran, además, incitados a visitar por sistema la biblioteca propia del centro, para profundizar cada vez más en sus conocimientos y corregir las experiencias de los antiguos. En el hospital se realizaban exámenes, de modo que los cirujanos eran controlados en sus conocimientos anatómicos y en el empleo de sus instrumentos, los oftalmólogos tenían que hacer un examen especial de anatomía y conocer bien el tratado De oculis, de Hunayn ibn Ishaq. Por su importancia, el director del hospital ocupaba una elevada posición social, comparable a la de secretario de estado. Se le equiparaban el internista jefe, el cirujano jefe y el oftalmólogo jefe (l. c.).

El estudiante de medicina debe estar siempre en el hospital y en las casa de salud, prestar atención y vigilar las condiciones y las circunstancias en que se encuentran, acompañar a los mejores maestros de medicina, preguntar con frecuencia a los enfermos por su estado y observar el aspecto que tienen ...

(Alí ibn al-Abbas, citado en JMLP-MH, p. 128).

Se conoce también la existencia en Bagdad de un manicomio en el siglo X. En los hospitales islámicos, los enfermos mentales eran aislados en departamentos especiales; se les efectuaban controles regulares al final de cada mes, dándose de alta a quienes se les juzgaba ya socialmente adaptados. El control se extendía a la instalación formal, la vivienda, la manutención y, especialmente al tratamiento dietético, basado en la patología humoral y en la terapia mediante música, danza, teatro, baños y trabajo. El judío Benjamín de Tudela habla en su Itinerarium³¹ de un gran alojamiento para enfermos en Bagdad, que visitó en el siglo XII, en estos términos:

Visité allí un palacio llamado Dar al-marhama, que quiere decir Casa de la Misericordia. En esta casa se retiene a todos los locos de la región entera, instalándolos en departamentos cerrados siempre que no estén sometidos a una cura especial. A algunos se les tiene atados hasta que recuperan la razón. Pero cuando se han recuperado mentalmente un cierto grado, pueden marchar a casa. Con ello concluye la cura, o se hace una prueba especial. Una vez al mes, los supervisores estatales tienen que hacer una de estas revisiones. Esto lo instauró la autoridad por motivos de misericordia, para practicar la caridad. Se beneficiaría así a los que padecían de locura o dolencia similar. Pues la autoridad está imbuida de un espíritu misericordioso y posee costumbres bondadosas y humanas (PLE-HUM, t. 3, b.2).

4. LOS HOSPITALES EN EL OCCIDENTE MEDIEVAL.

Los hospitales surgidos en esta zona geográfica y en dicho periodo histórico no alcanzaron el alto nivel de asistencia médica y organización institucional al que llegaron los bizantinos e islámicos, hasta la Italia del siglo XIV, quizá con la excepción del creado por los monjes-caballeros Hospitalarios de San Juan en Jerusalén, tras la conquista de la ciudad por los cruzados.

Los hospitales se desarrollaron más despacio en el imperio romano de Occidente ... Las invasiones bárbaras por el norte y los avances musulmanes en África inhibieron la vida política, económica y social. Pocas ciudades sobrevivieron que por su tamaño y complejidad pudieran sostener centros médicos como los hospitales bizantinos y musulmanes (TSM-H).

Una descripción bastante aproximada de la naturaleza, funciones y destinatarios de la generalidad

31- Judío de esta localidad ribereña del Ebro que, hacia el año 1165, realizó un largo viaje por diversos países mediterráneos y del Oriente siendo, al parecer, el primer europeo que contempló en la distancia las cumbres del Himalaya. Relató luego dicho viaje en un libro titulado en hebreo Sefer-masaot, Libro de viajes, traducido al latín como Itinerarium (cf. www.artehistoria.com/arte/contextos/2631.htm y [4115.htm](http://www.artehistoria.com/arte/contextos/4115.htm)).

de los tipos de hospital que van a ser mencionados en este apartado es la contenida en la cita siguiente:

Aunque los hospitales medievales no tenían una finalidad directamente clínica sino más bien caritativa, pues atendían a todo tipo de personas necesitadas (huérfanos, viajeros, peregrinos, enfermos y pobres), a todos ellos se les proporcionaba alojamiento y comida. Con los enfermos acogidos, el primer objetivo era lógicamente curar a los que se pudiera pero, como por desgracia a veces no abundaban los recursos terapéuticos, muchos morían inevitablemente pero eran cuidados hasta su muerte poniendo un énfasis especial en su restablecimiento espiritual (CCPA-HCP).

Algunas de las características que más cabe resaltar en principio respecto de la evolución de los hospitales en el Occidente medieval son la variedad de patronos empeñados en su fundación, el gran número de los que fueron surgiendo a lo largo de este periodo en toda Europa, y la creciente diversificación de los destinatarios de sus prestaciones. Se trata de una época que, prolongándose más de un milenio, ofrece una variedad de perspectivas que merece la pena, al menos, mencionar.

Los primeros xenodoquios de Siria y Bizancio, los albergues de peregrinos de la Galia en la época merovingia, las enfermerías de los monasterios previos y posteriores a la reforma de Cluny, los hospitales de las Órdenes de Caballería en Tierra Santa, las fundaciones de los obispos en las catedrales, las leproserías y casas de apestados patrocinadas por las ciudades y los asilos para enfermos mentales; todo eso debe ser considerado hoy si se pretende dar una visión conjunta de los hospitales de la Edad Media (DJ-LHEM).

a. Las enfermerías monásticas y los Hospitales pauperum. *Infirmorum cura ante omnia adhibenda est, ut sicut re vera Christo ita eis serviatur*³² (RSB, XXXVI). Esta escueta frase de la Regla de

San Benito sintetiza a la perfección el espíritu que impulsó el desarrollo hospitalario en Occidente a partir del siglo V. Y este impulso vino en primer término de la mano de la medicina monástica desarrollada a la sombra de la orden benedictina, a pesar de lo que luego opinaron ciertos pensadores de la Ilustración.

A finales de la Ilustración, Kurt Sprenger (1823) difamaba a los médicos monásticos, tildándoles de guardianes de enfermos, píos y fanáticos³³, indignos de ser calificados con el nombre de médicos. La medicina monacal, por el contrario, ofrece una visión ejemplar de la estructura y esencia del arte de curar de la Alta Edad Media. Esta época es símbolo, más que del nivel del saber de la medicina del final de la Antigüedad, de una integración cristiana de sus materias y formas... la época monacal se nos presenta como una etapa de la medicina de Occidente en la que por primera vez se presupone una antropología consolidada (DJ-LHEM).

El espíritu de la Regula Benedicti (es) una clave de vida espiritual que lleva al hombre, frágil y perecedero, a la stabilitas, es decir, a la salvación de su integritas ... Durante siglos, desde que el año 529 Benito de Nursia (480-543) fundara un monasterio en Montecassino, dándole la Regula, ésta fue considerada el libro fundamental de la convivencia medieval... En el cap. 36 de la Regula se lee (además de la cita que encabeza este apartado): Ha de ser obligación personal y moral del abad que los enfermos no sean descuidados en ningún caso ni momento, sea cual sea su estado y condición... Por otra parte, los enfermos deben reflexionar que se les cuida para mayor gloria de Dios, y no deben turbar con peticiones superfluas a los hermanos que cuidan de ellos.

Esta consideración especial del enfermo -distinta de las que le otorgaban las demás culturas- en cuya persona se ve al mismo Cristo, obligaba

32- Ante todo el cuidado de los enfermos ha de ser asumido como un verdadero servicio a Cristo en ellos.

33- La cita es de su Handbuch der Geschichte der Medizin, Manual de Historia de la Medicina, publicado en 1903 (cf. DJ-LHE M).

al monje a prestar un servicio activo y al abad a organizar el cuidado de los enfermos, para lo cual se requería un lugar aislado y adecuado (*cella super se deputata*), un servicio médico organizado y, por fin, el instrumental necesario. Las previsiones del abad llegaban hasta la reglamentación de los baños: Permitase a los enfermos usar los baños tantas veces como sea necesario. Además se proporcionaba al enfermo una dieta especial, rica en carne, así como los medicamentos necesarios, que procedían de la farmacia y de la huerta que poseía el monasterio ... La Regula Benedicti dictó también pautas concretas para la ordenación de los hospitales, añadiendo a los piadosos deberes del abad los de visitar regularmente a los enfermos, interesarse por su *status preasens* (situación en cada momento) y su proceso de curación, y vigilar los cuidados de que eran objeto ... También debía supervisar las conductas del guardián, del tesorero y del despensero.

En consecuencia con estas prescripciones, los monasterios medievales tenían junto al refectorio y el dormitorio una enfermería (*infirmarium*), una *bibliotheca*, un huerto (*hortulus*) y el *Scriptorium*³⁴. En el plano que se nos ha conservado del monasterio de San Gall (Suiza) se aprecia claramente la idea que presidía el cuidado de los enfermos. Presenta, junto al hospital, una casa para los médicos (*domus medicorum*), la casa de las sangrías, el baño (*balnearium*), un almacén de medicamentos (*armarium pigmentorum*), el dormitorio para los enfermos graves (*cubiculum valde infirmorum*) y, junto a él, una habitación especial para el médico (*mansio medici ipsius*) (PLE-HUM, t 3).

Además, las indicaciones de la Regula sobre el fomento de un programa científico, junto a la oración y el trabajo, fueron decisivas para la

Medicina práctica ... Este estilo de vida, caracterizado por su moderación, disciplina y ordenación de las tareas diarias, reglamentada de manera rítmica y razonable, es el que creó a Occidente (l. c.).

El establecimiento de enfermerías en los monasterios, no sólo para los miembros de la comunidad, también para los pobres del contorno y para los peregrinos, y las primitivas visitas domiciliarias que, según algunos documentos, hacían los monjes sanadores, nacieron de ese espíritu... La interpretación de la dietética como *regula vitae u ordo vitalis*³⁵ -esto es, la esencial conexión entre la regla para la perfección cristiana en que consiste el estatuto de la vida monástica, por una parte, y las varias prescripciones dietéticas para sanos y enfermos, por otra- ha sido advertida y subrayada por H. Schipperges (PLE-HM, p. 189).

El cuidado de los enfermos en los hospitales monacales integraba la asistencia espiritual y la material. Los enfermos admitidos solían comenzar recibiendo el evangélico lavado de pies, y posteriormente participaban de las oraciones y oficios divinos ... Los tratamientos principales era el reposo, el calor, la dieta, las hierbas, los ungüentos y las sangrías. Las labores médicas eran asumidas por los propios monjes (MAS-LHH, p. 28).

Desde un punto de vista científico, la obra de los monjes sanadores fue muy modesta, pero sin la callada labor que a lo largo de cinco siglos se realizó en el seno de los monasterios europeos -Monte Cassino, San Gall, Poitiers, Lisieux, Soissons, Lyon, Reims, Fulda, Reichenau, Bobbio,... no hubiera podido ser lo que fue la medicina de la Baja Edad Media, y por tanto no habría surgido luego la medicina moderna (PLE-HM p. 184).

La modesta cultura clínica de los monjes y la

34- Para la copia, entre otros, de los escritos médicos de la antigüedad clásica que habían podido conservar o ir adquiriendo.
35- Esta Regula vitae sigue consistiendo para los monjes benedictinos en una concepción de la vida diaria según la cual cada jornada consta de siete horas de oración, siete de trabajo y siete de descanso. Un gráfico de la misma puede contemplarse en la entrada del monasterio de Santo Domingo de Silos. Es la versión transformada por San Benito de la dieta (diata) hipocrático-galénica. Más sobre el concepto monástico de dieta puede encontrarse en FRH-CM, p. 67.

gratuidad con que la desempeñaban constituyen el antecedente inmediato de las escuelas capitulares de las que proceden, a su vez, los Estudios Generales y las primeras Universidades europeas (CGQ-LAMH, p. 178).

b. El renacimiento carolingio y la aparición de la palabra Hospital. **Carlomagno**, cuyo reinado se prolongó a lo largo de 47 años, fue coronado primer emperador del Sacro Imperio Romano por el papa **León III**. A su sombra surgió el llamado renacimiento carolingio que propició un nuevo impulso en la renovación de los establecimientos que, a partir de entonces, se llamarían ya hospitales.

La palabra hospital, del latín hospes (huesped, amigo, invitado o extranjero) remite a hospitium (albergue). El término hospital aparece por primera vez hacia el siglo VIII, cuando reciben el nombre de hospitalia, hospitalarii o infirmarii algunos de los xenodoquios que hizo renovar el papa Esteban II (752-757) (CS-CM, p. 62).

En las decadentes ciudades occidentales de la Alta Edad Media fueron los obispos quienes instituyeron la beneficencia, impulsados por las directrices de los concilios que obligaban a dedicar parte de las rentas episcopales al sustento y alojamiento de los pobres...

Pero fue en los monasterios rurales donde se organizó la asistencia más típica de la Alta Edad Media... Los monasterios, además, conservaban los restos escritos del saber antiguo. Y algunos monjes llegaban a adquirir conocimientos médicos. Así, los monasterios medievales organizaron la asistencia de los monjes enfermos y de todos los huéspedes que se acogían a su amparo³⁶ (MAS-LHH, p. 28).

Durante la Alta Edad Media, los hospitales

dependieron principalmente de las órdenes monásticas (JMLP-MH, p. 171).

Pero la medicina monástica fue declinando en importancia a partir del siglo XI. A ello contribuyeron diversas causas tales como los cambios en la propia vida de los monjes y su menor dedicación a los enfermos, la aparición de la **Escuela médica de Salerno**³⁷ -donde ya sólo se formaron médicos laicos- y el aumento de los contactos con el Oriente bizantino, sobre todo a partir de las Cruzadas. Todos estos hechos perfilan el inicio de otra etapa en la evolución histórica de los hospitales europeos, e incluso en la de la asistencia a los enfermos como tal. Lo reflejan las citas siguientes.

La reforma benedictina de Cluny en el siglo X consideró que la asistencia a los enfermos dentro de los muros del monasterio perturbaba la paz de la vida monacal. Ésta fue la razón de que numerosos monasterios europeos transfirieran sus hospitales a los laicos. Su relevo lo tomaron también las órdenes militares (l. c. p. 86s).

La era de la medicina monacal llegó a su fin en el siglo XII. El Concilio de Clermont promulgó en 1130 la prohibición de esta práctica a los clérigos y monjes, siendo refrendado después por los concilios de Tours (1163) y cuarto de Letrán (1215). (FRH-CM, p. 72).

Cuando, pasado el siglo XI, va rápidamente extinguiéndose la práctica monástica y clerical de la medicina, la discriminación social en la asistencia al enfermo ... adopta la forma que durante siete siglos va a ser habitual en el mundo burgués. Tres niveles aparecen en ella:

- El de los poderosos ... El paciente era de ordinario atendido por el medicus a cubiculo (médico de cámara)...

36- Una personalidad representativa y fascinante del monje médico fue la abadesa Hildegarda de Bingen, cultivadora a la par de la mística, la medicina y la música, que trataba personalmente a las monjas enfermas y a quienes se acogían a su hospitale pauperum (Cf. PLE-HM, p. 197 y 217; FRH-TCMA, p. 92s).

37- Sobre la Escuela de Medicina de Salerno, cf. por ejemplo FRH-TCMA, p. 88).

- El de los miembros de la naciente burguesía... *En tal caso la asistencia médica solía ser domiciliaria a cargo de profesionales distinguidos...*
- El nivel del pobre estamental... *La forma social de la ayuda al enfermo es ahora el hospital; uno de aquellos que en los burgos del Medioevo cumplen la función asistencial del hospitale pauperum monástico... De hecho, la cristiana Edad Media admitió la existencia de una medicina pauperum... y, salvo excepciones, el pobre medieval aceptó como natural y meritoria esa discriminación, tan lejana del espíritu que había inspirado la fundación de la medicina monástica (PLE-HM, p. 237-8).*

c. Los hospitales de la órdenes militares³⁸. *A partir del siglo XII aparecieron en Europa nuevas formas de asistencia hospitalaria, que recibieron su primer impulso de las nuevas órdenes hospitalarias surgidas con las Cruzadas (MAS-LHH p. 29)³⁹.*

Un año antes (de la conquista de Jerusalén por los cruzados, en 1099) unos comerciantes de Amalfi habían fundado en la Ciudad Santa, cerca de la iglesia de San Juan, situada a su vez en las proximidades del Santo Sepulcro, un albergue en el que acogían a peregrinos. De él surgió el primer hospital de la Orden de San Juan de Jerusalén, aprobada por el Papa el año 1120.

Sobre este hospital se dijo que causaba la admiración de los musulmanes hasta el punto de que, según una leyenda, el propio Saladino se habría hecho tratar allí de incógnito⁴⁰. Por su buena organización en el cuidado de los enfermos, este hospital se convirtió en modelo para los que en adelante se construyeron en el Occidente europeo (DJ-LHEM).

El lema de la Orden rezaba: Defensa de la fe y servicio a los pobres. Las tareas del cuidado de los

enfermos, recogidas en los estatutos, fueron modelo para las otras órdenes: para cada servicio médico era preciso disponer de cuatro médicos experimentados, entre ellos dos cirujanos. Cada sala debía disponer de nueve auxiliares. Las mujeres enfermas debían ser cuidadas por mujeres. Los enfermos eran los señores que debían ser atendidos con el mayor cuidado. Dentro de la orden, los hermanos, que constituían la tercera clase, junto con los caballeros y los clérigos, estaban destinados al cuidado de los enfermos (IM-LMMC, p. 141).

En 1119 surgió la Orden del Temple, cuyo nombre procede de su primera residencia, junto al Templo de Salomón en Jerusalén; su finalidad principal fue en los comienzos la protección de los peregrinos. Otra comunidad asistencial de caballeros fue la Orden Teutónica, que se constituyó en un hospital de Jerusalén, abierto en 1142 (l. c. y JLE-HUM).

La Orden Teutónica nació a partir del Hospital de Santa María de los Alemanes, en Jerusalén, y del hospital temporal que establecieron los comerciantes alemanes en Acre en 1190. Los cuidadores del hospital adoptaron la regla de los caballeros Hospitalarios, y fueron reconocidos por el Papa en 1191. Poco después, esta orden caritativa se convirtió, con la aprobación del Papa, en una orden militar, con la misión de atender a los enfermos y combatir al enemigo infiel (GZ-LCT, p. 97).

d. La proliferación de hospitales en el Medioevo europeo. El modelo del Hospital de San Juan de Jerusalén, importado a Europa, donde las ciudades cobraron un nuevo auge a partir del siglo XIII, fue el inspirador de toda una proliferación de hospitales⁴¹, cuyas principales características se describen en las citas que aparecen a continuación, pudiendo comprobarse que la titularidad,

38- Sobre las Órdenes militares medievales y, más en concreto, las mencionadas en las citas de este apartado, cf. RGV -HI, p. 697-703.

39- Jerusalén fue islámica desde el año 638. Sin embargo, el acceso al Santo Sepulcro no estuvo a partir de esa fecha totalmente vedado a los peregrinos cristianos, hasta la llegada de los turcos seljúcidas que en el año 1071 ocuparon Jerusalén y cerraron el acceso de los cristianos a los Santos Lugares. Ésta fue la causa más inmediata de las Cruzadas (JL-HI, vol. 1, p. 388).

40- Saladino acabó recuperando la Ciudad para el Islam el año 1187.

los tipos de destinatarios y las características de algunos de ellos se combinan entre sí.

- Hospitales civiles. Fundados por asociaciones caritativas promovidas por la burguesía⁴², cuyo poder se fue incrementando conforme avanzaba la Edad Media. Ejemplo de estos hospitales fueron el de St. Antoine, situado entre Grenoble y Vienne, y el de Estrasburgo, o los de Memmingen e Isenheim en Alemania. Una de estas asociaciones fue la Hermandad u Orden del Espíritu Santo, promovida por un tal Guido, que fundó un hospital en Montpellier hacia el año 1180. Apenas 20 años después la Hermandad formada en torno a Guido administraba otros nueve hospitales, y el año 1204 el Papa Inocencio III le encomendó la gestión del Ospedale di Santo Spirito⁴³, junto al Tíber y a pocos pasos de la Basílica de San Pedro de Roma. Este hospital fue el predecesor de otros muchos con el mismo nombre en España, Francia y Alemania (DJ-LHEM).

- Hospitales episcopales. Ya ha sido reseñada la importante contribución de los obispos (San Basilio, San Cesareo, Masona, etc.) en la construcción de hospitales durante la antigüedad cristiana⁴⁴. Las referencias a esta actividad en el Occidente medieval comienzan a aparecer entre los años 800 y 1000. Un modelo de este tipo de hospitales fueron los Hotel-Dieu⁴⁵ de París, Chartres, Amiens y otras muchas ciudades. Se construían en las inmediaciones de las catedrales (como el de Maguncia: *hospitale pauperum ante ecclesiam maiorem constructum*⁴⁶) y en ocasiones eran promovidos por los cabildos catedralicios (l. c.).

- Hospitales de las ciudades. Se construyeron en las ciudades que lograron alcanzar mayor independencia política y estaban dotadas de una soberanía municipal propia. Eran un signo del creciente poder y actividad de la burguesía. Se encomendaba su gestión a entidades religiosas pues en aquella época no se concebía un hospital burgués sin altar ni clero, ni una comunidad asistencial de vida semimonástica, seguidora habitualmente de la Regla de San Agustín. Muchos de ellos se convirtieron en el punto de partida de nuestros actuales hospitales (l. c.).

- Hospitales reales y de la nobleza. Desde la Alta Edad Media los monarcas de los principales reinos cristianos que fueron surgiendo tras el ocaso del imperio carolingio, así como los nobles más poderosos tomaron también la iniciativa de fundar hospitales, tanto para mostrar la generosidad de su mecenazgo como para inclinar la balanza del juicio final a su favor. Así surgieron algunos de los hospitales medievales más importantes, los hospitales reales, cuya influencia y actividad llega hasta bien entrada la época del Renacimiento. Entre los numerosos ejemplos que podrían aducirse, cabe mencionar los hospitales angevinos, mandados construir por Enrique II Plantagenet, rey de Inglaterra y duque de Normandía, en Angers, Le Mans y Falaise, o el Hospital del Rey, mandado construir en Burgos el año 1209 por Alfonso VIII (l. c.).

- Hospitales para peregrinos. Respecto de este tipo de establecimientos, es posible seguir el hilo de una tradición que, partiendo de los albergues para peregrinos de Oriente y de Roma en el siglo V, llega hasta nuestros días en Loretto, Lourdes

41- Además de los tipos de hospital mencionados más abajo, hay autores que mencionan otros como los destinados a madres y pobres, a niños abandonados y a ancianos (CGQ-LAMH).

42- Se trataba de asociaciones de laicos (ni eclesiásticos ni monjes), creadas para el cuidado de los enfermos. Algunas de ellas han llegado hasta nuestros días.

43- Este hospital sigue prestando servicio en la actualidad con el nombre de Ospedale di Santo Spirito in Sassia.

44- Cf. III. 1. a. y b.

45- Hotel-Dieu, literalmente, casa de acogida o albergue de Dios. El de París fue fundado en 1195, junto a la catedral de Notre-Dame y la residencia del obispo.

46- Hospital de los pobres construido junto a la iglesia mayor.

*o Fátima. Pero el punto culminante de este desarrollo se alcanzó en torno al año 1200, cuando las peregrinaciones a Santiago de Compostela se habían generalizado desde diversos lugares de Europa. En esta época los hospitales para peregrinos ofrecían a éstos no sólo albergue y alimento, sino también cuidados sanitarios a los que enfermaban*⁴⁷ (l. c.).

- Hospitales cruciformes. Estos hospitales, muchos de los cuales tomaban la forma arquitectónica de una cruz -por lo que a menudo se llamaban de la Santa Cruz- constituyen el antecedente de los posteriores hospitales generales, ya que se fundaron por fusión de viejas leproserías y de otros hospitales más pequeños, en un primer intento por unificar y dar mayor eficacia a la asistencia hospitalaria de entonces. Su influjo llegó claramente a las instituciones hospitalarias creadas por la colonización española en el Nuevo Mundo, por ejemplo, a los hospitales de Guadalajara, en Méjico, y en Santiago de Chile (l. c.).

- Hospitales de leprosos⁴⁸. Durante la Edad Media⁴⁹ hubo en Europa un gran número de leproserías. Se calcula que, sólo en Francia, había en torno al año 1225 más de dos mil casas destinadas a enfermos de lepra. La leprosería típica estaba rodeada de un muro, tenía una pequeña capilla de piedra (que es, en general, lo único que todavía puede verse en la actualidad) y además numerosas y pequeñas casas de madera, en su mayor parte dispersas, así como siempre un cementerio... A partir de la segunda mitad

del siglo XIV comenzaron a fundarse los primeros hospitales para apestados, o lazaretos, que fueron sustituyendo paulatinamente a las leproserías. Los de mayor renombre fueron los lazaretos de Marsella, Venecia y Milán (DJ-LHEM).

- Hospitales para locos. Numerosos historiadores ilustrados y contemporáneos han sostenido que, con anterioridad a la Revolución francesa, sólo habrían existido cadenas y jaulas para los locos, y exorcismos y hogueras para las brujas. Esto resulta completamente falso e irrisorio para quien, aunque sea superficialmente, conozca la realidad de los hospitales de la Edad Media. Baste recordar las referencias al respecto al tratar de los hospitales islámicos (PLE-HUM; t. 3).

Los hospitales dedicados a enfermos mentales comenzaron a esbozarse en la Alta Edad Media, cuando los necesitados de ayuda a causa de este tipo de dolencias, visitaban las iglesias donde se encontraban enterrados algún santo o santa a cuya advocación se acogían. Tal es el caso de la iglesia de Santa Dimfna, en Bélgica, o la cripta de la iglesia de Bourbriac, en Bretaña. Junto a estas iglesias se construían celdas para locos (l. c.).

Un paso más se dio al aparecer la Orden de San Alejo, dedicada casi exclusivamente al cuidado de este tipo de enfermos... Al final de la Edad Media en los hospitales "generales" existían celdas especiales para locos. Estas instalaciones son un precedente importante de los manicomios posteriores (l. c.).

47- Cf. III. A. 6.

48- En la Edad Media se empleaba a menudo el término lepra para designar cualquier enfermedad infecciosa que se manifestase con alteraciones cutáneas (por ejemplo, la sífilis). El aspecto repugnante de estos enfermos condujo a su aislamiento fuera de la sociedad. Sin embargo, cuando los cruzados enfermaron de lepra, dicho mal dejó de ser considerado pecado para convertirse en una enfermedad santa. En 1179 el tercer Concilio de Letrán estableció que la lepra ya no era motivo de separación. La orden de San Lázaro, fundada en Jerusalén en 1120, se ocupó especialmente del cuidado de los leprosos en lazaretos (FRH-TCMA, p. 94).

49- En el año 583 la asamblea de obispos reunidos en el Concilio de Lyon decidió la creación de casas para los leprosos (leproserías). Los enfermos podían seguir viviendo relativamente aislados del resto de la sociedad y fuera de los muros de la ciudad y de los conventos ... La Iglesia, que cargó con la principal responsabilidad en el mantenimiento de los enfermos, había decidido en el Concilio de Orleans (549) ocuparse de la alimentación y el vestido de los leprosos (FRH-TCMA, p.68).

Entre los historiadores se discute si el primer manicomio, es decir, la primera instalación dedicada exclusivamente al cuidado de locos en la Europa cristiana, fue el precursor del *Bethlem-Hospital de Londres* (1403) o la *Casa del P. Jofré de Valencia* (1409). Lo cierto es que en el siglo XV los manicomios se extendieron de modo asombrosamente rápido por España: *Barcelona* (1412), *Zaragoza* (1425), *Sevilla* (1436), *Palma de Mallorca* (1456), *Toledo* (1483), *Valladolid* (1489) y, finalmente, *Granada* (1504) (l. c.).

Como ejemplo de las fundaciones hospitalarias realizadas bajo patrocinio real por entidades ciudadanas al final del Medievo, he aquí parte del texto del Real privilegio de constitución del manicomio de Valencia, en 1409, otorgado por el rey *Martín el Humano*.

Por ser obra de misericordia y muy pía atender a los que tienen de ellos necesidad, no solamente corporal, por atrofia, debilidad, falta de miembros o enfermedad, y más aún si es mental, por debilidad del juicio o discreción, por ignoscencia, locura u oradura, ya que estos seres ni pueden ni saben subvenir a su vida, aunque sean robustos y fuertes en su cuerpo, pues están constituidos en tal ignoscencia, locura u oradura, su libre trato con las gentes origina daños, peligros y otros inconvenientes, pensando en esto, diez ciudadanos de Valencia (a continuación se citan los nombres)... de acuerdo los diez en atender su necesidad, quieren construir una casa en la mencionada ciudad con tal fin, si por su Alteza el Rey les son acordados graciosamente los siguientes capítulos:

Principalmente, que los mantenedores de tal benéfica institución sean diez ciudadanos, mercaderes o de similar condición, pero que no puedan serlo presbíteros, caballeros,... juristas o notarios; y no porque cada una de estas clases no merezca las mayores preeminencias y honores, sino porque dicha obra debe ser totalmente laica y de hombres

llanos en lo tocante a categoría, jurisdicción y toda clase de actos, y no de los mencionados estamentos...

*Asimismo que cada uno de los diez que actualmente entienden y quieren construir dicha casa y beneficencia, y cada uno de los que a la muerte de alguno de los cofrades le subroga y sea admitido, tenga a bien dar y de hecho dé, en su recepción, 500 sueldos reales de Valencia... cuyas monedas serán libradas al mayordomo de la casa y servirán para los usos y necesidades de los ignoscentes, locos y orates del hospital solamente y no para otros fines. (Real privilegio de constitución otorgado por *Martín el Humano*, Ed. y trad.cast. en: *F. Domingo Simó y J. Calatayud Bayá*, El primer hospital psiquiátrico del mundo, Valencia, Diputación Provincial de Valencia, 1959)⁵⁰.*

- Del Medievo al Renacimiento: los hospitales en la Italia de los siglos XIV y XV. *Inspirándose en el hospital de Jerusalén, los ayuntamientos de Toscana comenzaron a construir hospitales durante el siglo XIII. Antes de 1300, por ejemplo, la ciudad de Siena construyó uno en el que, a diferencia del Hotel-Dieu de París, tenía entre su personal un médico, un cirujano y un farmacéutico. En 1288 Folco Portinari, el padre de la Beatriz de Dante, fundó el Hospital de Santa María Nuova en Florencia y, hacia el siglo XV, esta institución se había convertido en un centro experimentado de tratamiento médico.*

Un documento fechado en 1500, pero que refleja disposiciones previas, revela que Santa María pagaba a seis de los mejores médicos de Florencia para que visitaran a los enfermos cada mañana. Además, tres internos jóvenes vivían permanentemente en el hospital. A cambio de su alojamiento, empleo y la valiosa oportunidad de ganar experiencia en la práctica médica, ellos atendían a los 300 pacientes del hospital controlando su situación y haciendo informes diarios para los médicos titulares (TSM-H).

50- Tomado de JMLP-ATM, p. 122s.

El hospital de Santa María no era una trampa mortal, como lo eran hospitales menos organizados, ni era una casa de acogida donde sólo se alimentara a los enfermos pobres. Proporcionaba a sus pacientes acceso a los mejores médicos de la sociedad y tenía una excelente cifra de curaciones... En Santa María Nuova los internos querían atender a los pacientes gratuitamente no sólo porque su servicio era virtuoso sino también porque les ofrecía la incomparable oportunidad de observar el curso de muchas enfermedades (l. c.).

Durante el siglo XVI los profesores médicos de Padua, en territorio veneciano, establecieron la instrucción clínica formal en el Hospital de San Francesco. Muchos estudiantes del norte de Europa venían a estudiar a Padua a causa de su excelente entrenamiento empírico (l. c.).

d. Conclusión sobre los hospitales del Medievo. Los estudios más recientes sobre los hospitales del largo periodo que comprendé la llamada Edad Media han logrado superar los prejuicios históricos en los que cayeron los Ilustrados del siglo XVIII y, más tarde, los provenientes del positivismo científico y médico. Así lo muestran estas afirmaciones de Timothy S. Miller.

Los estudiosos modernos no se han sentido inclinados a investigar sobre los hospitales medievales por pensar que éstos eran asilos muy mal equipados que ofrecían al enfermo una asistencia médica mínima. Pensaban que tales instituciones nada tenían en común con los hospitales de hoy. Este punto de vista tiene su origen en el escepticismo de la Ilustración hacia las instituciones religiosas. Los intelectuales del siglo XVIII contrastaban la eficacia de la ciencia en la cura de las enfermedades humanas con la inutilidad de la caridad cristiana que, a lo sumo, sólo proporcionaba alivio pero no verdaderos remedios.

Sin embargo, los hospitales de la Italia del Renacimiento, igual que los de la Constantinopla medieval y los de Bagdad, demostraron que las instituciones filantrópicas no estaban necesariamente aisladas de la medicina científica.

De hecho, el servicio hospitalario en Italia llegó a formar una parte vital de la preparación médica, primero en Florencia y luego en la Universidad de Padua. En hospitales como Santa María Nuova, el mandamiento cristiano de ayudar a los necesitados se combinaba con un sentido de orgullo cívico y un concepto de la ética profesional por parte de los médicos, para crear instituciones que fueran a la vez verdaderamente filantrópicas y eficientes en el arte de curar a los enfermos (TSM-H).

3.2. Los Hospitales en la Edad Moderna.

Tras la mención del rumbo que tomó la evolución de los hospitales en la Italia del final de la Edad Media y en el inicio del Renacimiento florentino y paduano, el nuevo periodo histórico al que comunmente denominamos Edad Moderna ofrece muestras claras de una ulterior evolución en la concepción y hechura de los aquéllos. Cuatro momentos sucesivos cabe señalar al respecto.

1. LOS HOSPITALES RENACENTISTAS: SE INICIA LA SECULARIZACIÓN DE LOS HOSPITALES.

Por razón de brevedad, las citas de este apartado se refieren sólo a la evolución de los hospitales en el Renacimiento español. Pero hay dos motivos importantes que avalan este recorte: el primero es que dicha evolución fue en líneas generales representativa de la que se produjo en otros países de Europa; y, en segundo lugar, la mención especial que merece el trasplante del modelo español de hospital renacentista al Nuevo Mundo, como se pone luego de relieve en el apartado b.

En los años del Renacimiento se hace patente una mayor implicación de los poderes públicos en el control de los hospitales. Las autoridades municipales y estatales comienzan a admitir que los hospitales están bajo su responsabilidad. Y el Estado empieza a hacerse cargo de la beneficencia pública. Se inicia así la secularización

de los hospitales... En toda Europa comenzaron a fundarse hospitales reales y municipales. Y en las grandes ciudades algunos hospitales religiosos pasaron a la jurisdicción civil ... Esto no significa que se prescindiera de la religión... De ahí que el funcionamiento interno de los hospitales siguiera ateniéndose al modelo de la vida religiosa y monástica (MAS-LHH, p. 32s).

Durante el Renacimiento, la sociedad española contribuyó a la lucha contra la enfermedad sosteniendo las instituciones hospitalarias creadas en periodos anteriores, y haciendo realidad nuevos y más perfectos centros hospitalarios. Tres rasgos fundamentales singularizan la organización hospitalaria española desde los últimos años del siglo XVI y en la siguiente centuria:

una nueva arquitectura hospitalaria, en forma de cruz griega, con cuatro patios o claustros, norma que se aplica por primera vez en el Hospital

Real de Santiago y luego será imitada reiteradamente por los restantes hospitales renacentistas de la península (PLE-HUM, t. 4).

En cuanto a la arquitectura hospitalaria, el Renacimiento introdujo una renovación de las formas... los hospitales dejaron de tener forma de iglesias para parecerse más a los palacios. Podían disponer de cuatro salas alrededor de un patio, dando lugar a una planta de tipo claustral (MAS-LHH, p 33).

la decidida aparición de hospitales especializados, como los de contagiosos e incurables, los de convalecientes, los dedicados al humor gálico o mal de bubas, los hospitales militares, los de Inocentes y Orates o Casas de locos, etc. (PLE-HUM, t. 4).

En el Renacimiento se inició el proceso de separación de los hospitales sensu stricto y de los asilos o albergues para pobres. Entre los factores

The logo for Agelectric features the word "agelectric" in a bold, lowercase, sans-serif font. A thick, dark, curved brushstroke-like line arches over the letters "a", "g", and "e".

CORPORACIÓ AGE

Instal.lacions específiques d'establiments sanitaris
Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)
Instal.lacions de seguretat
Instal.lacions contra incendis
Instal.lacions de comunicacions
Instal.lacions de control

c/Asturias, 8-10
08830 Sant Boi de Llobregat

Telf. 93 552 14 00

Fax. 93 552 15 00

e-mail: agelectric@agelectric.com

que influyeron en ese proceso se encuentran la ineficacia de los hospitales medievales en las nuevas condiciones socioeconómicas, el cambio de valoración de la pobreza y los comienzos del Estado moderno (JMLP-MH, p. 282s).

- *la incipiente centralización de muchas instituciones diseminadas, con el propósito explícito de que cumplieran mejor su función asistencial. A este respecto, por ejemplo, Felipe II quiso regular los hospitales de Madrid, reuniendo en una sola organización las viejas instituciones de San Lázaro, de origen musulmán, el Hospital de San Juan de Dios (1552) y el Hospital de la Paz (PLE-HUM, t. 4).*

Otro de los problemas heredados de la Edad Media fue la existencia en las ciudades de múltiples hospitales minúsculos, con frecuentes dificultades económicas y la administración deficiente. En Sevilla, por ejemplo, coexistían en el siglo XVI casi un centenar de pequeños establecimientos benéficos. En estos casos el empeño de las autoridades civiles consistió en racionalizar la fragmentación hospitalaria concentrando, coordinando y administrando las instituciones (MAS-LHH, p. 33).

Durante este periodo surgen también diversas órdenes encaminadas a la asistencia médica y a tareas estrictamente benéficas. Amplia difusión alcanzó la Orden de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, aprobada en 1571 por el Papa Pío V, que muy pronto se extendió por España y América (PLE-HUM, t. 4)⁵¹.

Queda por señalar una característica muy importante de este periodo que afectó a los hospitales renacentistas -tanto en España como en otros países europeos- y que marcará durante al menos los tres siglos siguientes su función asistencial y la índole de sus destinatarios. Se trata del cambio

que se produjo en la valoración de la pobreza por parte de los humanistas del Renacimiento y de las consecuencias que se derivaron al marco hospitalario.

Otro aspecto moderno de la intervención de la Corona... fue la promoción de albergues para pobres, claramente separados de los hospitales con las ideas en torno al socorro de los pobres... La Corona intervino de forma moderna incluso en la asistencia tan típicamente medieval como la del conjunto de afecciones que entonces llamaban lepra o mal de San Lázaro... En 1491 fueron ya nombrados médicos reales encargados del examen de los enfermos del mal de San Lázaro y de la vigilancia de las leproserías. Carlos V y Felipe II desarrollaron reglamentaciones que exigían certificados de un médico o cirujano para ingresar en una leprosería, y también intentos de establecer un censo de estos establecimientos sanitarios (JMLP-MH, p. 276s).

Las aportaciones renacentistas relativas a la asistencia médica tienen un marco muy concreto: las obras sobre el llamado socorro a los pobres y el cambio de valores en torno a la pobreza. Durante la baja Edad Media la pobreza había tenido una valoración positiva fundamentada principalmente en la caridad como noción cristiana central de las relaciones humanas. La pobreza escogida fue un elemento básico de las reglas de las órdenes medicantes como medio de acercarse a Jesucristo... La (pobreza) obligada, si era asumida con resignación, era considerada asimismo una condición propicia para alcanzar la salvación eterna. Los pobres eran considerados como intercesores ante Dios y su asistencia como expresión social de la caridad (l. c.).

El cambio que se produjo a lo largo del siglo XVI hasta llegar a una valoración negativa de la pobreza fue resultado, en primer término, de la transformación de las estructuras socioeconómicas.

51- Sobre las órdenes hospitalarias que surgieron en los siglos XVI y XVII, y que aportaron a la historia de la asistencia la figura de los religiosos y religiosas sanitarios existe una bibliografía muy amplia. Sirvan a título de ejemplo ad hoc sobre el tema de este escrito JAG-YEC, p. 77-95; y JCH-AIS, p. 75s.

El crecimiento demográfico, asociado a modificaciones en la producción agraria y a la aparición de una economía precapitalista preindustrial, condujo a un gran aumento de miserables en toda Europa (l. c.).

*Otro factor que pesó negativamente en la nueva estimación de la pobreza fue la exaltación del trabajo por parte de los humanistas ... Este es el contexto de la corriente de ideas acerca del socorro a los pobres, cuyo punto de partida suele situarse en *De subventione pauperum* (1526) de Luis Vives. Como ha dicho Cavillac, Vives es el primer tratadista que enjuicia el problema de los pobres en términos sociológicos, poniendo al descubierto los límites del concepto medieval de la caridad.*

El planteamiento de Vives significaba, entre otras cosas, la secularización de la beneficencia, ... la recogida y padrón de los pobres, la represión de los falsos pobres y la racionalización de la asistencia a los verdaderos. Todos estos elementos tuvieron una gran influencia tanto en el terreno de las ideas y los estudios como en el de la práctica y su gestión gubernativa. Una real cédula de Carlos V, de 1540, está claramente inspirada en ellos, ya que no sólo propugnaba la reducción de los hospitales, sino que prohibía de modo terminante la mendicidad incontrolada.

Vives expuso muy claramente que las masas de miserables significaban un peligro común por el contagio de enfermedades ¿Cuántas veces vemos que un hombre solo ha introducido en una ciudad una grande y cruel enfermedad, como la peste, la sífilis y otras por el estilo, por las que muchos perecieron? (Sin embargo) mantuvo todavía la concepción medieval de los hospitales: Llamo hospitales a los centros en donde se alimentan y cuidan los enfermos y en donde se sustenta un cierto número de necesitados, se educan los niños y las niñas, se encierran los locos y pasan la vida los ciegos (JMLP-MH, p. 276s).

2. LOS HOSPITALES EN LA AMÉRICA HISPANA⁵² Y EN JAPÓN.

Un aspecto muy significativo de la expansión colonial hispano-portuguesa lo constituye la exportación masiva de los modelos de hospital vigentes en la Península Ibérica a los territorios conquistados o visitados en las Indias Occidentales y en el Extremo Oriente. Tal fenómeno, cuya pronta y abundante implantación sorprende y cuyas consecuencias perduran aún hoy en Iberoamérica, tuvo como motivación fundamental, una vez más, el ejercicio de la caridad cristiana con los enfermos tanto europeos como nativos.

El intercambio de enfermedades entre españoles y americanos encontró una fórmula salvadora en las ideas cristianas de la caridad ... En la América hispana se fundaron desde muy pronto numerosos hospitales. Los primeros hospitales americanos se fundaron en la isla de Santo Domingo, cuando Nicolás de Ovando erigió el primero, el 29 de Noviembre de 1503, reedificado en 1519 y ampliado en 1552. En el mismo Santo Domingo, Diego Colón había subvencionado ya en 1509 los hospitales de San Buenaventura y la Concepción. En 1512 se erigió el de San Andrés, anexo a la catedral, junto con el de San Lázaro para leprosos.

Dichas fundaciones se debieron en unos casos a donaciones particulares, en otros a la acción del Cabildo o de la Audiencia y, en un mayor número, fueron fundaciones reales. Pero los más numerosos tuvieron un origen religioso. Los erigidos por los obispados fueron anexos a las catedrales, mientras que los creados por las órdenes hospitalarias españolas (Hermanos de San Juan de Dios, Bethlemitas, Hipólitos,...) tuvieron una gran proyección continental y destacaron por la excelencia de sus servicios. Las estadísticas publicadas por Santos, en 1716, de las Fundaciones hospitalarias de la Orden de San Juan de Dios en los dominios españoles de América y Filipinas dan

52- Sobre este tema ver también JAG-YEC, p. 93-95.

clara idea del gigantesco esfuerzo asistencial de estas Órdenes en las colonias (PLE-HUM, t. 4).

En 1556 se funda en la ciudad japonesa de Funai (hoy Oita) un hospital destinado a pobres, ancianos y leprosos bajo la dirección del jesuita y médico portugués Luis d'Almeida. Los jesuitas crearon en Roma las misiones de carácter médico. También los franciscanos, llegados a Japón en 1593, se dedicaron ante todo al cuidado de los enfermos y de los pobres, y fundaron en Kyoto varias leproserías y numerosas instalaciones asistenciales (IM-LMMC, p. 151).

3. LOS HOSPITALES DEL SIGLO XVII EN LA FRANCIA DEL BARROCO: LOS HOSPITALES GENERALES.

Si la España del Renacimiento puede ser considerada el muestrario de la evolución de los hospitales europeos de la época, por tratarse de la nación más hegemónica de entonces, es Francia la que toma el relevo de la hegemonía europea en el periodo barroco y, por ello, sirve también de ejemplo paradigmático en la descripción del proceso de transformación de los hospitales.

El panorama que presentan las citas ilustrativas de esta época es altamente significativo. Por un lado, continuó la secularización de la beneficencia hospitalaria mediante el aumento del control de los hospitales por parte del Estado, y su política de reducción y concentración de centros en aras de una mayor racionalización institucional. Así se consolidó la figura del Hospital General, que tendrá vigencia hasta bien entrado el siglo XX. Por otro lado, sin embargo, la calidad de las prestaciones concretas que los enfermos recibían bajo la tutela estatal era deplorable. La beneficencia secularizada trajo consigo de hecho una maleficencia asistencial de hecho que perduró hasta las primeras décadas del siglo XX, al menos en los hospitales públicos, como se irá viendo.

En este periodo de la historia de Francia, el gran número de enfermedades, el crecimiento de las ciudades y el prestigio de la corona y de la

Iglesia motivaron un importante crecimiento hospitalario. Se ampliaron algunos hospitales, se crearon otros y todos se reglamentaron y reorganizaron. Así surgió un nuevo tipo de hospital, que otros estados tomarían como modelo. En París se fundó el Hopital General, al que se asignaron el Hopital de Bicetre y el Hopital de la Salpetriere, éste para mujeres. ¿Cómo se realizaba la asistencia en estos hospitales? Cuatro apartados cabe señalar para responder a esta cuestión, tomando como ejemplo el Hotel-Dieu de París:

- La mortalidad hospitalaria. *La mortalidad era muy grande, especialmente la infantil ... El hacinamiento y la falta de higiene hospitalarios fueron responsables de numerosas muertes. En el siglo XVII la peste mataba a unas cien personas cada día; en el siglo XVIII la sustituyó el escorbuto hospitalario.*
- Las condiciones de hospitalización. *El número de camas era muy insuficiente en proporción con las necesidades. Todavía en 1786 Joseph Townsend se maravillaba de la presencia de 2547 enfermos en un hospital de 1219 camas. A pesar de las constantes medidas tomadas para asegurar una buena alimentación a los hospitalizados, aquellas eran incumplidas muy a menudo. Las dietas eran insuficientes, las instalaciones sanitarias escasas, mal iluminadas y lejanas de las salas. Los enfermos contagiosos no eran aislados, ni tampoco estaban separados los afectados por dolencias diversas, por edad o por la gravedad de aquéllas. Las operaciones quirúrgicas eran practicadas en las mismas salas, en presencia de los demás pacientes; los postoperatorios eran muy peligrosos y todos los trepanados morían. Sin embargo, en casi todos los hospitales había habitaciones especiales y mejores para privilegiados.*
- El personal médico y sanitario. *El número de médicos era muy reducido; en el Hotel-Dieu y en 1626 había sólo uno, 3 en 1638 y luego, entre 1656 y 1714 se aumentó a 4, 6 y 7. A partir de 1651 disponía de un número variable de médicos y auxiliares, entre 2 y 7. El número*

de cirujanos era mucho mayor, en 1726 cerca de un centenar. Aunque eran en su mayoría estudiantes, más de una docena eran titulados.

Los médicos tenían junto a ellos numerosas monjas de la Congregación de Hermanas y Damas Agustinas. El papel de la Iglesia en la asistencia hospitalaria seguía siendo importante, de modo que los cuidados médicos y espirituales inmediatos eran prestados a los enfermos por miembros de diversas órdenes y congregaciones religiosas, con las Hijas de la Caridad o las Hospitalarias de San José.

La subvención de los hospitales. *L'Hotel-Dieu de París se mantenía fundamentalmente gracias a donativos y legados, y a los derechos, exenciones y privilegios. Las donaciones constituían casi la mitad de la totalidad de los recursos. Las subvenciones y limosnas eclesiásticas contaban cada vez menos, de modo que la secularización de la asistencia era ya un hecho* (PLE-HUM).

Por lo que respecta a la labor de la Iglesia, éste es el momento en el que Francia aporta al campo hospitalario y a la atención domiciliaria a los enfermos las figuras de San Vicente de Paul, Santa Luisa de Marillac y sus Hijas de la Caridad.

Hasta la aparición de Florence Nightingale y, a impulso suyo, la entrada en la escena hospitalaria de enfermeras tituladas a finales del siglo XIX, serán ellas -como religiosas sanitarias- quienes asuman en mayor número las tareas de asistir a los enfermos en los hospitales, y las que paliarán con abnegación, espíritu cristiano y competencia los graves defectos enquistados en esos centros. De ellas había dicho su fundador:

Las Hijas de la Caridad tendrán por monasterio la casa de los enfermos ... por claustro las calles de la ciudad o las salas de los hospitales ... (JAG-YEC, p. 101⁵³).

4. DE LA BENEFICENCIA A LA MEDICINA. LOS HOSPITALES DE LA ILUSTRACIÓN.

Aproximadamente desde mediados del siglo XVII los hospitales entraron en una nueva etapa evolutiva, en la que el control del Estado sobre ellos creció cada vez más para ir poniéndolos al servicio de sus fines políticos, económicos y militares. Tal planteamiento llevó consigo la sustitución paulatina de las motivaciones y finalidades de carácter caritativo por la búsqueda de una mayor eficacia en la consecución de aquellos fines. Así fue entrando decididamente la medicina en los hospitales de este periodo avalada, además, por el pensamiento ilustrado, ya en el siglo XVIII.

La Ilustración tuvo la virtud de dar un impulso decisivo a la medicalización de los hospitales y, con ella, a convertir a éstos en el lugar donde se desarrollaría cada vez más la medicina científica y su aprendizaje académico en el siglo XIX. La cara oscura, sin embargo, de esta etapa evolutiva la ofrece el hecho de que tales avances en la organización hospitalaria y en el progreso científico médico no fueron acompañados por una mejor, más digna y más cuidada asistencia a los enfermos hospitalizados. En el apartado correspondiente a los hospitales en el siglo XIX aparecerán testimonios hartos elocuentes al respecto.

A partir de 1650, las nuevas directrices políticas diseñadas para incrementar el poder y la prosperidad de los estados nacionales emergentes impulsaron a los hospitales hacia nuevas funciones. A la vida humana se le dio un gran valor a medida que se pusieron a punto políticas de población que incrementarían el número de habitantes con el fin de servir de base al poder del Estado, al desarrollo económico y a la fuerza militar. Quienes propugnaban el mercantilismo europeo emergente vieron en el trabajo la fuente clave de la riqueza y procuraron que se movilizara la fuerza laboral de la nación y mantuviera un estado óptimo de productividad.

53- Donde se cita también la aportación de otras congregaciones de religiosas a la asistencia hospitalaria (p. 101s).

A la vez, una visión más optimista de la prevención y rehabilitación de la salud, elaborada por los pensadores de la Ilustración, proponía que la enfermedad, en lugar de ser una carga inevitable, fruto del pecado e inerradicable, podía ser controlada y eliminada. Además de sus fines morales y físicos tradicionales, los hospitales fueron vistos a partir de ese momento como instituciones destinadas a la rehabilitación física y la curación, como lugares que constituían los primeros recursos y no los últimos, especialmente los destinados al personal militar y a la fuerza laboral. Estas disposiciones implicaban un compromiso grande de las profesiones del cuidado de la salud para con sectores de población amplios que hasta entonces no habían tenido contacto con ellos.

Para llevar a cabo estas nuevas políticas de salud los gobiernos nacionales, las autoridades locales y las corporaciones profesionales realizaron esfuerzos organizados para reformar las profesiones médicas y quirúrgicas existentes. Se garantizó a médicos y cirujanos nuevas formas de acceder a los hospitales y se dictaron nuevas normas para guiar las actividades institucionales.

Los primeros modelos del proceso de medicalización provinieron de los estamentos militar y naval, y fueron destinados a los enfermos y heridos de entre los miembros de las fuerzas militares de una Europa en expansión. Más tarde, los profesionales médicos que trabajaban en los hospitales civiles comenzaron a mostrar con éxito que su forma de asistir a los pacientes proporcionaba un factor nuevo, y de considerable importancia, que se sumaba al descanso y a la alimentación suministrados a los que eran acogidos en los albergues religiosos.

Durante la última parte del siglo XVIII y el comienzo del siglo XIX los objetivos médicos remodelaron profundamente las pautas de los hospitales desde la admisión del enfermo hasta su salida por alta o por fallecimiento.

Se dio preferencia al tratamiento de las enfermedades agudas sobre las crónicas, fueron más

aceptados los pacientes jóvenes que los viejos. Los nuevos objetivos fueron la rehabilitación y la curación (TSM-H).

- Los hospitales como instituciones académicas. A la vez los cirujanos, y más tarde los clínicos, reconocieron las grandes oportunidades que ofrecían los hospitales para mejorar sus habilidades clínicas y así incrementar su fuerza y su situación profesional y social. A lo largo del siglo XVIII, los cambios en la ideología científica acentuaron la importancia de los estudios empíricos y la elaboración del conocimiento en base a la observación de los hechos. Los cirujanos en Francia y Gran Bretaña fueron especialmente hábiles en la adquisición de conocimientos prácticos en anatomía, patología y tratamiento clínico.

Tras la Revolución Francesa los médicos de ese país iniciaron una nueva estrategia de avance profesional y social, mediante lo que se llamó genéricamente medicina de observación.

Con el considerable número de enfermos que se conseguía reunir en las salas de los hospitales, los médicos tenían la oportunidad de observar junto a su cabecera la evolución individual de las enfermedades y diagnósticos de muchos más pacientes de aquellos a los que tenían acceso en su práctica privada. Las disecciones postmortem llevadas a cabo en los hospitales les proporcionaron más información aún sobre la patología responsable de los síntomas.

El trato con los enfermos les ofreció incluso oportunidades inigualables de comprobar la utilidad de los regímenes médicos tradicionales, y especialmente la de los remedios más antiguos.

Los esfuerzos por poner a punto la preparación y el uso de drogas implicaron procesos clínicos y análisis estadísticos. Con todo ello los hospitales se convirtieron en el punto focal de los programas de investigación clínica.

Finalmente, la presencia cada vez mayor de médicos y cirujanos en los hospitales europeos

hizo que estas instituciones fueran cada vez más atractivas como lugares para la educación y el entrenamiento de los facultativos. Los hospitales eran considerados grandes enfermerías que podían suministrar los mejores médicos y cirujanos porque éstos podían ver allí más en un año que en siete fuera de allí.

En algunos centros sus rectores crearon salas especiales de enseñanza donde los profesores y adjuntos, seguidos por los estudiantes, hacían visitas regulares a los pacientes. La educación médica varió así enormemente, pasando de la observación pasiva al examen manual supervisado y al tratamiento de los pacientes por parte de estudiantes y aprendices.

3.3. Los Hospitales en el mundo contemporáneo.

1. LOS HOSPITALES EN EL SIGLO XIX.

Las citas de este apartado van destinadas a dejar constancia de la paradoja que ofrece la evolución histórica del hospital decimonónico: científicamente encomiable, pero asistencialmente deplorable. En él los médicos y cirujanos dieron por fin razón más que suficiente de su derecho a ser considerados verdaderos científicos, y hasta convirtieron a la medicina en la nueva religión científico-positiva (Rudolf Virchow), y al hospital y su laboratorio en los templos de dicha religión (C. Bernard).

Pero en esos mismos centros los enfermos hospitalizados se convirtieron en el campo preferente de la observación científica, realizada con criterios propios del más crudo despotismo ilustrado, y las condiciones que ofrecía la hospitalización estaban muy a menudo por debajo de los mínimos consentidos por una decencia y una dignidad humana elementales.

La cambiante estructura arquitectónica del hospital ha ido reflejando la de la medicina que dentro de él se hacía. Hasta el siglo XVIII,

descontados sus elementos de orden religioso, el hospital se componía de una o varias enfermerías, una farmacia y acaso algún cuarto de curas. Luego se incorporó a él una sala de autopsias. A lo largo del siglo XIX entran en su composición los quirófanos, el laboratorio químico, el microbiológico, aulas, si el hospital es docente, y en algunos casos un departamento de fisiopatología y patología experimental. Por fin, ya en pleno siglo XX, el hospital es un pequeño mundo con características propias (PLE-HM, p. 675).

Durante la segunda mitad del siglo XIX la asistencia médica, como encuentro entre dos realidades -enfermedad y disponibilidades asistenciales- va a estar íntimamente afectada por los factores sociales productores de ambas realidades. La enfermedad seguía siendo un azote para la clase trabajadora, mientras que las disponibilidades asistenciales estaban condicionadas por la dinámica de los intereses profesionales médicos, asimilados a la clase burguesa.

De las disponibilidades asistenciales, la que se configura de forma destacada es la institución hospitalaria, aunque la erección de dispensarios públicos fue también importante. Por eso, las características que adoptan los hospitales ilustran la naturaleza del encuentro médico-paciente en esta época.

Destinados en un principio a absorber la enfermedad y la miseria de las clases bajas, institucionalizados como beneficencia, fueron demostrando ser un recurso cada vez más eficaz.

Este es el momento en que se asiste al enorme crecimiento de hospitales tanto generales como especializados y privados, sobre todo para enfermedades mentales. Pero todo ello contando aún con la organización piramidal autoritaria, en la que el paciente de origen social bajo debía adoptar una actitud pasiva, de total dependencia, con la falta de acceso a ellos de los médicos generales y, en definitiva, su falta de relación con las necesidades asistenciales de la colectividad y con la organización sanitaria.

En la sociedad burguesa secularizada... los pobres de solemnidad (eran atendidos) en el hospital; las clases medias en su domicilio o en el del médico de cabecera; las clases altas en su propio domicilio o en el consultorio del especialista o del magnate de la medicina. Cuando el médico llega a ser uno de éstos, debe partir su actividad clínica -y su día, por tanto- en dos mitades: la mitad matinal y hospitalaria, en que asiste a los pobres, y la vespéral y privada, en que atiende a los menos pobres y a los ricos.

El enfermo iba de ordinario al hospital... convencido de que iba a recibir una asistencia médica para pobres, integrada por estos tres ingredientes: un diagnóstico excelente puesto que los médicos del hospital era, en principio, los mejores del país; un tratamiento que por necesidad había de limitarse a las escasas o precarias posibilidades económicas (instalaciones, medicamentos, personal auxiliar, etc.) de los presupuestos de beneficencia; una cuidadosa necropsia, si el éxito de su enfermedad era letal.

Los enfermos vieneses -decían con irónica resignación los pobres de Viena, allá por 1860- tenemos la gran suerte de ser muy bien diagnosticados por Skoda y muy bien autopsiados por Rokitsanski. A esta convicción se unía una actitud por lo general resignada y aceptadora...

El enfermo confiaba más en el médico que en el hospital, y se entregaba a él según dos actitudes principales, reductibles a otras tantas fórmulas expresivas: Aquí tiene Ud. mi cuerpo, haga de él lo que quiera, y, si el hospital en cuestión cumplía funciones docentes- Vean Uds. qué enfermedad tan interesante es la mía.

¿Cuál fue la actitud del médico?... La respuesta exige discernir en el médico hospitalario del siglo XIX dos figuras típicas cardinales, que por razones obvias denominaré tipo Skoda y tipo San Martín... Para Skoda, como para otros tantos médicos de su contextura mental, el enfermo hospitalario era en principio -y, a veces, en definitiva- la suma de un objeto científicamente cognoscible

y una persona desconocida ... Más que médico en sentido estricto, ... el clínico a la manera de Skoda era naturalista, hombre a quien atrae o entusiasma el conocimiento objetivo y científico de la realidad sensible.

En definitiva, ese clínico no pretende ser médico, sino hombre de ciencia. De ahí los métodos principales de su trabajo: por un lado, la exploración puramente científico-natural, la objetivación sistemática -y a la postre mensurativa- de la realidad del enfermo; por otra parte, la investigación estadística, la reducción del paciente a puro objeto mensurable y transferible.

Bien sé que sin una y otra cosa nunca habría llegado a ser lo mucho que es la medicina actual, y este es el anverso histórico del proceder de Skoda, Addison y todos los clínicos semejantes a ellos. Pero este brillante anverso de la asistencia hospitalaria, ¿no supone en ella un sombrío y penoso reverso?

No aludo con estas palabras -aunque también pudiera hacerlo- a las tristes y a veces infrahumanas condiciones en que había de vivir el enfermo de hospital. Refiéranse a Viena, París o Madrid, las descripciones de la época abren las carnes.

Me refiero ante todo a las consecuencias que esos móviles y estos métodos de trabajo del clínico habían de tener y tuvieron en orden a su relación con el enfermo.

Esta no puede ser satisfactoria si no tiene su término en el paciente mismo, en cuanto titular y beneficiario de la salud por la que se lucha; no en la sociedad, ni en el Estado, ni en el buen orden de la naturaleza, sino en el bien personal del sujeto a quien se diagnostica y trata.

¿Cumple este fin el clínico a la manera de Skoda? En modo alguno... Lo que el médico realmente miraba cuando en la sala del hospital veía al enfermo no era la realidad de éste -su cuerpo y su persona- sino el kimógrafo o el alambique quen en el laboratorio le estaban aguardando.

Pero en la sociedad burguesa del siglo XIX no todos los médicos del hospital lo fueron a la manera de Skoda. Hubo junto a ellos, y acaso en mayor número, los pertenecientes al tipo San Martín. Explicaré la razón de este nombre. A través de la tradición oral ha llegado hasta mí una preciosa anécdota de la cual es protagonista don Alejandro San Martín, eminente profesor de Cirugía en el Madrid de la Regencia.

Pasando visita por su sala de mujeres del Hospital San Carlos, vio que una de ellas, casi niña, lloraba en soledad sobre su lecho y, acercándose a ella, le dijo suavemente: ¿Por qué lloras, niña? ¿Es que no tienes nadie que llore por ti?... palabras suficientes para demostrarnos que en el siglo XIX y a comienzos del XX era posible ser médico de hospital y pagar amplio tributo a la concepción científico-naturalista de la medicina, sin ser ciego para la condición humana, personal del pobre enfermo a quien se atiende...

Para San Martín y para los miles de médicos de su tiempo que como él procedían, el enfermo podía ser a la hora del diagnóstico un objeto científicamente cognoscible... pero en el momento del tratamiento el enfermo era a sus ojos algo más que simple objeto, era persona.

Más concisamente: así considerado por el médico, el enfermo hospitalario viene a ser la suma de un objeto científicamente cognoscible y una persona compasible (PLE-LRME p. 209-213).

Además de ser atendido y tratado, el enfermo de hospital se veía obligado a prestar su cuerpo vivo para la enseñanza clínica y su cadáver para la enseñanza anatómica. En cuanto enfermaba, el cuerpo del pobre venía a ser res pública, o al menos res publicanda...

La realidad de la vida hospitalaria ... justificaba por sí sola dicha protesta (la rebelión de las clases

proletarias contra la partición de la asistencia médica en una medicina para ricos y una medicina para pobres)...

Marañón ha pintado con párrafos nada demagógicos y sobrios lo que eran tantas y tantas salas del Hospital General de Madrid cuando él iniciaba su vida médica. Carne de hospital ha dicho durante muchos decenios nuestro pueblo para nombrar la que no tiene ante sí otra esperanza que la enfermedad y la miseria (l.c. p. 218-220).

Los jefes de los servicios quirúrgicos del Hotel-Dieu de París habían de colocar sobre su nariz y boca una esponja empapada en vinagre para penetrar por la mañana en sus respectivas enfermerías; tal era la intensidad del hedor que se respiraba en ellas (PLE-LMA, p. 93).

En su libro *Society and Medical Progress* (1941), B. J. Stern describe así el hospital del siglo XIX: El pobre debe entrar allí para su agonía mortal. No puede sorprender que el ingreso de un paciente en el hospital sea una suerte de anuncio de su muerte... Ventanas siempre cerradas y pasillos de terrazo. Camas de madera a las que unos pacientes nunca lavados y unas sábanas muy de tarde en tarde renovadas hacen hervir de piojos (PLE-HUM, t.6).

He aquí algunos párrafos de la descripción-denuncia que del Hospital General de Madrid hacía, en 1889, el doctor Pulido: Hemos visto enfermos de medicina en salas de cirugía, enfermos de miseria, inedia⁵⁴, senectud e invalidez junto a enfermos agudos, y nada puede decirse que sea más censurable contra ese pandemonium morboso que el siguiente cuadro que nos presenta uno de los más ilustres profesores de ese Hospital:

En Septiembre último -me decía- visité la sala X. En la cama núm 6 agonizaba una enferma de fiebre tifodea la misma noche que en la

54- El Diccionario de la Lengua Española define esta palabra así: Falta de alimentación suficiente. 2. Estado de debilidad que aquella provoca.

núm. 7 abortaba otra enferma. Dos días más tarde daba a luz una enferma en la núm. 9, teniendo por vecinas a otra tifoidea y, en la sala H, coincidiendo los testeros de sus camas, una con fiebre puerperal contraída en la misma sala... Hablemos de las crujías: esa fila de camas que se coloca en el centro de las salas promoviendo acumulaciones que, si son peligrosas siempre, lo son más tratándose de enfermos necesitados de aire puro... La alimentación se resiente de lo siguiente: 1°.

De que con frecuencia son malos y de inferior calidad los alimentos de por sí, el chocolate sin cacao, la carne correosa, el vino adulterado, la leche aguada... 2°. De que la comida está mal condimentada y además llega a los enfermos fría, mal dispuesta, grumosos los caldos... Mucho ganaría también el sosiego de los enfermos con que la limpieza de las salas, que ahora se hace a las cuatro de la mañana en verano y a las cinco en invierno, con grande ruido y amplia abertura de ventanas, se hiciese más tarde... Penetra de repente el aire, y entonces tísicos, catarrosos, cardíacos, neumónicos y la inmensa de la población hospitalaria se enfría, rompe a toser y sufre una exacerbación en sus padecimientos ...

Pocos años antes, en 1881, el propio doctor Pulido había descrito el Hospital Provincial de Córdoba con estas palabras: Bien o mal, se han habilitado 15 salas desiguales, en donde caben 300 enfermos; pero como el hospital es único, cuando la necesidad apremia se meten hasta 700, para lo cual se habilitan toda clase de crujías, pasillos, y hasta las mesetas de las escaleras... Es éste un hospital desgraciadísimo; basta en prueba de ello decir que carece de lugar para operaciones, lo cual obliga a practicarlas en las mismas salas, proporcionando a los desgraciados enfermos un cuadro que nadie juzgaría muy edificante.

Leáse, en fin, este otro texto, relativo al Hospital de San Carlos y procedente del folleto en que el

doctor Andrés del Busto proponía (1882) una reforma de las enseñanzas de Ginecología y Paidología: Nuestra diminuta maternidad reclama reforma radical... ¡Doce mujeres que, a pretexto de no estar enfermas, ocupan una sala reducidísima, poco ventilada, donde día y noche pasan la vida quietas, sentadas, las que cabalmente los últimos meses del embarazo necesitan más ejercicio!..

Allí, hacinadas, ni moverse pueden cuando se levantan; y si han de pasar por el hueco de las dos filas de camas, una a una habrán de hacerlo, por lo estrecho del camino ...

Allí duermen, y de aquel malo y escaso aire viven de noche, sin un lugar adecuado de retretes para mujeres sanas... Mal aire de día y malísimo de noche hacen hediondo aquel lugar para todo el que penetra respirando el más puro, relativamente, de la galería, para que su olfato le denuncie, sin necesidad de otra química, materias amoniacaes y ácido sulfhídrico en tal abundancia que, unido al tufo propio de mujeres no muy limpias, al rancio olor de las frecuentes leucorreas y a la descomposición de tanta urea como doce embarazadas, siquiera sea por el sudor, han de eliminar, dada la enorme cantidad que en mal estado se excreta, hacen de aquella estancia un pudridero (l. c. p. 93-96).

Un testimonio acerca de la asistencia hospitalaria benéfica en el siglo XIX⁵⁵. Salvas algunas excepciones, debidas a individuales esfuerzos, el estado de nuestros establecimientos de beneficencia deja mucho que desear.

Ni el local, ni las camas, ni la alimentación ni el vestido son lo que debieran ser. Los locales, obra del acaso las más de las veces, o de la ignorancia, no suelen tener ninguna de las condiciones que la higiene prescribe, sobre todo cuando se trata de la fatal aglomeración de personas que en ellos se verifica.

55- Concepción Arenal: La beneficencia, la filantropía y la caridad, (1861); ed. en Obras completas, 23, vols. Madrid, V. Suárez 1894-1897. Tomado de JMLP-ATM, p.417-19.

Las camas no suelen tener ni la limpieza ni la comodidad y extensión que debieran; tampoco suelen estar aisladas entre sí, de modo que el enfermo presencia escenas de agonía y de muerte que deben agravar su estado.

El alimento, en la mayor parte de los casos, ni es de buena calidad ni está preparado con el debido esmero; tanto, que a veces se resiste al hombre más voraz.

A lo primero contribuye mucho el fatal sistema de abastecer los establecimientos benéficos por medio de contratas, cuyas condiciones no suelen cumplirse con exactitud; lo segundo es consecuencia de la falta de vigilancia y de que son muchos los establecimientos que no están asistidos por las Hijas de la Caridad.

Si el enfermo entra en convalecencia, su suerte es poco menos triste que cuando estaba en la cama. La falta de locales separados para los convalecientes es uno de los grandes males que hay que deplorar.

A ella se deben esas convalecencias, larga y penosa prolongación de la enfermedad; las recaídas y el lastimoso estado en que dejan el hospital los pobres que no tienen otro recurso que su trabajo. Si se pregunta a los que salen de los hospitales mejor asistidos, es frecuente oírles decir: Las medicinas, bien; pero los alimentos, mal.

La ración que se da en la mayor parte de los hospitales al convaleciente es escasa y de mala calidad; esta circunstancia retarda el restablecimiento y muchas veces predispone para la recaída, como lo hemos visto más de una vez.

Referiremos una escena de que fuimos testigos, que no tiene nada de extraordinaria sino que,

por el contrario, es muy común en nuestros hospitales, ni tiene tampoco nada de terrible, comparada con otras que en ellos pasan.

Había en el hospital D. ... tres tercianarios⁵⁶, tres padres de familia cuya enfermedad privaba de pan a diez y seis criaturas que no estaban en edad de ganarlo. Una persona caritativa que los conocía, sabía... la mucha falta que hacían en sus casas; fue a verlos un jueves, único día de la semana que se permitían visitas. Estaban convalecientes; los tres se conmovieron mucho ... uno se echó a llorar: ¿Qué es esto, Francisco? Que nos matan de hambre...

Perecemos de hambre y de frío. Era en Enero. No había lumbre para calentarse, y los enfermos, tapados en sucias y raídas mantas, parecían otras tantas sombras que, envueltas en sus sudarios, se alzaban del sepulcro... Se tramó un pequeño complot, en que entró el portero; se convino en que, todos los días, los enfermos bajarían, uno a uno y con precaución, a la portería a tomar una sopa sustanciosa, una ración de carne, un cuarterón⁵⁷ de pan tierno y medio cuartillo⁵⁸ de vino.

El primer día todo sucedió felizmente. ¡Con qué temor miraban a la puerta, por miedo de que los sorprendiera algún empleado! Así aconteció al segundo día... el director en persona vino a interrumpir el modesto convite, y el convidado cogido in fraganti huyó como un criminal, no sin haber recibido antes una severa reprimenda, extensiva a la criada que llevó la comida y que tuvo miedo de que la llevasen a la cárcel...

Uno de los convalecientes se escapó del hospital y, auxiliado convenientemente en su casa, estuvo muy pronto en estado de trabajar; otro recayó y no pudo salir hasta muy entrada la primavera; el tercero, acometido de otra enfermedad, sucumbió.

56- Enfermos de tercianas, calenturas intermitentes que repiten cada tres días.

57- Cuarta parte de una libra, peso antiguo de Castilla dividido en 16 onzas y equivalente a 400 gramos. Un cuarterón sería, pues, en este caso 100 g. de pan.

58- Es decir, un cuarto de litro.

Es también de notar el estado en que se da de alta a los enfermos pobres; ninguno se halla capaz de trabajar; muchos pueden sostenerse apenas. Para las operaciones no siempre se consulta la voluntad del enfermo, exponiéndole las razones que hay en pro y en contra; y en las clínicas alguna vez se le mira más bien como un objeto de demostración que como un hermano que sufre.

Con razón subrayan C. Centeno y P. Arnillas la oportunidad histórica y la alternativa asistencial que supuso a mediados del siglo XIX la creación de las *Maisons du Calvaire* por Mme. Garnier y sus compañeras, que fueron antecedente inmediato de los Hospices para enfermos terminales, a partir del *St. Christopher* de C. Saunders (1967).

Las Maisons fueron fundadas como instituciones alternativas a la atención que los enfermos indigentes recibían en los hospitales decimonónicos, cuyas lamentables condiciones higiénicas y hosteleras hacían que se sintiera verdadero rechazo a morir en ellos (Citado en JCH-CP, p. 58).

2. UN HOSPITAL PARA TODAS LAS CLASES SOCIALES (1870-1945).

El último tercio del siglo XIX puede ser considerado el momento en que la evolución de los hospitales cobra un nuevo impulso que, a lo largo de la primera mitad del siglo XX, irá configurando esta institución con unos rasgos que en no pocos aspectos se siguen manteniendo y que van a ser ilustrados con las citas siguientes:

a. De la beneficencia a los seguros de enfermedad. *A finales del siglo XIX muchos hospitales seguían siendo establecimientos a los que sólo acudían los pobres que no tenían donde caerse muertos. Pero en las primeras décadas del siglo XX la situación cambió radicalmente ... Por primera vez en la historia, los hospitales fueron utilizados para diagnosticar y tratar enfermos de todas las clases sociales (MAS-LHH, p. 52).*

En 1882, con la introducción de seguros laborales de enfermedad y de rentas, que durante las

décadas siguientes incluyen a empleados y familiares, se amplía mucho el mercado de la salud, pues el seguro incluye el tratamiento del médico, los costes de los medicamentos y, dado el caso, el ingreso en un hospital.

Al mismo tiempo, los médicos empleados por la mutua se hallan ante el deber de decidir entre la necesidad de tratamiento del paciente y la capacidad de trabajo. Este poder de decisión y de esclarecimiento de la medicina, que va creciendo gradual y progresivamente en ámbitos humanos hasta entonces privados, se denomina medicalización de la sociedad (JB-MCPC, p. 285).

b. El Hospital, centro irradiador de la medicalización de la sociedad. *Gracias en parte a los avances en el conocimiento y la tecnología médicos, el proceso de medicalización de la sociedad occidental avanzó considerablemente hasta la segunda guerra mundial. Hacia 1900 los enfermos de clase alta y media en Europa y los Estados Unidos buscaron y pagaron por ser asistidos en los hospitales.*

Dotados de profesionales médicos y de enfermería competentes, y equipados con laboratorios clínicos y otros elementos diagnósticos, los hospitales se convirtieron en el destino preferido de los enfermos agudos necesitados de asistencia médica y quirúrgica.

La nueva demanda de asistencia sanitaria, impulsada por la urbanización y la industrialización, se expandió más aún incluyendo las necesidades de obstetricia y neonatología (GBR-HMH).

c. El Hospital en el nuevo contexto urbano e industrial. *La nueva misión del hospital fue el resultado de la convergencia de ideologías, estrategias políticas y necesidades asistenciales, algunas de ellas tradicionales, otras nuevas.*

Los valores religiosos y las donaciones caritativas tuvieron aún una función importante a comienzos del siglo XX, a la vez que las exigencias del desarrollo económico basadas en el capitalismo indicaban que la salud de los trabajadores en el

mundo industrial era de gran importancia tanto para el sector estatal como para el privado...

La urbanización se producía a un ritmo acelerado, trayendo un número creciente de personas adultas a los barrios de por sí muy poblados de las ciudades. Entre ellos había olas de nuevas inmigrantes con múltiples necesidades de salud y pocos recursos.

A cambio, la industrialización creó un panorama nuevo de enfermedades ocupacionales y de accidentes. Sin los medios o el entorno familiar para conseguir la ayuda necesaria, muchos enfermos o heridos se vieron obligados a buscar asistencia médica en los hospitales (l. c.).

d. El Hospital pasa a ser el primero y más importante recurso sanitario. *Con la incorporación de la medicina científica, los hospitales se convirtieron en las instituciones de primera instancia, dejando de ser el último recurso. Gracias a procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez más sofisticados, como la radiología, la electrocardiografía y los laboratorios clínicos mejoró enormemente la capacidad del personal hospitalario para ajustar sus diagnósticos.*

Además de proporcionar reposo y una dieta más sana, los hospitales se concentraron cada vez más en el tratamiento de las enfermedades agudas, sobre todo de aquellas que comportaban un alto riesgo para la vida y que requerían una asistencia técnica sofisticada.

Una nueva generación de vacunas y sustancias quimioterapéuticas mejoró las cifras de éxito en la batalla contra ciertas enfermedades. Mediante la adopción de la anestesia y la antisepsia, los hospitales se convirtieron en los centros quirúrgicos más importantes (l. c.).

e. Las nuevas enfermeras profesionales. *Para el cuidado del paciente, los hospitales incorporaron cada vez más nuevas generaciones de enfermeras, procedentes de la clase media y entrenadas mediante programas educativos basados en el modelo establecido por Florence Nightingale (1820-1910)⁵⁹.*

Estas nuevas enfermeras hospitalarias fueron reemplazando al personal religioso que tradicionalmente habían ejercido los servicios al paciente. Las enfermeras de Nightingale se convirtieron en valiosas asistentes de la profesión médica en el tratamiento del paciente (l. c.).

f. El Hospital, centro de investigación, especialización y docencia médicas. *Desde que en la segunda década del siglo XX el hospital se convirtió en el taller primario de los médicos, los objetivos médicos, incluidos la especialización, la educación y la investigación hubieron de convertirse en prioridades institucionales.*

Los hospitales del siglo XX mostraron un crecimiento considerable de la asistencia especializada mediante la creación de departamentos clínicos, el aumento de los médicos estudiantes, y la realización de investigación clínica.

Tales actividades fueron cruciales para las exigencias académicas y de licenciatura, y dieron prestigio y una mayor altura profesional a aquellos a los que se les permitía trabajar en estas preeminentes instituciones (l. c.).

g. Otros aspectos de los nuevos Hospitales. *Desde que el hospital se convirtió en el punto de atención preferido para la aplicación de los principios científicos a la medicina, aparecieron nuevos problemas éticos.*

59- Florence Nightingale fue comisionada para atender a los heridos de la guerra de Crimea (1853-6) en el hospital de campaña de Renkioi. Había estudiado enfermería en el Instituto de Kaiserwerth y también en París con las Hijas de la Caridad. Por haber conseguido reducir drásticamente la mortalidad en el mencionado hospital, se convirtió luego en la promotora decisiva de la enfermería moderna a través de la Escuela de Enfermeras del St. Thomas Hospital de Londres (Cf. MAS-LHH, p. 50).

Los procesos de medicalización de la vida ampliaron el rango de las experiencias vitales dirigidas ahora a los problemas médicos por profesionales hospitalarios. El nacimiento y la muerte, que antes eran acontecimientos que ocurrían en el hogar, ahora tenían lugar en el hospital.

Desde comienzos del siglo XIX un enfoque despersonalizado de enfermedad, centrado en los órganos, fue reemplazando a las anteriores nociones holísticas de enfermedad.

Y a medida que las prácticas hospitalarias se hicieron reglamentadas y técnicas, los pacientes vinieron a ser meros envases de enfermedades, y estas fueron los objetos primarios de la investigación y el tratamiento.

Este enfoque afectó a la naturaleza de la relación médico-enfermo, puesto que los profesionales se concentraron ante todo en resolver con éxito los problemas de diagnóstico y de patología humana inherentes a éste.

La autoridad moral del médico, basada hasta entonces en las cualidades personales, se vió ahora fundamentado en la competencia científica.

La experimentación clínica se hizo agresiva y, a veces, abusiva en comparación con las pocas garantías de salvaguarda previstas para los pacientes (l. c.).

3. SEGUNDA MITAL DEL SIGLO XX: EL HOSPITAL, ESCENARIO SUPREMO DE LA BIOMEDICINA.

Las características inherentes a la evolución del hospital durante este último período, que llega hasta el día de hoy, son ya en líneas generales hartamente conocidas tanto por la multitud de estudios y trabajos de investigación monográfica, como por las informaciones que suministran las secciones

relativas al campo de la salud en los diversos medios de comunicación social.

Además, los objetivos de la Campaña de Pastoral de la Salud 2007, que incluyen estudios pormenorizados sobre la evolución actual del conjunto de la asistencia propiamente sanitaria, y también del nuevo y creciente sector sociosanitario, aconsejan que este trabajo concluya aquí su andadura de pesquisa histórica, dejando a otros la tarea de describir el rumbo de dicha evolución hoy⁶⁰. Sólo quiero añadir ya tres últimos apuntes:

- una escueta referencia al arranque de la nueva sanidad hospitalaria española en este periodo;
 - una no menos escueta y somera mención a la previsión, según los expertos, de cómo serán los hospitales del inmediato futuro;
 - y, por fin, unas conclusiones, desde la Pastoral de la Salud de hoy, mirando a la historia pasada, al presente y al previsible futuro de los hospitales.
- El arranque de los nuevos hospitales en la España de la segunda mitad del siglo XX. El 21 de Julio de 1962 se aprobó la Ley sobre Hospitales por la que se concedió especial importancia a la Comisión Central de Coordinación hospitalaria, entre cuyas competencias se señaló la de someter a la aprobación del Gobierno el estado general de necesidades hospitalarias de la nación, operando para ello de modo que cada demarcación territorial cuente con los hospitales precisos para atender plenamente las necesidades de su población, teniendo en cuenta la distribución y morbilidad de la misma, así como las prioridades y destino de los Centros hospitalarios. Desde mediados de los años sesenta y más aún a partir de los setenta, la Seguridad Social⁶¹ realizó una importantísima tarea de construcción de hospitales. Contaba también con un gran número de Ambulatorios distribuidos por todo el país.

60- La web de la Delegación de Pastoral de la Salud de la Archidiócesis de Madrid (www.archimadrid.es/dpsanitaria) va a ofrecer varios estudios de última hora sobre el tema. Un buen resumen del mismo puede también encontrarse en MAS-LHH, p. 61-61-La Ley de Bases de la Seguridad Social apareció el 28 de Diciembre de 1963 y su articulación normativa en 1966.

De acuerdo con el Catálogo de Hospitales, había en 1970 en España 1365 establecimientos hospitalarios, con 157.598 camas. De ellos 101, con 54.052 camas, eran de la Seguridad Social, precisamente los más modernos del país; entre ellos se encontraban las Ciudades sanitarias de las capitales más importantes, así como el Centro Nacional de Investigaciones Médico-Quirúrgicas de la Seguridad Social -la llamada Clínica Puerta de Hierro- que era una institución modelo. Los centros psiquiátricos eran 122, con 42.745 camas (PLE-HUM).

3.4. ¿Hacia dónde van los Hospitales?

Al comienzo de este escrito se halla la cita de un historiador que cuestiona en profundidad el futuro de los hospitales: *La evolución del hospital en los últimos siglos plantea la cuestión central de si la asistencia⁶² es aún la función primaria de esta institución.*

Remito a la relectura directa de la cita, a la vez que no resisto a la tentación de citar algo parecido a un pronóstico. A. Navarro aventura la pregunta: *¿Qué pasará con los hospitales del futuro?*, para responder a continuación:

La respuesta puede entreverse al analizar la evolución de los últimos tiempos. Probablemente, a lo largo de este siglo los hospitales tendrán cada vez menos camas, serán más resolutivos, seguirán incorporando conocimientos de los profesionales, nuevas tecnología y medicamentos innovadores, desaparecerán los papeles, la información de datos viajará fluidamente por los sistemas sanitarios con garantías de proteger su confidencialidad, se buscará la calidad como objetivo primordial y la eficacia estará en los idearios de todos los profesionales.

Visto de este modo, ¿cuál es la dimensión de un hospital en el siglo XXI? La pregunta no puede tener una respuesta clásica. La dimensión ya no se puede medir en camas, y quizá tampoco en tecnología porque ésta puede estar dentro o fuera del hospital.

Habrá que introducir un nuevo parámetro que es la denominada cartera de servicios, que representa la capacidad de solucionar procesos...

Las camas serán las imprescindibles y la tecnología cada vez precisará menos camas... aunque en los procesos graves las camas sean imprescindibles. Quizá por eso tendremos que abrir nuestras mentes a los hospitales con camas y a los hospitales sin camas (AN-HCAD, p. 5).

Este pronóstico se centra en características que interesan directamente a todos cuantos miramos al hospital desde el conjunto del mundo sanitario, que es como decir desde todos los ámbitos de las sociedades humanas, pues la salud -su promoción, conservación y restauración- es una aspiración universal.

Sin embargo, la indagación histórica que ahora concluye ha tenido como hilo conductor constante el intento de resaltar a qué debe atenderse la Pastoral de la Salud y, detrás de ella, la Iglesia Católica a la hora de poner a punto su misión evangelizadora en los hospitales.

Para responder con la mayor lucidez posible a ese interrogante he creído necesario recordar lo que he considerado más significativo en la historia de las relaciones de la Iglesia con el hospital, convencido de que esa historia no es mero pasado sino que aspectos muy importantes de la misma siguen latiendo o apareciendo abiertamente en la vida presente de los hospitales.

62- Entendida esta palabra con el significado de relación interpersonal directa, orientada al restablecimiento y cuidado de un enfermo, no de una mera acción técnica a distancia del sanador.

Lo que vayan a ser éstos en el futuro será el fruto de decisiones que abrirán, por una parte, cauces nuevos pero cerrarán otros establecidos.

Y para tomar esas decisiones se requiere una sabiduría que sepa discernir lo más conveniente entre nova et vetera, entre lo nuevo y lo viejo como se hace, por ejemplo, con la crianza de los buenos vinos. Las siguientes conclusiones son sólo una humilde aportación a dicho discernimiento.

3.5. Conclusiones.

- 1). *La historia nos dice que la Iglesia creó los hospitales, y que ha influido decisivamente en su evolución a lo largo de los últimos mil setecientos años.*
 - 2). *A partir de la Edad Moderna los hospitales fueron pasando de la titularidad y tutela de la Iglesia a la de diversas instituciones seculares, entre las que cabe destacar el poder político y, más tarde, la cultura y la ciencia médicas.*
 - 3). *Ello no ha sido óbice para que, hasta el día de hoy, la Iglesia no haya dejado de prestar una atención preferente a la institución hospitalaria. Prueba de ello son, dicho en somera y muy apretada síntesis:*
 - A). *Las numerosas órdenes y congregaciones religiosas que, desde el siglo XVI, han elegido como carisma propio el servicio asistencial y pastoral en los hospitales, y la fundación de centros propios para realizar dicho carisma.*
 - B). *La fundación de hospitales en tierras de misión, también desde el siglo XVI hasta el día de hoy, como acción inseparable de la obra evangelizadora de la Iglesia⁶³.*
 - C). *El número de fundaciones hospitalarias que*
- aún hoy tienen como titulares a Iglesias diocesanas.*
 - D). *El número de camas hospitalarias que en el presente brindan las instituciones de la Iglesia a diversos sectores de la sanidad, como el psiquiátrico, sin las cuales sería imposible en no pocos casos el desenvolvimiento adecuado de la asistencia sanitaria secular.*
 - E). *La aportación activa y fructífera a los hospitales actuales de iniciativas nuevas y pioneras, tales como:*
 - Los comités asistenciales de ética.
 - Las unidades de cuidados paliativos.
 - Las unidades de daño cerebral.
 - F). *Los acuerdos y convenios con los poderes públicos y las entidades sanitarias privadas por integrar en los hospitales los Servicios de Asistencia Religiosa Católica.*
- 4). *Por todo ello es necesario reafirmar con vigor y claridad, y tal debe ser objetivo fundamental en la Campaña del Enfermo 2007:*
 - A). *Que la Iglesia, toda la Iglesia, ha de ser fiel a su Tradición y, para ello, ha de dar al hospital la atención, las personas y los medios pastorales que requiere su evolución hoy;*
 - B). *lo que está en juego es nada menos que la fidelidad a Jesu-cristo, Buen Samaritano, Terapeuta enfermo y Médico de nuestras almas y nuestros cuerpos;*
 - C). *así como la fidelidad a la Iglesia que, en su Nombre, ha hecho del hospital un instrumento fundamental de encuentro con el mundo sanitario y con las personas enfermas, sus familiares y cuidadores.*
 - 5). *Por último, y como aportación a los objetivos concretos de la Campaña 2007, me atrevo desde aquí a proponer:*
 - A). *Dar a conocer a todos los miembros de nuestras Iglesias locales la historia del hospital y su*

63- Según los últimos datos proporcionados por la Santa Sede la Iglesia Católica tiene 109.363 centros sanitarios en todo el mundo; ... de ellos 5236 son hospitales propiamente dichos (JLB-PSI, p. 29).

64- Cf. CEP-DPS, p. 257-269.

evolución actual, para que siga siendo considerado un lugar fundamental de evangelización.

- B). Revalorizar y poner a punto los Servicios de Asistencia Religiosa Católica, para que puedan cumplir satisfactoriamente los cometidos pastorales que les exige la evolución actual de los hospitales.
- C). Conocer y apreciar más en las diócesis el esfuerzo de los hospitales católicos por responder a los nuevos retos de la asistencia hospitalaria, y entablar con ellos relaciones más estrechas de colaboración pastoral.
- D). En el ámbito de las congregaciones religiosas sanitarias, revisar y renovar el Ideario del Hospital Católico (1981)⁶⁴.

Quiero concluir con una última cita que me conmueve y me da fuerza desde que la tuve por primera vez ante mis ojos.

Se trata de un párrafo sacado del documento fundacional del St. Christopher's Hospice, redactado por su creadora la Dr^a. Cicely Saunders.

Para mí es una muestra clara de la creatividad que el cristianismo es capaz de seguir teniendo en el seno de la evolución histórica de los hospitales. Todo un ejemplo a seguir.

El St. Christopher's Hospice está basado en la fe cristiana en Dios, a través de Cristo. Su objetivo es expresar el amor de Dios a todo el que llega, y de todas las maneras posibles: en la destreza de la enfermería y los cuidados médicos, en el uso de todos los conocimientos científicos para aliviar el sufrimiento y el malestar, en la simpatía y entendimiento personal, con respeto a la dignidad de cada persona como hombre que es, apreciada por Dios y por los hombres. Sin barreras de raza, color, clase, o credo (Cicely Saunders).⁶⁵

F. Siglas y lugares Bibliográficos.

-AB-LGJPI. ANTONIO BORRÁS:

Los grandes jalones de la presencia de la Iglesia en el mundo de los enfermos, en *LH*, n^o 185 (1982), p. 145-148.

-AC-LOAM. ANTONIO CASERA:

L'Ospedale e l'assistenza ai malati nel corso dei secoli, ed. *Salcom*, Varese 1990.

-AN-HCAD. A. NAVARRO:

Los hospitales, concepto, alcance y dimensión, en *VA-LHHA*, p. 1-11.

-CCPA-HCP. CARLOS CENTENO Y PEDRO ARNILLAS:

Historia de los Cuidados Paliativos; referencia y citas en *JCH-CP*.

-CEP-DPS. COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL - DEPARTAMENTO

DE PASTORAL DE LA SALUD: 25 años de Pastoral de la Salud en España, *Edice* 1999.

-CGQ-LAMH. CONSTANTINO GONZÁLEZ QUINTANA:

La asistencia médico-hospitalaria, en Dos siglos de lucha por la vida: XIII-XIV. Una contribución a la historia de la Bioética, *Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca* 1995, p. 224-237.

-CS-GME. CHARLOTTE SCHUBERT:

Grecia y la medicina europea; en *VA-CM*, p. 34-62).

-DC. DOMÉNICO CASERA:

Chiesa e salute. L'azione della Chiesa in favore della salute, *Ed. Ancora, Milano* 1991.

65- Cf. *JCH-CP*, p. 59.

- DGG. DIEGO GRACIA GUILLÉN:
El Cristianismo y la asistencia a los enfermos,
en LH n° 184, 1982, p. 66-75.
- DH. DOLENTIUM HOMINUM,
Revista del Consejo Pontificio para la
Pastoral de la Salud,
Ciudad del Vaticano.
- DJ-LHEM. DIETER JETTER:
Los hospitales en la Edad Media;
en PLE-HUM, t. 3.
- DPS-LARH. DEPARTAMENTO
DE PASTORAL DE LA SALUD:
La asistencia religiosa en el hospital;
Edice, Madrid 1987.
- DRB-PA. DANIEL RUÍZ BUENO:
Padres Apostólicos, *BAC, Madrid 1965.*
- EF-THMS. ELIOT FREIDSON:
ed. 1963. *The Hospital in Modern Society.*
Ed. Free Press, New York 1963.
- FRH-TCMA. FRIEDRUN R. HAU:
Tradicón cristiana y medicina árabe;
en VA-CM, p. 63-120.
- GBR-HMH. GÜNTER B. RISSE:
Historia moderna de los hospitales,
en *Encyclopedia of Bioethics,*
(ed. digital) Washington D. C. 1995.
- GBR-MBSS. G. B. RISSE:
Mending Bodies, Saving Souls.
A History of Hospitals,
Oxford University Press,
New York and London 1999.
- GR-TH. GEORGE ROSEN:
1974. *The Hospital: Historical Sociology*
of a Community Institution.
En su obra:
From Medical Police to Social Medicine:
Essays on the History of Health Care, pp. 274-303.
Science History Publications, New York 1974.
- GZ-EMM. GEORGE ZARNECKI:
El mundo monástico; en J. Evans:
Historia de las civilizaciones 6:
La Baja Edad Media,
Alianza ed., Madrid 1988, p. 51-112.
- GZ-LCT ID.
Los Caballeros Teutónicos,
l.c. p. 97-99.
- IM-LMMC. INGO MÜLLER:
La medicina entre la magia y el conocimiento,
en VA-CM, p. 121-161.
- JAG-YEC. JESÚS ÁLVAREZ GÓMEZ:
“... Y ÉL LOS CURÓ”. Historia e identidad
evangélica de la acción sanitaria de la Iglesia,
Publicaciones Claretianas,
Madrid 1996.
- JB-MCPC. JOHANNA BLEKER:
La medicina como ciencia
y la patología celular,
en VA-CM, p. 284-339.
- JCH-CP. JESÚS CONDE HERRANZ:
Los Cuidados Paliativos: sus raíces, antecedentes
e historia desde la perspectiva cristiana;
en DH, 58, 2005-1, p. 54-63.
- JCH-AIS. JESÚS CONDE HERRANZ:
El Cristianismo Primitivo:
una sanidad comunitaria que surge de la base;
en La aportación de la Iglesia a la Sanidad desde
el Evangelio y su propia Tradición;
LH, n° 223, p.69-77.
- JCH-IPS. JESÚS CONDE HERRANZ:
Introducción a la Pastoral de la Salud,
Ed. San Pablo, Madrid 2004.
- JCH-LPH. JESÚS CONDE HERRANZ:
La Pastoral Hospitalaria,
en JCH-IPS, p. 250-55.
- JCH-PPS. JESÚS CONDE HERRANZ:
La Pastoral y la Pastoral de la Salud, *p. 7-40.*
- JDTGG-HSAH. J. D. THOMPSON AND G.
GOLDIN:
The Hospital: A Social and Architectural History,
Yale Univesity Press, New Haven and London 1975.
- JL-HI. JOSEPH LORTZ:
Historia de la Iglesia,
vol. 1 y 2; ed. digital.
- JLB-PSI. JAVIER LOZANO BARRAGÁN:
Pastoral de la Salud en la Iglesia,
en DH, n.62, año XXI, 2006 n.2. p. 29-34.

-JMLP-ACM. JOSÉ MARÍA LÓPEZ PIÑERO:
Antología de clásicos médicos,
ed. *Triacastela, Madrid 1998.*

-JMLP-MH. JOSÉ MARÍA LÓPEZ PIÑERO:
La Medicina en la Historia.
Ed. *La Esfera de los Libros, Madrid 2002.*

-JMP-HH. J. MARTÍNEZ PÉREZ (EDS):
Historia de los hospitales,
Madrid 1993. (?).

-LGRP-HH. L. GRANSHAW AND
R. PORTER (EDS.):
The hospital in History, Routledge,
London and New York 1989.

-LH. LABOR HOSPITALARIA:
humanización, pastoral y ética de la salud;
Hermanos de San Juan de Dios, Barcelona,
Provincia de San Rafael.

-MAS-LHH. MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ:
Los hospitales a través de la historia,
en *VA-LHHA, p.13-77*).

-MF-TBOC. MICHEL FOUCAULT.
1973. The Birth of the Clinic:
An Archeology of Medical Perception.
Ed. *Pantheon, New York 1973.*

-MG-CM. MANUEL GESTEIRA:
Christus Medicus. Jesús ante el problema del mal;
Revista Española de Teología, vol LI, 1991, cuad.
2-3, p. 254-300.

-MP-OC. MASSIMO PETRINI:
Ospedale catolico,
en *VA-DTPS, p. 800-4.*

-PLE-HM. PEDRO LAÍN ENTRALGO:
Historia de la Medicina,
Ed. *Salvat, Barcelona 1978.*

-PLE-HUM. PEDRO LAÍN ENTRALGO:
Historia universal de la Medicina,
ed. *Masson Multimedia (ed. digital), Barcelona.*

-PLE-LMA. PEDRO LAÍN ENTRALGO:
La Medicina actual,
Ed. *Dossat, Madrid 1981.*

-PLE-LRME. PEDRO LAÍN ENTRALGO:
La relación médico-enfermo. Historia y teoría,
Alianza Universidad Textos, Madrid.

-RGV-HI. RICARDO GARCÍA VILLOSLADA:
Historia de la Iglesia, II, Edad Media (800-1303),
BAC, Madrid MCMLXIII.

-RSB. REGULA SANCTI BENEDICTI
(Regla de San Benito),
www.thelatinlibrary.com/benedict.html.

-SL-OC. SALVINO LEONE:
Ospedale civile,
en *VA-DTPS, p. 804-11.*

-TSM. TIMOTHY S. MILLER:
Hospital,
en *Encyclopedia of Bioethics, (ed. digital)*
Washington D. C. 1995.

-UB-PFMM. URS BOSCHUNG:
Principios físicos y morales de la medicina,
en *VA-CM, p. 201-249.*

-VA-CM. VARIOS AUTORES:
Crónica de la Medicina,
Ed. *Plaza-Janés, Barcelona 1993.*

-VA-DTPS. VARIOS AUTORES:
Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria,
Ed. *Camilliane, Torino 1997.*

-VA-LHHA. VARIOS AUTORES:
Los hospitales a través de la historia y del arte,
Ars Medica, Barcelona 2005.

-WUE-QMMM. WOLFGANG U. ECKART:
La química y la mecánica. modelos médicos,
en *VA-CM, p. 162-200.*

-WW-AT. W. WESTENDORF:
Antiguo Egipto,
en *VA-CM, p. 17s.*

www.archimadrid.es/dpsanitaria
www.artehistoria.com
www.etimo.it
www.geocities.com/milan313/indice.html

Hacia la mejora de la calidad asistencial.

> Mercedes Rodríguez Díez, Pilar García Rodríguez, S. Freile García.
*Dirección de Enfermería. Área de Formación y Calidad de Enfermería.
Complejo Asistencial de León.*

El presente trabajo es el resumen de la ponencia que Mercedes Rodríguez desarrolló en las Jornadas de Madrid sobre calidad asistencial. En ella aborda los métodos para medir la calidad y apunta también a cómo atienden las instituciones sanitarias los valores y creencias de sus pacientes. ▶



Mercedes Rodríguez Díez.

El derecho a la salud está profundamente arraigado como derecho subjetivo entre los españoles.

Si analizamos la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de calidad de la asistencia sanitaria “[...] *asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso*”, podemos separar en ella los componentes multifactoriales de la calidad que analizaba Donabedian.

a). *Componente técnico o calidad intrínseca*: como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza.

b). *Componente interpersonal ó calidad percibida*: el proceso asistencial (interacción paciente-familia-profesionales) orientación al paciente relativos a derecho a la información, derecho a la intimidad, accesibilidad (tiempos de espera), continuidad de niveles asistenciales y participación

c). *Componente correspondiente al entorno*: expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla. La imagen

corporativa de toda la organización sanitaria tiene como componente importante la opinión del propio personal además de la de la población

Las nuevas tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro de la Mejora Continua que pretende identificar oportunidades de mejora utilizando como herramientas fundamentalmente **la medicina basada en la evidencia, la protocolización de procesos y la orientación al paciente**, garantizando la continuidad de los niveles asistenciales, formando la calidad parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles de la organización sanitaria.

Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica, su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta.

También los pacientes aportan una perspectiva individual, al plantear como atributos de la asistencia de calidad la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios.

Healy define la evaluación de la calidad como *“la comparación de una situación previamente determinada como deseable, con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia”*.

El abordaje más sistemático para el análisis de la calidad, se debe a Donabedian, autor que formuló en el trabajo ya señalado la más conocida clasificación de los métodos de análisis de la calidad de la asistencia:

a). Análisis de la calidad de los medios: evaluación de la estructura.

b). Análisis de la calidad de los métodos: evaluación del proceso.

c). Análisis de la calidad de los resultados: evaluación de los resultados.

Para medir la calidad utilizamos:

1. Criterios: aquellas condiciones deseables o indeseables que debe cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria para ser considerada de calidad. Para cada criterio elaboraremos el/los indicador/es correspondiente/es.

La selección de criterios e indicadores debe ser una tarea exenta de improvisación. Son criterios adecuados aquellos que han sido aceptados por los profesionales, que están basados en evidencias científicas, que son realistas y sencillos en su formulación

2. Estándares: Son los niveles de calidad que se desean alcanzar para obtener el grado de calidad establecido. El grado de cumplimentación de un estándar se establece en un índice que denota el valor real obtenido; límite que separa la calidad aceptable de la no calidad. Los establece el grupo de trabajo, según los criterios e indicadores.

3. Indicadores de calidad: Medida cuantitativa que se puede utilizar para medir y valorar la calidad de determinados aspecto de la practica asistencial.

3.1. Indicador centinela: mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable.

3.2. Indicador índice: Mide un suceso de la asistencia que requiere posterior valoración sólo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa en el tiempo, si excede umbrales predeterminados o si evidencia diferencias significativas al compararse con otros servicios y/o instituciones.

Los indicadores se diferencian también por los distintos sucesos que miden: estructura, proceso y resultado.

Con la finalidad de disminuir la variabilidad en la asistencia, que es una fuente muy importante de compromiso de la calidad, se ha extendido el uso de **protocolos, estandarización de cuidados, vías clínicas y gestión de procesos**

- **Los Protocolos**, son herramientas que combinan el rigor metodológico en la búsqueda de la mejor evidencia disponible, con la experiencia profesional de sus autores; sin olvidar las preferencias del cliente/usuario; esta última premisa importantísima en una sociedad en la que la información sobre salud está al alcance del público a través de informes, documentales, coleccionables, etc... y sería un despropósito ignorar el destinatario del modelo.
- **El Proceso de Atención de Enfermería**, que no es más que un protocolo en el que se definen las respuestas de una persona o grupo a una situación, precisando la responsabilidad y actuación de enfermería para cada una de ellas.
- **Plan de Cuidados de Enfermería**, es la contribución específica enfermera en el cuidado de la salud asegurando la calidad y proporcionando criterios para evaluarla
- **Guías de la practica clínica**, **Granados Navarrete (1997)** las define como "conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales, enfermos y/o familiares a seleccionar la mejor alternativa asistencial (evidencia científica), teniendo en cuenta las condiciones clínicas concretas y contextos sanitarios específicos".
- **Vías clínicas**, planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible.
- **La Gestión por Procesos**, herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable. Cuando nos referimos a la gestión por procesos estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos, ello

conlleve el análisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes

Los objetivos de la protocolización son:

- **Disminuir** la variabilidad de la práctica clínica.
- Utilizar **recursos** con eficacia.
- **Mejorar** la efectividad.
- **Adoptar decisiones** con seguridad.
- **Promover** la continuidad asistencial.

Los protocolos explicitan normas de actuación: **Qué** se va a hacer, **Quién** lo va a aplicar, **Qué** actividades se van a llevar a cabo, **Cómo** se va a hacer, **Con qué frecuencia**.

Fases del proceso de protocolización:

- **Planificar**, definir los protocolos de cuidados de los programas que se quieren establecer incluyendo los indicadores y criterios para su evaluación
- **Desarrollar**, editarlos, difundirlos y ponerlos en marcha
- **Evaluar**, diseñar los estudios a realizar y los registros para la recogida de datos. Designar a los responsables y el sistema de proceso, y presentación de los datos
- **Mejorar**, método que se basa en el seguimiento constante y mejora de procesos que afectan a los resultados de los resultados de los pacientes

La investigación de resultados, que se ha extendido espectacularmente en los últimos años, exige una mirada multidisciplinar. Esta nueva/antigua estrategia tiene un objetivo final de incalculable valor: **la mejora continua de la calidad asistencial**.

El desarrollo de un Programa de Mejora de la Calidad en un hospital es un proceso lento que supone, necesariamente, un cambio en la forma de hacer las cosas, se ha de involucrar a todos los profesionales impulsando el espíritu de equipo y

compartiendo metas comunes. Ha de tener como norte la orientación al paciente, y fundamentarse en la consideración de tres pilares esenciales:

- **Calidad Científico-Técnica o Física:** Es la más familiar para los profesionales. Estamos habituados a elaborar protocolos, a monitorizar aspectos esenciales de la práctica clínica o a discutir pormenores de la misma en las Comisiones Clínicas. Su desarrollo exige la elaboración de criterios e indicadores de acuerdo con las recomendaciones ya mencionadas.
- **Calidad Funcional o Interactiva:** Es relativamente común encontrar mención a la satisfacción de los pacientes en el planteamiento de los objetivos asistenciales de los servicios clínicos. La calidad percibida, que en nuestro medio inició su andadura con la práctica de encuestas de opinión a los pacientes ingresados en los hospitales, en la actualidad, se considera más adecuado valorar el diferencial entre las expectativas y las percepciones de los pacientes atendidos, para identificar oportunidades de mejora de la calidad percibida.
- **Calidad Corporativa:** todavía no aparece contemplada la imagen es importante porque tiene un efecto globalizador para los pacientes y es costoso modificar.

Anteriormente he hablado de cómo las nuevas tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro de la Mejora Continua que pretende identificar oportunidades de mejora garantizando la continuidad de los niveles asistenciales, formando la calidad parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles de la organización sanitaria.

Para concluir quería mencionar, aunque sea brevemente, que las instituciones atienden los valores y creencias de sus pacientes, desde el inicio de la asistencia. Disponiendo de un proceso efectivo para atender necesidades relacionadas con sus creencias.

Todo lo que supone la atención de las necesidades espirituales es realizar asistencia integral y

contribuye a dignificar la situación del enfermo. La evaluación de las necesidades espirituales del paciente no es cuestión de un instante.

Se requiere una presencia continuada para hacerse cargo cabal de la situación o momento espiritual de un paciente que de hecho es compleja y cambia con el proceso de la enfermedad.

El Servicio Religioso se integra dentro del equipo de atención sanitaria, trabajando con los distintos profesionales del ámbito hospitalario.

La actitud de quienes forman parte del servicio Religioso es muy importante para realizar su trabajo en armonía, dentro de un equipo, con los pacientes y con las familias.

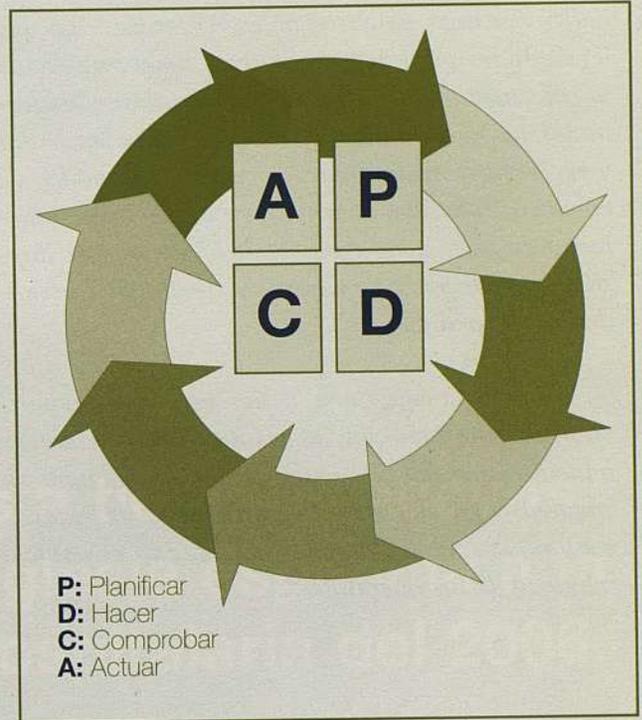
Los miembros del Servicio Religioso al realizar su trabajo con los enfermos han de respetar delicadamente su momento, su descanso, el trabajo de otros profesionales en la habitación, las tareas de limpieza, el silencio u otras compañías presentes. Su presencia en el equipo contribuye a resaltar la importancia de la atención integral del paciente.

Para realizar esta comunicación la búsqueda bibliográfica fue escasa y nada fácil, no sé si por la escasez de los hallazgos, o porque no he buscado en lugar adecuado o lo suficiente sobre el tema de la calidad asistencial de los Servicios Religiosos en los hospitales.

Nos llama la atención que en las encuestas de satisfacción del usuario no se incluyen indicadores sobre la satisfacción de las necesidades espirituales de los mismos.

Sería muy útil elaborar encuestas de satisfacción sobre los Servicios Religiosos para implantar acciones de mejora, si se precisaran.

Para llevar a cabo el Plan de mejora de calidad del proceso de atención del Servicio Religioso dentro del ámbito hospitalario sería conveniente desarrollar los siguientes puntos:



- 1). *Formación de grupos de trabajo integrados* estos por los miembros de los Servicios Religiosos con compromiso de trabajo y designando al responsable de cada grupo.
- 2). *Revisión* de protocolos de actuación existentes y actualizarlos.
- 3). *Elaborar* nuevos protocolos y registros de las actuaciones adaptados al momento actual.
- 4). *Validar* los protocolos y registros una vez actualizados y elaborados.
- 5). *Difundir*, dar a conocer los protocolos a otros Servicios Religiosos y a los demás miembros del equipo sanitario.
- 6). *Implantar* y poner en marcha los protocolos y registros.
- 7). *Evaluación*, estableciendo indicadores, criterios y estándares de calidad de los mismos
- 8). *Establecer acciones de mejora*, dependiendo de los resultados de las evaluaciones.

Mis últimas palabras quieren recoger algo que leí de un hospital de Salamanca: “*En el proceso de la enfermedad, y sobre todo en la enfermedad terminal, las necesidades espirituales como las de dar y recibir amor, de perdonar y ser perdonado, de encontrar sentido al sufrimiento, de tener esperanza en algo o en alguien, de alcanzar paz interior, de perdurar o de dejar una huella, de trascender, de despedirse...*”

...Las personas de fe, y muchas otras, experimentan también la necesidad de fortalecer relación personal con Dios, de prepararse para un encuentro en el cielo, de purificarse, de rezar... y a todo eso ¿quien les guía y les ayuda?: El servicio religioso de los hospitales”.

Bibliografía

1. EL Capellán del equipo de cuidados paliativos. V. Sánchez Marcos y C. Centeno Cortés. DELEGACIÓN DIOCESANA DE PASTORAL DE LA SALUD. *Archidiócesis de Madrid*.
2. JCAHO. Estándares de acreditación de hospitales. Fundación Avedis Donabedian. *Barcelona, 1997*.
3. MIRA, J.J.; LORENZO, S.; RODRIGUEZ-MARÍN, J.; ARANAZ, J. Y SITGES, E. La gestión de la mejora continua de la calidad: aplicaciones al sector sanitario. *Calidad Asistencial, 1.998; 13: (en prensa)*.
4. JCAHO. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial, 1991; 6: 65-74*.
5. Memoria de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete 2005. *Albacete; 2006*.
6. MIRA JJ, LORENZO S, RODRÍGUEZ-MARTÍN J, ARANAZ J, SITGES E
7. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial. 1998;13:92-7*. BARBA R, DELGADO R, HUMERT C, SUÑOL R, VILANOVA F.
8. La participación de los profesionales en la mejora de la calidad. *Rev Calidad Asistencial. 1997;12:48-9*. BENBASSAT J, TARAGIN M.

“Nuevas respuestas a tiempos nuevos” La respuesta de la Iglesia española a la situación hospitalaria del 2006.

> Jesús Martínez Carracedo.

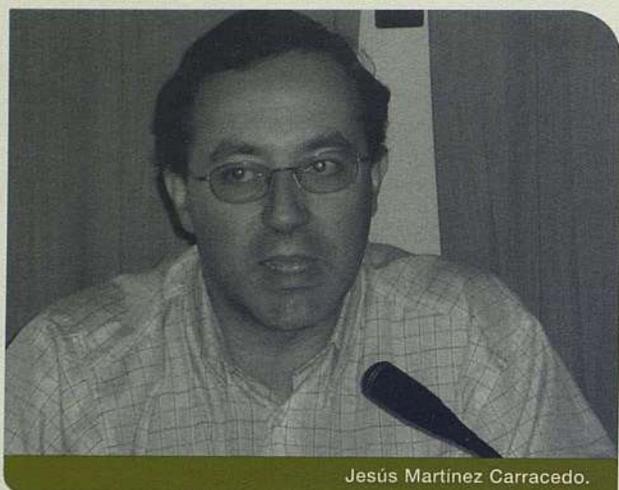
Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud. Diócesis de Tuy-Vigo.

Director. Coordinador del SIPS en Galicia.

Todo ha cambiado desde hace 20 años: la sociedad es diferente a la de hace 20 años y por tanto, el mundo sanitario también. Para el autor, la sanidad es conservadora al igual que la Iglesia y es la sociedad, en constante evolución, la que les empuja a moverse y a dar respuestas.

Es por esto que Jesús Martínez se plantea en primer lugar mostrar las realidades que él considera más han cambiado en estos dos decenios y que están influyendo más en nuestra sanidad actual, así como sus intentos de respuesta y sus tentaciones.

Según el autor, la situación que teníamos ha cambiado, ya no es la de antes, ni los esquemas anteriormente usados sirven todos. Necesitamos READAPTARNOS. ▶



Jesús Martínez Carracedo.

“Nadie hecha vino nuevo en odres viejos, porque el vino reventaría los odres y se perderían odres y vino. Ya sabéis: a vino nuevo, odres nuevos”.
(Mc.2,22)

Veamos la nueva realidad

Aunque en ocasiones se oyen -dentro y fuera de la Iglesia- expresiones del tipo “es que la sanidad lleva un camino...”, “cada día nuestra sanidad está peor, más deshumanizada, menos ética, etc.”, en las que da la sensación que la culpa de los males se busca en la sanidad y sus profesionales, personalmente creo que la óptica de lectura debe ser revisada y más justa: es innegable que el mundo sanitario está inmerso dentro de una cultura y una sociedad diferente a la de hace 20 años, totalmente influenciado por éstas, y sus profesionales son miembros de la misma (con sus ventajas e inconvenientes). Nosotros también formamos parte de ella. Por ello, podríamos afirmar que el mundo sanitario es un fiel reflejo de la sociedad en que vive; lugar donde se encuentran los diversos

proyectos sobre el hombre, su porvenir y felicidad, así como las diferentes concepciones de sociedad¹.

Parto de la convicción de que la sanidad en sí -como institución- es conservadora. Es la sociedad con sus miembros y sus cambios, quien la empuja a dar pasos, respuestas,... en definitiva, a moverse. De igual modo que lo hace con la Iglesia. Que una y otra caminen y respondan adecuadamente a esas exigencias socio-culturales ya depende de otros factores.

Es por esto que me planteo en primer lugar mostrar las realidades que -considero- más han cambiado en estos dos decenios y que están influyendo más en nuestra sanidad actual, así como sus intentos de respuesta y sus tentaciones:

- El mayor problema que se apuntaba hace 20 años² era la crisis de valores de nuestra sociedad. Hoy pienso que el problema de base es el choque entre demanda y recursos: la Gestión. Ésta condiciona tanto a los servicios sanitarios como las decisiones políticas y sociales. La crisis de presupuesto está dibujando una barrera entre usuario y sistema, que llegan a enfrentarse y no servirse. Sin olvidar, tampoco, la crisis de recursos humanos³.
- El principio de **autonomía del paciente** ha sustituido por completo al clásico de beneficencia en todos los órdenes de la vida, hasta hacerlo casi desaparecer. Hoy la responsabilidad total recae sobre el propio paciente y familia (o en su defecto, los servicios sociales) y el médico se ve como un servidor del primero. Pienso que se puede ver reflejado en el siguiente ejemplo: en la Lei de Saúde de Galicia (2000) había un artículo dedicado a los derechos del paciente y otro a sus deberes. El Anteproyecto de Lei nueva que prepara la Xunta de Galicia consta de 9 artículos dedicados a los derechos (art. 5-13), pero solo

1- Cf. BRUSCO, A. – PINTOR, S., Tras las huellas de Cristo médico. Manual de teología pastoral sanitaria, Sal Terrae, Santander 2001, p.80.

2- Cf. CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, Congreso “Iglesia y salud”, EDICE, Madrid 1995, p.99.

3- Cf. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo. 2006, p.1. (en adelante OMS, Informe 2006).

uno (art. 14) dedicado a los deberes. Así como la introducción de una nueva figura, la del Defensor del Paciente (art. 17)⁴.

En positivo, resaltar que esta autonomía ha traído consigo una mayor sensibilidad social acerca de la incidencia de los estilos de vida en la salud personal (alcohol, tabaco, drogas, obesidad,...) y una mayor responsabilidad referente a la propia salud.

- Al mismo tiempo, la identificación salud = bienestar⁵ (OMS- salud es “el estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”) ha llevado a otra lógica identificación: malestar = enfermedad, de forma que gran parte de la **demanda asistencial**, especialmente en primaria, no está en relación con causas orgánicas, sino con otros tipos de problemas psicológicos, sociales, laborales, familiares, espirituales, etc. Y no sólo en éstas, sino también en las propiamente biológicas, hoy se da una demanda constante y exigente que produce en muchas ocasiones el llamado ‘síndrome del usuario’: cuanto más activo es, más demanda; a más servicios, más utilización; y al no controlar su propia demanda, puede llevar al sistema a la crisis⁶. De ahí que sea necesario plantearse límites.

- Además, hoy la **salud** es un **valor absoluto**, es un bien de consumo. Se consume salud, se comercializa. El negocio de la salud supone un tanto por ciento elevado del P.I.B. (8% en España -2005)⁷. El gasto sanitario público resulta desorbitado, con un crecimiento medio anual del 7,08%⁸, se gasta por encima de las posibilidades, convencida la sociedad de que todo lo que se haga por la salud es bueno y ético. En una línea utilitarista,

ella termina por dictaminar lo normal-anormal, lo bueno-malo, lo permitido-prohibido,... la ética entera. Hoy no se permite discutir la máxima “es con ‘fines terapéuticos’”. El fin terapéutico es el valor central de la ética y política sanitarias.

- Frente a esto se encuentra la institución, con sus gestores, que desea responder a la demanda, pero se ve incapaz. Surge la necesidad de poner límites al gasto (‘no todo es posible’). **Austeridad y control del gasto** sanitario y farmacológico se imponen. Se necesita romper el binomio avance necesidad de inversión. Aunque esto sea impopular. Nuestro nivel de satisfacción del 2005 le daba un 6,1 de nota a la calidad sanitaria, con un 75% de personas que consideraban que se necesita hacer cambios importantes o fundamentales, y calificando las listas de espera quirúrgicas como el problema más acuciante⁹.
- Otra circunstancia nueva y problemática de la actualidad sanitaria es el **envejecimiento** de nuestra sociedad española¹⁰. La mayor esperanza de vida y la natalidad oscilante provocan que la pirámide de población se invierta. En el año 1991 los mayores de 65 años eran el 13,8% de la población, hoy es el 16,6%. Y en Galicia hoy está en un preocupante 21,3%, destacándose Lugo que supera el 28% de su población¹¹. Estos datos suponen un incremento significativo del gasto, así como un futuro nada esperanzador. Al mismo tiempo que exige una redistribución y una revisión de las políticas socio-sanitarias, así como de los servicios destinados a esta franja poblacional. La nueva Ley de Dependencia puede ser un marco esperanzador para estas personas.
- **Inmigración**. Hace 20 años nuestro país era un

4- Cf. Anteproyecto de Ley de Saúde de Galicia, en www.sergas.es (14/08/2006).

5- El welfare o wellbeing (la capacidad para tener bienestar).

6- Cf. OMS Informe 2006, p.93

7- Informe del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre el Sistema Nacional de Salud 2005, en www.msc.es (08/08/2006).

8- Algunos datos orientativos son los siguientes: (1990) 16.412,8 millones euros públicos (20.842,0 totales)/ (2000) 32.672,8 – 45.568,8/ (2003) 41.199,7 – 57.698,7 millones euros, en *Ibidem*.

9- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Barómetro sanitario 2005, en *Idem*.

10- Este problema también lo apunta la OMS, Informe 2006, p.7.

11- Cf. Informe Sistema Nacional de Salud, o.c. y Voz de Galicia, p.14 (3/08/2006).

pueblo emigrante. Hoy somos eminentemente in-migrantes: no sólo acogedores de gentes de otros países, sino también de nuestros retornados. Esto provoca que seamos unos 5 millones de personas más que usan los servicios sanitarios, de los cuales la mayoría de retornados no aportan al sistema. También surge la necesidad de conocer la cultura y costumbres de los que llegan, así como sus atenciones o desatenciones de salud (mayor facilidad de transmisión de enfermedades a nivel mundial,...). Se produce un inevitable encuentro de culturas, con sus riquezas, pero también con dificultades y problemas (también para la fe). Interculturalidad e interreligiosidad son los retos. Así como algunos brotes de racismo.

- Otro tema cultural es el de la concepción de **salud asociada a la juventud**, utilidad, ausencia de dolor y de acontecimientos páticos de la existencia, lo que convierte al enfermo y especialmente al que está próximo a la muerte en algo pornográfico (¿dónde lo metemos?¿cómo lo ocultamos?¿qué hacer con el?). El anciano hoy está solo, vive solo y muere solo (en Madrid muere en soledad en su domicilio un anciano cada 5 días). Teniendo en cuenta que la mayoría de los enfermos mueren en el hospital.
- La cultura del **horror ante el sufrimiento**, la enfermedad y la muerte lleva a una preocupación obsesiva, casi patológica, por la salud. La enfermedad ya no es un misterio, sino que se ha convertido en un problema¹². Problema que alguien me tiene que resolver. Ha pasado del terreno del sentido y del valor al de la técnica y desarrollo de medios y fármacos cada vez más poderosos. En el colectivo social ya no existe impotencia ante la enfermedad, sino incompetentes (“¿cómo no va a poder curarme? Pues voy a otro lugar donde sepan más o tengan más medios”).

- Ante esta impotencia surge la realidad presente hoy también del **sentimiento de frustración** tanto del usuario como del profesional. Estos últimos -a su vez- están viviendo una profunda desmotivación profesional en el gremio: son más viejos, tienen que enfrentarse a nuevos roles relacionales, a más exigencias del paciente, a un gran engranaje institucional en el que se pierden, a más trabajo, más deprisa y menos valorado, así como al creciente judicialismo. Y a la vez, aún se percibe en muchos poca formación ética y relacional ante los nuevos problemas, roles y situaciones.

- Los **desequilibrios sociales** siguen siendo patentes también en sanidad. Teniendo en cuenta que nuestro sistema continúa primando claramente (económicamente) a los servicios sanitarios sobre los sociales, a los agudos sobre los crónicos, al curar sobre el cuidar:
 - Crónicos y ancianos pasan rápidamente a otras estructuras (de sanitarias a sociales).
 - Se dedica más dinero y recursos al nivel terciario (hospitalización) que a los primario y secundario.
 - Siguen existiendo diferencias de unas regiones a otras (Autonomías, Estatutos, gestiones, transferencias,...).
 - Menor en el campo que en la ciudad¹³ (costes desplazamientos, alojamiento,...).
 - Nivel cultural (quien sabe moverse: reclama, denuncia,... defensor del paciente... y quien no).

Así como con los países del Tercer y Cuarto Mundo. El poder vergonzoso de las multinacionales farmacéuticas, los blindajes de fronteras, el mirar para otro lado, el abandonarlos a su suerte o parchear necesidades básicas, son nuestro mayor pecado estructural sanitario.

También de la Iglesia.

- Grandes **avances técnico-sanitarios**. Posibilitan la prolongación de la vida, alivian el sufrimiento

12- Cf. G. MARCEL, *Mystery of being*, Reguery, Chicago 1960, p.260, distingue entre problema y misterio. Define el 'problema' como algo que se encuentra delante de mí como un obstáculo y me impide seguir adelante, la solución consiste en eliminarlo; mientras que 'misterio', por el contrario, es algo en lo que estoy implicado personalmente, del cual no me puedo librar si no lo asumo e integro en mi experiencia.

13- Cf. OMS, Informe 2006, p.6.

y mejoran la calidad de las personas. Ofrecen nuevas alternativas y, por encima del mal uso, pues en ocasiones corren el peligro de no respetar la dignidad de la misma persona a la que dicen servir, pueden ser "una forma moderna de transmitir la ternura de Dios"¹⁴.

- El papel fundamental de la **mujer** en el mundo de la salud y su estilo de curar-cuidar¹⁵. La sanidad hoy está más feminizada que nunca (ya no son sólo las enfermeras, hoy las generaciones jóvenes de médicos son aplastante mayoría mujeres, así como en las direcciones hospitalarias). Esta es una de las mayores riquezas que hoy debe aprovechar el mundo sanitario, y vosotras -mujeres- no perder vuestra esencia.

- Sin olvidar el tiempo, dedicación y cariño de tantos/as **profesionales** que luchan contra el burn-out de sus colegas y ambientes¹⁶, así como contra la burocracia que en ocasiones les rodea. Y también su creciente interés por la ética, siendo ésta mayoritariamente desde un carácter meramente laico.

- Creciente valoración y necesidad del **voluntariado** en el campo sanitario y social¹⁷. Así como la solidaridad altruista, desenmarcada de los clásicos cánones religiosos. Hoy al lado del mundo de la Caridad religiosa vive y actúa también este signo de los tiempos que no podemos dejar de lado.

- Y una **Iglesia** más desmotivada que la de hace

14- BRUSCO, A. - PINTOR, V., o.c., p. 89.

15- Tengamos en cuenta todo lo publicado con ocasión de la campaña 1999 "María, salud de los enfermos. La mujer se hizo salud", del Departamento Nacional de Pastoral de la salud.

16- Cf. OMS, Informe 2006, pp. 6-7.

17- Cf. PANGRAZZI, A., Hacer bien el bien. Voluntarios junto al que sufre, PPC, Madrid 2006.

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA

20 años. Si el espíritu, la motivación y la ilusión son signos de salud en la persona, pienso que nuestra Iglesia (institucional y pueblo de Dios) está, en cierta medida, enferma. Enferma de espíritu e ilusión. Creo que en los últimos años hemos perdido fuerza, creatividad e ilusión (el impulso del Concilio, del Congreso y de tantas iniciativas de los que estabais en aquellos años). Hoy necesitamos -pienso- no tanto hacer cosas nuevas, sino recuperar la ilusión en hacer las cosas. El Congreso está aún por llevar a cabo en sus múltiples propuestas, y el Documento La Asistencia Religiosa en el Hospital mantiene la urgencia de ser releído, asimilado y llevado a término en nuestros Servicios Religiosos hospitalarios, y especialmente por nuestros capellanes.

¿Por qué responder?

Fundamentación teológica de nuestra acción.

Porque Cristo nos llama vocacionalmente a la construcción de su Reino aquí y ahora (hic et nunc), y la Iglesia nos dice:

“corresponde a la Iglesia el deber permanente de escrutar a fondo los signos de los tiempos e

interpretarlos a la luz del Evangelio, de forma que, de manera acomodada a cada generación, pueda responder a los perennes interrogantes de los hombres sobre el sentido de la vida (...). Es necesario, por tanto, conocer y comprender el mundo en el que vivimos, sus expectativas, sus aspiraciones y su índole muchas veces dramática”¹⁹.

Habla también del necesario ‘aggiornamento’ de la Iglesia a los hombres y a las culturas de cada época²⁰.

La situación que teníamos (como hemos visto) ha cambiado, ya no es la de antes, ni los esquemas anteriormente usados nos sirven todos. Necesitamos READAPTARNOS²¹. Como la famosa fábula de **Spencer Johnson**, ¿Quién se ha llevado mi queso?²², curioso texto básico para cualquier economista moderno, nos insta a anticipar el futuro, a prepararnos antes de que el nuevo queso se nos imponga, estar siempre preparados a dar el paso antes de que la situación nos lo exija.

Nos lo dice también la OMS cuando apunta como importante estrategia para responder a las crisis actuales “la capacidad para anticiparse al futuro”²³.

Estas Jornadas vienen a ser ese intento de la Iglesia española por responder hoy y aquí a los retos e interrogantes de la sanidad y de la persona enferma.

Tratando de ser breve en la fundamentación de la llamada cristiana a proclamar la Palabra

18- CEE. COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL, La Asistencia Religiosa en el Hospital. Orientaciones Pastorales, EDICE, Madrid 1987.

19- CONCILIO VATICANO II, Constitución Pastoral Gaudium et Spes sobre la Iglesia en el mundo actual, 4 (el subrayado es mío, y en adelante se citará G.S.).

20- cristiana”; Ad Gentes, 12: “como Dios nos amó con amor gratuito, así también los fieles deben preocuparse por el hombre mismo, amándolo con el mismo sentimiento con que Cristo los buscó. Por consiguiente, de la misma manera que Cristo recorría todas las ciudades y aldeas, curando todos los males y enfermedades como signo de la llegada del Reino de Dios, también la Iglesia, por medio de sus hijos, se une a los hombres de cualquier condición, pero sobre todo a los pobres y afligidos, y a ellos se consagra de buen grado. Comparte su gozos y dolores, conoce las aspiraciones y enigmas de la vida y sufre con ellos en las angustias de la muerte. (...) Los fieles deben cooperar prudentemente con las iniciativas promovidas por instituciones públicas o privadas, por gobiernos, por organismos internacionales, por diferentes comunidades cristianas e incluso por religiones no cristianas”).

21- Como curiosidad, la nueva Lei de Sanidade de Galicia define salud como “la capacidad de las personas de adaptarse o de reaccionar tanto a las dificultades como a los cambios o de controlarlos”. Cf. Anteproyecto de Lei de Saúde de Galicia, en www.sergas.es (14/08/2006).

en este campo aludiré a algunos de los criterios fundamentales que nos empujan a actualizar el Evangelio en sanidad²⁴:

- **Criterio teocéntrico:** Él nos amó primero, 'escuchó el grito del pueblo que sufría la esclavitud y lo salvó', y después lo acompañó en su largo camino de salvación y sanación integral; Dios padre invitó a desestabilizarse, a salir, a cruzar el desierto de los miedos y temores para alcanzar una tierra nueva (Éxodo); es el Dios de la misericordia, la ternura y la compasión, capaz de amar a cada persona tal como es, gratuitamente y sin condiciones, el Dios 'Amor', que nos llena de esperanza y de futuro.
- **Criterio pneumatológico:** El Espíritu -como a los primeros discípulos- nos saca de nuestros temores ("*estaban con las puertas cerradas por miedo a los judíos*" Jn. 20,19) y nos empuja a evangelizar con su fuerza y esperanza, ("*todos quedaron llenos del Espíritu santo y se pusieron a anunciar la palabra de Dios con gran valentía*" Lc. 24,36-40.49; Hch. 2,1-4), aún allí donde nosotros no nos atrevemos. Porque los frutos del Espíritu son: "*amor, alegría, paz, bondad, fe, mansedumbre, esperanza y dominio de sí*" (Gal. 5,22-23). No podemos menos que dejarnos llenar de ellos.
- **Criterio cristocéntrico:** Sólo desde la encarnación nace la preocupación urgente del hombre por su hermano/a. Dios ya no se muestra como el todopoderoso, sino como el que se inclina ante sus hijos, los toma de la mano y los levanta plenamente (íntegramente). La obra salvífica de Jesús, su praxis evangelizadora, su hacer presente el Dios amor, debe ser nuestra referencia

constante en la praxis de la pastoral de la salud. Anuncia el Reino con los constantes signos de atención a los enfermos, de salud integral, de acogida a los más necesitados, de lucha contra el mal y la enfermedad, como maestro constructor de una comunidad viva y esperanzada, como Señor de la vida, Resucitado. Dios Hijo nos lanza a una constante conversión, y a evangelizar el mundo nuevo con nuevas actitudes y formas "*a vino nuevo, odres nuevos*" (Mc. 2,22). Él es nuestro espejo en el que ver si reflejamos su figura o no.

- **Criterio eclesiológico:** Podemos decir que en la Iglesia se hace históricamente visible y real la salvación de la humanidad querida por Dios, su solicitud amorosa con cada persona. Ella es 'sacramento de Cristo'; por ello, nosotros estamos llamados -a través de ella- a ser comunidades totalmente solidarias con cada hombre y mujer de esta tierra, especialmente en la fragilidad y la necesidad. La Iglesia recoge este testigo y, siendo fiel al Dios Trino, no puede más que evangelizar cambiando, adaptándose a las nuevas situaciones, "aggiornándose".
- **Criterio antropológico:** Más allá de toda visión idealista o abstracta, la pastoral tiene que estar siempre 'atenta' a la persona concreta, la que vive, ríe, llora, sufre, goza,... Pues "*en el rostro de cualquier hombre -sobre todo cuando los sufrimientos y las lágrimas lo hacen más transparente- hemos de reconocer el rostro de Cristo. (...) De tal manera que podríamos incluso llegar al siguiente enunciado: hay que conocer al hombre para poder conocer a Dios*"²⁵.

Y no sólo a la persona del enfermo sino también a la del agente de pastoral. Lo afirmaba magnífica-

22- JOHNSON, S., ¿Quién se ha llevado mi queso?. Cómo adaptarnos a un mundo en constante cambio, Ed. Urano, Barcelona 2000, p.82 nos dice a modo de resumen: El cambio siempre ocurre (el queso viejo siempre se acaba); anticipate al cambio (preparate para cuando se acaba y tengas que buscar otro); controla el cambio (olfatea el queso con frecuencia para saber cuando se vuelve rancio); adáptate al cambio con rapidez (cuanto más rápidamente te olvides del queso viejo, antes podrás disfrutar del queso nuevo); Cambial (muévete con el queso); ¡Disfruta del cambio! (saborea la aventura y disfruta los primeros bocados del nuevo queso); y preparate para cambiar de nuevo otra vez y para disfrutarlo cada vez (el queso nuevo también se acabará, no lo olvides).

23- Cf. OMS, Informe 2006, p.8

24- Cf. El capítulo 5º de BRUSCO, A. - PINTOR, S., Tras las huellas..., pp.93-109.

mente Pablo VI: *“es cierto, los sacerdotes no están inmunizados de las repercusiones de la crisis de transformación que sacude hoy al mundo. Como todos sus hermanos en la fe, experimentan también horas de oscuridad en el camino hacia Dios (...)*

El sacerdote no es un ser solitario, es miembro de un cuerpo organizado: la Iglesia universal, la diócesis y su parroquia (comunidad). Es la Iglesia toda la que debe adaptarse a las nuevas necesidades del mundo (...) Hermanos e hijos carísimos ¡tened confianza en la Iglesia! ¡amadla mucho! (...) Amadla también con sus límites y defectos (...) pues es la misma hoy como ayer, como lo será mañana, y que encuentra siempre, guiada por el Espíritu y por la colaboración de todos sus hijos, la fuerza para renovarse, rejuvenecerse y dar una respuesta nueva a las nuevas necesidades”²⁶.

- **Criterio histórico-salvífico:** La historia es el terreno concreto en el que Dios se hace presente y se encuentra con los hombres para proponerle su plan de salvación. Ella es también el terreno donde la comunidad cristiana está llamada a vivir la fe en el Resucitado, anunciando su Reino. Es por ello, que *“el pueblo cristiano, movido por la fe, procura discernir en los acontecimientos, exigencias y deseos, de los que participa juntamente con sus contemporáneos, los signos verdaderos de la presencia o de los planes de Dios”²⁷.*

Aunque esto resulte difícil dada la ambivalencia de los mismos: se entremezclan los valores y los disvalores. Pero se trata de una Iglesia “en el mundo” de la salud, como sal y levadura, como signo e instrumento de salud-salvación, capaz de discernir, de dar testimonio, de acoger preguntas y desafíos así como dar respuestas inmediatas o a largo plazo al mundo de la sanidad.

- **Criterio escatológico:** vivimos entre el ‘ya’, pero ‘todavía no’; nuestra praxis alcanza objetivos, pero tiene que estar siempre abierta a nuevas conquistas; marcada por la esperanza y el futuro, hacia el Omega, el Cristo resucitado y glorificado. El compromiso cristiano está marcado por la trascendencia del Reino que nos impide entretenernos en los objetivos alcanzados y nos estimula a una continua reforma y a una incesante renovación creativa. *“Más aún, exige una serena indiferencia ante lo ya alcanzado, combinada con un serio compromiso con lo que aún queda por alcanzar”²⁸.* Este criterio, a veces, da la impresión que lo tenemos algo olvidado, al ver lo que nos cuesta ser creativos.

¿Qué hacer? Algunas propuestas de cambio y prioridad para nuestra Iglesia, es decir, nosotros.

Antes de cualquier propuesta quisiera haceros una confidencia que para mí es previa: ¡Estoy enamorado! Sí, de veras, estoy profundamente enamorado. Del Dios Amor y de su Esperanza transmitida por las venas de la Iglesia. ¿Cuántos de los presentes estáis o habéis estado enamorados?

Me agrada, porque entonces ya no tengo que esforzarme en transmitirlos la fuerza que uno siente en ese estado: la vida, la esperanza, la ilusión (aún en la desesperanza que te pueda circundar).

25- PABLO VI, Discurso de clausura del concilio Vaticano II (7 de diciembre de 1965), en MARTÍN DESCALZO, J.L., El concilio de Juan y Pablo, BAC, Madrid 1967, pp.902-903.

26- PABLO VI, Mensaje a los sacerdotes al finalizar el año de la fe, Vaticano (30-junio-1968).

27- G.S., 11.

28- BRUSCO, A. - PINTOR, S., Tras las huellas... o.c., p.108.

Enamorado eres capaz de hacer posible lo imposible, trabajar desde el corazón cuando la cabeza te dice que no. Estar enamorado es la sensación más bonita e intensa que cualquier persona puede gozar.

Es más, estoy convencido que fue esta experiencia la vivida por los Apóstoles en Pentecostés. El Espíritu tiene estas cosas.

Por eso, porque vivo día a día esta experiencia, siento pena cuando veo a mi lado hermanos, excelentes hermanos y hermanas, que han perdido este Espíritu, que no saborean las mieles del vivir confiado.

Veo hermanos más preocupados por la seguridad de vida, por el sueldo y el puesto, por su futuro que por el futuro de la Iglesia y de la construcción del Reino; han perdido el Enamoramiento primero, y cuando uno pierde la fuerza de la pasión comienzan las infidelidades, las mentiras, los abandonos, la resignación, el dejarse ir, el cobrar a fin de mes, y la única esperanza es que pasen los días y que la situación rompa por sí misma.

A algunos de mis capellanes (menos a los laicos/as) les falta Espíritu, mística, vida, pasión. El resto es consecuencia de ello. Pues, los que tienen Espíritu les acompañan signos como éstos: se entregan siempre, están al lado de quien no tiene a nadie, se forman día a día, trabajan codo con codo con los demás profesionales, sirven gratuitamente, sacan fuerzas de donde no las hay, y son siempre personas Alegres, ilusionadas, esperanzadas²⁹; se les acercan enfermos y los curan, muchas veces con su sola presencia, una sonrisa, una caricia o la paz que irradian.

¡Espíritu Santo, ven! Inflama el corazón de todos mis capellanes y de la Iglesia, pues sin ti esta

conferencia no servirá para nada; todas las propuestas serán vacías. Espíritu Santo, ven. Ven a la Iglesia española, da nuevo impulso e ilusión a obispos, sacerdotes, diáconos, diaconisas y seguidores tuyos allí donde estemos.

Pues contigo ya no serían necesarias las siguientes propuestas...

Actitud de toda la Iglesia:

ilusión (para construir el Reino)

Capacidad de **adaptación** (a cada nueva situación o realidad)

Y "‘mirada limpia’ que conduce a la empatía compasiva"³⁰. Esto es, no estar sólo con ojos alerta para criticar, y si para felicitar. Que nuestro lenguaje esté teñido de alegría y positividad; no triste y negativo.

Diócesis/ SIPS:

Presencia:

- **Institucional** (gestión de centros propios): es necesario revisar, modificar, cerrar o abrir nuevos. Así como llevar una gestión que sea modelo evangélico de austeridad y control del gasto, de humanización, de actitudes éticas, de salud integral. Y donde no sea así será mejor cerrarlos, teniendo en cuenta lo que ya apuntaba el Congreso "Iglesia y Salud": "quizás está ya menos justificado el mantenimiento de centros propios, pareciendo claro que la presencia más importante de la Iglesia ha de ser humana o de humanización"³¹.
- **Ministerial** (Servicio de Asistencia Religiosa): Necesitaremos revisar la vocación de los ministros -ordenados y no ordenados- que llevan a cabo esta labor. Al mismo tiempo, aunque no queramos asumir un diaconado ministerial de la mujer, es indudable que existe un diaconado real. Éste debe ser reconocido, valorado y estimulado también

29- A "la importancia de la alegría en el ministerio" aludía el Papa Benedicto XVI en una reciente entrevista a cadenas televisivas alemanas recogido por Rev. Ecclesia año 66, nº.3324-25 (2006), p.24; Cf. también LUTHE,H.-HICKEY, M., Dios nos quiere alegres, Narcea, Madrid 2006.

30- VIDAL, M., La ética como "signo de esperanza". La bondad del corazón de la gente sencilla, en "Concilium" (1999) 283, p.838.

31- Congreso "Iglesia y Salud", o.c., p.93.

desde la institución, no como un riesgo sino como un tesoro, en nuestros Servicios religiosos hospitalarios.

- **Profesional** (profesionales cristianos y PROSAC): revisar, estimular, agradecer, compartir,... la experiencia de vocación y de eclesialidad en el mundo sanitario. Preguntarnos por qué tantos sanitarios cristianos no viven su vocación cristiana de modo explícito en su trabajo. Pero también respetando el ritmo y el grado de compromiso de cada cristiano/a: no se les puede pedir a todos que sean "prosac".
- **Eclesial básica** (diócesis y parroquias): Sensibilizar a nuestras comunidades de su compromiso con los hermanos enfermos, con la cultura y actitudes saludables, con la vivencia de una fe como fuente de salud. Y que la comunidad se haga presente a los enfermos allí donde estén, así como estímulo para los que sirven profesionalmente a los mismos.

Para ayudar a toda esta presencia se necesita de ella:

- Un esfuerzo extra en formación integral en Pastoral de la Salud.
- El desarrollo de instituciones docentes sólidas para: formación inicial y permanente en Pastoral de la salud, posibilidad de formación a distancia, y entrega de titulación que sirva -como es el caso de los profesores de religión- como titulación para ejercer en hospitales.
- Revitalizar la capacidad de distribución (situar a los agentes con las capacidades adecuadas, en el lugar correcto y en el momento oportuno, y saber retirarlo/a cuando sea necesario). Gestionar bien la pérdida de efectivos: marcha a otros campos pastorales o por causas naturales, salud y seguridad, y jubilación.
- Acompañamiento en el desempeño del servicio con:
 - Supervisión: que brinde apoyo, pero sea a la vez firme e imparcial. Claridad de tareas a desarrollar.
 - Compensación afectiva y efectiva: remuneración aceptable y puntual, incentivos.
 - Sistemas de apoyo básicos bien cubiertos (instalaciones y medios adecuados).

- Formación continua e implicación en la marcha del servicio

Comunidades:

- Fomentar el papel activo de los laicos en este campo evangelizador.
- Sensibilizar a la comunidad y a la sociedad en: austeridad en el gasto, demanda realista, solidaridad, donación (órganos, sangre, tiempo, ayuda, saber,...), acompañamiento, gratitud por la labor, ética, humanización... Así como una educación preventiva: vida sana, hábitos saludables, utilización racional de los servicios,...
- Buscar responder con propuestas concretas y reales a tres temas hoy importantes en nuestras parroquias: la creciente ambulatorización con su correspondiente presencia de enfermos en sus domicilios o en centros sociosanitarios, la mayor presencia de ancianos, muchas veces solos, y la **inmigración**. La ambulatorización supone la necesidad de mayor soporte familiar, pero que -en unas familias cada día con menos miembros- se necesita más que nunca la ayuda de la comunidad, el soporte comunitario; y una gran comunicación y colaboración con los servicios sociales del territorio.

Y buscar recursos, en el voluntariado, que palién esa sobrecarga asistencial-emocional del familiar. Asegurar descanso o tiempo para realizar compras o recados al cuidador principal.

- Pensar también en el soporte que pueden ejercer, a nivel afectivo y de control de estado, los mismos ancianos vecinos suyos con mejores condiciones de salud (por ejemplo, con paseo-visita y saludo a cada uno o toque de timbre-portero).
- Atención especial al voluntariado y a los agentes de pastoral (valorando y dando responsabilidades también a las mujeres, pues ¿cuántos varones tenéis en vuestros grupos de pastoral de la salud parroquial?).

Hospitales/ SARHs:

Tendrán/emos que prepararnos para los posibles

cambios venideros: cambiará -con bastante probabilidad- el rol jurídico y la forma de prestar servicio en los Sarhs: financiación, calidad, interconfesionalidad, atención personalizada, compartir espacios,...

- **Gestión:** Debemos empezar ya a utilizar las líneas de acción que están usando en el entorno hospitalario. Es necesario entrar en un modelo más organizado, práctico y eficaz, en la línea del reciente "Plan de Calidad Total del INSALUD", plan que -adaptado a nuestro servicio- también puede ser válido y con el que nos será más fácil entrar de lleno en la forma de trabajar sanitaria. Éste marca unos objetivos que podríamos concretar para el SARHS en:

- Implantar el ciclo de mejora continua de la calidad, como método de trabajo en el servicio.
- Elaborar un plan de formación y acción específico en el que se concrete la cultura sanitaria que queremos transmitir, y el método de mejora continua, de calidad y de eficiencia. Puede ser expresado a través del plan pastoral del servicio, el cual debe ser elaborado anualmente y presentado a la gerencia hospitalaria.
- Gestionar las actividades basándose siempre en la calidad.
- Formar equipo de mejora continua que:
 - Analicen el proceso asistencial.
 - Localice problemas.
 - Priorice y aporte soluciones posibles.
 - Mejore la comunicación interna y con otros servicios, así como la participación en él de otras personas.
 - Adjudique responsabilidades y claridad en las mismas.
- Evalúe los resultados.
- Autoevaluación:
 - Sistemática, periódica y planificada. Puede ser expresada en la memoria anual del servicio.
 - Centrada en las áreas clave.
 - Eficaz.
 - Que documente la evolución de los indicadores en el tiempo.
 - Que participe y lo conozca todo el servicio.
- Buscar una buena comunicación a los usuarios y una excelente atención personalizada (trato directo, confidencialidad, confort, ayuda a la continuidad pastoral comunicándose con su

parroquia,...). Elaborar un pequeño instrumento de información al usuario: del servicio y sus funciones y alcance.

- Conocer la opinión de los usuarios y su nivel de satisfacción. Se puede elaborar una pequeña encuesta que nos aporte esta visión y nos ayude a concretar los objetivos de siguiente año.

Elaborar un presupuesto y una memoria con estado de cuentas anual. El servicio religioso que trabaje con profesionalidad y calidad nunca tendrá problemas en el hospital, es más, gozará de una autoridad que no le dará ningún título o privilegio. Este es nuestro reto: ganarnos la autoridad y el lugar en el hospital desde nuestro buen hacer y estar.

- **Autonomía del paciente/ demanda asistencial:** Hoy más que nunca debemos acercarnos al enfermo respetando su plena autonomía (incluso de que no quiera que nos acerquemos). En una sociedad secularizada, multicultural y multirreligiosa nuestra propuesta de acompañamiento es una entre muchas, para nosotros "la" que nos da vida, pero hablamos de 'su' propuesta que no tiene porque coincidir con la nuestra. Es más, incluso con el creyente, a veces la conocida como "intervención centrada en el cliente" (K. Rogers y R. Carkuf), entendida como la base para el pleno respeto a su autonomía, nosotros la situamos en el exterior: en el Reino, en la salvación de la persona, en el acceso a los sacramentos,... (con buena intención, como hacía la medicina con la beneficencia), sin darnos cuenta que el respeto y acompañamiento al proceso del enfermo es ya construcción del Reino y pedagogía de salvación. Con plena autonomía ante la recepción de los sacramentos³².

Es necesario también educar para vivir la dependencia, los momentos de sufrimiento vitales, la asunción de los límites, lo inevitable,... aprovechando los medios y lugares que tengamos oportunidad: conferencias, cursos, charlas, homilias, catequesis infantil y adulta, publicaciones,...

Y al mismo tiempo transmitir la idea de que

-en este contexto- el cristiano tiene también autonomía y derecho a que se respete su petición de asistencia religiosa.

- **Austeridad y control del gasto:** Vivir desde la austeridad personal, del servicio e institucional. Elaborar también un presupuesto anual del servicio, desde la clave de esta austeridad y formar al personal y usuarios -hasta donde podamos llegar- en esta línea.

Educar en la solidaridad.

- **Educación en salud y afrontar el sufrimiento:** Aunque se puede planificar una formación específica en esta materia en los planes de catequesis, educación en la fe, escuelas de enfermería, seminarios y otros, pienso que se trata del tema que más juego da en la praxis diaria con el enfermo, pues está en el momento fundante de las preguntas por el sentido y la forma de afrontarlo; junto a él se sitúa la familia con sus preguntas semejantes y el entorno hospitalario ¿Cuántas veces habéis hablado de este tema con los compañeros profesionales? Yo muchas, y es una ocasión de oro para ayudarles y evangelizar desde el sentido y el sentido cristiano. Esto supone no escaparle a las preguntas ni huir de los momentos clave de interrogación. Cosa no fácil. Tenemos material suficiente para profundizar en ello en la Campaña de 1995³³. Y también PROSAC está preparando un seminario sobre el tema.

Más aún cuando las preguntas se refieran al momento del morir y su proceso³⁴.

- **Ancianidad:** Debemos alegrarnos por la tan esperada Ley de Dependencia, pues ayudará mucho al aspecto social de la atención a los mayores dependientes. Pero ello no nos libera del compromiso eclesial con los mismos: queda de nuestra parte la atención humana, la revisión de si esas medidas sociales le son suficientes, de toda la atención espiritual y religiosa, del apoyo al familiar, así como de los problemas éticos que puedan surgir en torno a él/ella³⁵.

Es más, esa es una medida social para el domicilio, pero queda en la cartera la situación del anciano enfermo que se encuentre hospitalizado: su atención, su soledad en muchos casos, su vivencia de la fe, de las preguntas existenciales, de la pregunta por la muerte y cómo quiere afrontarla o dónde (y si respetamos su autonomía también en este tema).

- **Inmigración:** La atención humana es el primer paso en acercamiento a estos hermanos; un acercamiento que implica un respeto del que ya hablábamos anteriormente, pero ampliado a su cultura, costumbres y espiritualidad. Algo que nos exige un mayor conocimiento de los mismos, así como una actitud de abierto diálogo intercultural e interreligioso; el acercarle a aquellas personas que les puedan ayudar (hoy en todo hospital público español tienen el contacto de una persona de cada religión por si la necesitan); así como facilitarles al máximo la agradable estancia hospitalaria y la integración en nuestra cultura, sociedad y costumbres. Y crear servicios que sean respuesta a esta función.

32- Recordar el texto de La Asistencia Religiosa en el Hospital (A.R.H., nº 69): "La celebración sacramental ha de constituir, habitualmente, la culminación de una relación significativa con el enfermo y el resultado de un proceso de fe realizado por éste. Los sacramentos, signos que atestiguan el amor de Dios al enfermo, no deben ser ritos aislados sino gestos situados en el corazón de una presencia fraternal, que los que rodean al enfermo han de expresar de múltiples maneras: lucha contra la enfermedad, cariño, escucha y atención a las necesidades del enfermo, amistad y servicio...

Esta presencia fraternal junto al enfermo del agente de pastoral y de todo cristiano tiene un valor casi sacramental desde la perspectiva de una Iglesia sacramento de salvación para el mundo".

33- Conferencia Episcopal Española. Departamento de Pastoral de la salud, El sufrimiento en la enfermedad. Tu amor alivia el dolor, 1995. (en adelante: CEE, Pastoral Salud).

34- Ver CEE, Pastoral Salud, Por un morir humano, Campaña 1993.

35- Nos dará muchas pistas el material de la Campaña 1997. CEE, Pastoral Salud, El anciano enfermo. Atiéndele con cariño. 1997.

Así como fomentar la fraternidad como valor de acogida y respeto, sobre todo ante el peligro de racismo o insolidaridad.

- **Desequilibrios sociales:** En este campo el equipo del SARH debe trabajar codo con codo con el Servicio de trabajadoras sociales. Esta colaboración eficaz estoy convencido que es el mejor servicio que podemos ofrecer al enfermo, y mi experiencia me dice que es muy fácil, enriquecedor y resolutivo. Y, además, se convierte en ejemplo testimonial ante la comunidad hospitalaria de que es posible trabajar juntos, que se pueden hacer proyectos desde la clave de la calidad y de la eficiencia al servicio sólo del enfermo y sus necesidades. Y sirve para que descubran más fácilmente que tenemos un lugar 'profesional' dentro de la estructura hospitalaria.

Realizar también un servicio de denuncia de las injusticias y construcción de bases solidarias, por los medios que tengamos a nuestro alcance.

- **Avances técnico-sanitarios:** Tener 'mirada limpia' ante los avances, ya decíamos que es necesario valorarlos desde lo positivo, aún siendo justos con los peligros, pero nunca juzgar antes de conocer; eso nos resta credibilidad y autoridad.

Por eso, es una urgencia estar al día, formarse e informarse con gran interés para no quedarse desligados del rápido y cambiante desarrollo tecnológico, de investigación y nuevos descubrimientos. Tampoco de la reflexión ética. Ésta se convierte hoy, no tanto en un problema, sino en una gran oportunidad: nunca nos han escuchado tanto sobre estos temas como en este momento histórico. El interés de la gente es la oportunidad dorada, lo que provoca que no la desperdiciemos; al contrario, nos volquemos en la labor ayudando-

nos de todo lo que tenemos a nuestro alcance: compañeros profesionales, manuales, diarios (Diario Médico, Gaceta Médica,...), Internet,...

Esto nos exige estar presente en los comités de ética hospitalarios, regionales o nacionales, así como allí donde se nos pida nuestra presencia y contribución. Entre estos lugares será prioritario un esfuerzo extra por estar presente en el equipo terapéutico de los servicios de Cuidados Paliativos.

- **Papel fundamental de la mujer:** Debemos trabajar unidos aprovechando la inmensa riqueza de los dones compartidos, asumiendo también los roles y responsabilidades que se nos pidan, especialmente las mujeres no tengáis miedo a lanzaros, siendo conscientes de que en nuestra Iglesia seguís esperando, "lo mismo que en la sociedad civil, quizás menos homenajes florales y más consideración, menos signos de deferencia y mayor responsabilidad dentro de los organismos eclesiales"³⁶. Por eso veo la necesidad de incorporar la presencia de la mujer en todos los servicios religiosos hospitalarios. Habrá distintas formas de presencia y de acción, pero su papel no puede estar ausente³⁷.

- **Excelencia profesional³⁸ / Sentimiento de frustración:** Es preciso, en las oportunidades que podamos, agradecer, gratificar y premiar a los buenos profesionales. No tener miedo a hacer público (es también una forma de evangelizar) el ejemplo de tantos excelentes profesionales, sean o no cristianos. Arrojar humana y espiritualmente a todos y agradecer también el servicio de tantos PROSAC, que con sudor y valentía, también con gozos, dan testimonio de su fe (explícita e implícitamente). Crear grupos de reflexión, oración o acción donde tengan la oportunidad de compartir lo gozoso y lo doloroso de su vocación, y ponerlo

36- BRUSCO, A.- PINTOR, S., o.c., p.142. y Cf. JUAN PABLO II, *Christifidelis Laici*, nº52.

37- Tengamos en cuenta todo lo publicado con ocasión de la campaña de la CEE, Pastoral Salud "María, salud de los enfermos. La mujer se hizo salud", 1999.

38- Recordad y repasad todo el material de la Campaña del 2005. CEE, Pastoral Salud, Los profesionales de la salud: Los necesitamos, nos necesitan. 2005.

al servicio del enfermo, reforzándose con el espíritu del grupo y del Dios Trino. Lo escuchábamos el domingo: el justo, con su vida, evoca y provoca. Su estilo de vida -en ocasiones a contracorriente- es testimonio y provocación (pro-vocación = vocación hacia).

Gracias a los que estáis aquí presentes y transmitidse las a los que no están. El Evangelio que vosotros/as lleváis en vuestras manos y voz es -en muchas ocasiones- el único que escuchan tantos hermanos nuestros a los que la Iglesia institución no llegamos. Gracias.

- **Voluntariado:** Y ¿qué decir del voluntariado? Daros las gracias también, y pediros que aprovechemos esa gran cantidad y calidad de servicio desinteresado para hacer más humanos nuestros centros hospitalarios, nuestras comunidades parroquiales y nuestra sociedad.

En el hospital intentemos crear grupos que sean eficaces en el servicio, que lleguen a los que realmente lo necesiten, donde se purifiquen las motivaciones, donde se fortalezca el compromiso y donde se compartan alegrías y tristezas, pero también ilusiones, proyectos y esperanzas³⁹.

Como apunta Pangrazzi⁴⁰, existen cuatro verbos que definen la presencia y acción del voluntario: qué puedo hacer, qué puedo comunicar, qué puedo ser para el y qué puedo aprender de él? Desde éstos tendremos que ser creativos para hacer, pero también para estar. No siempre el hacer es lo importante al lado del enfermo, aunque esto nos elimine la ansiedad de la impotencia.

- **Desmotivación eclesial:** Nuestra Iglesia, institución y pueblo, estamos en horas bajas de ilusión, esperanza y proyectos. A veces da la impresión de estar con miedo o a la defensiva.

Y en la situación social actual pienso que es urgente y necesario lanzarse a lo contrario, a la esperanza, la valentía, la ilusión del Espíritu.

Y existe otro tema importante, pues ante la crisis de identidad y misión algunos sacerdotes y agentes de pastoral se reconvierten en meros agentes socio-sanitarios, porque el papel de agente de ayuda social tapa su sentimiento de vacío vocacional o impotencia-incapacidad para la ayuda pastoral eficiente, de ahí que sea necesario y urgente preparar y acompañar a los mismos a vivir los fracasos en la acción, a respetar la libertad del otro, a llenarse de Espíritu, a disfrutar del tiempo libre y del ocio, a compartir vida y fracasos con su comunidad.

Yo invitaría a todos, sacerdotes, religiosos y laicos, a seguir estas pautas cuando se vean sin fuerzas y necesiten beber de la verdadera Fuente: Cristo. Primero, **EVANGELIO**. Después, descanso-vacaciones. Aprovechar saludablemente nuestro ocio. Compartir experiencia y dificultades con los hermanos (compañeros). Vivir fraternalmente la comunidad del hospital. Saber aceptar nuestros miedos y sentimientos, no somos salvadores. Somos simplemente **testigos de una persona**. Y dar sentido a nuestro servicio viviendo desde la esperanza vital.

39- Cf. Los materiales de la Campaña de la CEE, Pastoral Salud, Voluntariado y Pastoral de la Salud. Gratis has recibido, da gratis. 1998.

40- Cf. El sugerente y práctico libro de PANGRAZZI, A., Hacer bien el bien. Voluntarios junto al que sufre, PPC, Madrid 2006, pp. 99-116.

La parroquia y la asistencia religiosa en el mundo de la salud y de la enfermedad.

> José Sarrió Alarcón.

Coordinador de la Comisión de Pastoral de la Salud en la Parroquia.

Partimos de una sociedad en cambio profundo, desde una transformación político-social, avance económico, pluralismo ideológico y religioso y desde un mundo sacral al secular.

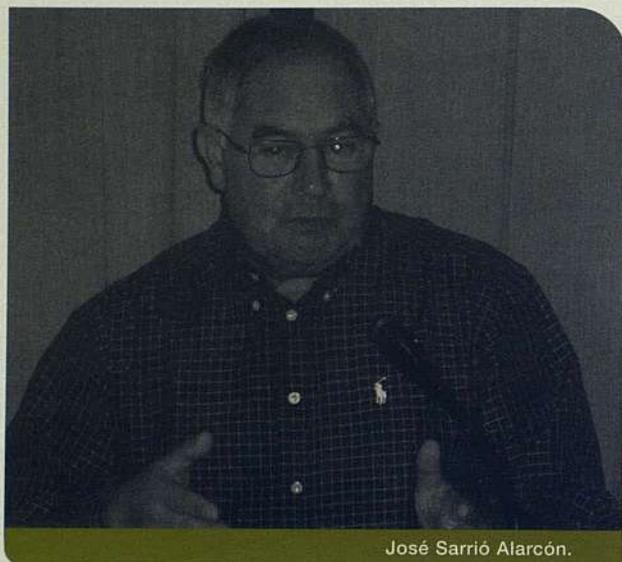
Aparece una nueva cultura con nueva organización familiar, medios de comunicación en avance tecnológico y una aportación positiva para el mundo de la salud y la enfermedad.

También han cambiado los indicadores generales del estado de salud de la población, que aunque la mayoría está satisfecha de su atención peculiar, detectamos sectores más olvidados, con mala calidad asistencial.

En dichos sectores encontramos en sus domicilios y en barrios periféricos a un gran número de enfermos con deterioro físico y mental con los cambios fisiológicos y emocionales que no cambian en el ámbito familiar y social. Que no tiene acceso al nivel de vida de una sociedad de bienestar con patologías crónicas como son las cardiovasculares, las reumáticas, las respiratorias, problemas de vista y oído, incapacidad funcional y una gran incapacidad mental.

Existen en nuestra nación casi dos millones de ancianos inválidos y casi dos millones de ancianos con trastornos mentales o demenciales, enfermos de SIDA, enfermos en Cuidados Paliativos y todos estos en sus domicilios.

Estos y otros, juntamente con sus familias, son los destinatarios de la Nueva Evangelización en el mundo de la salud y de la enfermedad por parte de la Parroquia y toda comunidad cristiana. ▶



José Sarrió Alarcón.

*“...y llamando a sus doce discípulos
les dio poder sobre
los espíritus inmundos para
expulsarlos, y para sanar
toda enfermedad y toda dolencia...
id proclamando que
el reino de los cielos está cerca.
Sanad enfermos,
resucitad muertos, limpiad leprosos.
Gratis lo recibisteis dadlo gratis”
(Mt. 10, 1,7-8)*

La Parroquia en el mundo de la salud y la enfermedad

El signo visible de la presencia y anuncio del Reino, por parte de Jesús de Nazaret, es la curación y sanación de todos los hombres y mujeres marcados por la enfermedad y toda dolencia (Mt. 11, 2-5) dándoles la salud integral.

Toda comunidad parroquial ha recibido de Cristo esta tarea evangelizadora y sanadora. Si a la misión evangelizadora de la parroquia le falta la presencia samaritana, le falta algo esencial para llevar a cabo la tarea de Cristo.

La curación y sanación remiten siempre a la comu-

nidad, o lo que podríamos decir, que no hay curación sin comunidad. Pues el mandato de “id y curad” es a toda la comunidad. Esta es expresión de la tarea encomendada por Cristo a su Iglesia, y a su vez, ella es **signo visible como Sacramento de Salvación**.

La Iglesia, significada en la parroquia, es consciente de ser la continuadora de la acción de Cristo y sale al encuentro de hombres y mujeres delimitados por la enfermedad y sobre todo de aquellos desprovistos de toda su dimensión de ser persona por su patología psíquica-somática-social-religiosa y espiritual.

En esta situación la parroquia ofrece el Evangelio de la Vida a los enfermos que anhelan la salud y la vida.

La parroquia y toda comunidad cristiana ofrece ayuda pastoral para acompañar al enfermo a vivir su situación desde la fe, en actitud de dialogo sincero y expresión del Misterio de Muerte y Resurrección de Cristo.

La parroquia que es la comunidad de comunidades debe ser consciente de la exigencia de la nueva evangelización, de esta generación, en el mundo de la salud y la enfermedad: **anunciando el Kerygma** desde una acción liberadora al estilo de Jesús de Nazaret.

“Cristo Resucitado necesita testigos que se hallan encontrado con Él, hombres que le hallan conocido íntimamente mediante la fuerza del Espíritu santo. Cada cristiano a su manera, puede y debe ser testigo del señor resucitado”. (Benedicto XVI).

De ahí que la parroquia debe estar atenta a los dones del Espíritu o carismas en beneficio de la comunidad. Sabemos que los dones del Espíritu son diversos y por tanto enriquecedores de los miembros de la comunidad. La curación, la sanación y todo proceso terapéutico en el espíritu que beneficia al hombre enfermo se debe vivir y acoger en la comunidad de los cristianos como don proveniente del Espíritu Santo. (Rm. 12, 7ss). Con todo hay que estar atentos con el debido

discernimiento sobre la autenticidad del carisma.

El apóstol Santiago lo recuerda a la comunidad *“rezad los unos por los otros para que os curéis”*.

La parroquia sabe que su misión evangelizadora en el mundo de la salud y de la enfermedad es una **tarea pastoral específica**, lo que requiere una adecuada formación teológica-pastoral tanto básica como continuada para llevar a cabo la nueva evangelización.

Desde la parroquia estamos llamados y por el don del Bautismo, a construir la comunidad cristiana como **fuentes de salud**. La parroquia debe tomar conciencia de que ha recibido de Cristo la **misión de curar y sanar**.

Esta llamada a redescubrir la fuerza terapéutica del anuncio del Kerygma, Muerte y Resurrección de Cristo, al estilo del Buen Samaritano que ofrece la curación corporal, la sanación interior de la persona, le libera de la culpa, le reconcilia con Dios y le ayuda a reconocer la cura del mal.

Desde una pastoral misionera y evangelizadora. Desde una pastoral de comunión integral. Desde una pastoral litúrgica catequética.

El Catecismo de la Iglesia Católica nos recuerda (1506 ss) el mandato del Señor: *sanad a los enfermos*. (MT. 10,8).

Recogiendo el sentir de muchas conclusiones de Congresos, Jornadas de la Pastoral de la Salud y diversos materiales de la misma, se detecta que el lugar de los enfermos en las Diócesis, Parroquias y Comunidades Cristianas está un tanto olvidado: quizá por nuestra psicología sabemos que identificarse con el que sufre, está enfermo, etc. nos hace sufrir; a nivel de tenerlos presentes en la oración o en conductas y actitudes paternalistas, sí, aunque da la sensación de ser un campo que no preocupa.

Pero los pastores estamos llamados a pastorear a las ovejas al estilo del único Buen Pastor y por tanto, llamados a ser centros de unidad en la

comunidad de fe y de caridad. Desde la misión de pastores hemos de promover una acción evangelizadora y pastoral en el mundo de la salud y de la enfermedad. Los enfermos deben ser preferidos a imitación del buen samaritano y único pastor Jesucristo.

Tenemos la obligación desde las Diócesis, las parroquias y las comunidades cristianas de **redescubrir y revalorizar** la acción pastoral en el sector de la enfermedad y la salud, como **testigos y anunciadores del evangelio**.

Este campo misionero específico, está pidiendo al obispo y al párroco que se hagan presentes junto al enfermo, su familia y cuantos le atienden en todos sus aspectos y se les **anuncie la Buena Noticia de Cristo Resucitado**.

Como esto físicamente es imposible de ahí que se debe **impulsar, organizar, estructurar y coordinar** esta acción de la iglesia en el mundo de la salud y la enfermedad.

En el organigrama Diocesano debe aparecer con efectividad en personas y medios y a su vez en todas las parroquias y comunidades cristianas con efectividad en personas y medios, suficientemente capacitados para **proclamar la Buena Noticia, potenciar el ministerio de la caridad y celebrar los misterios de la fe**.

La Parroquia y su misión de curar y sanar

La Iglesia, que tiene su rostro concreto en la comunidad parroquial, ha recibido una misión que es inseparable de la tarea sanadora: De esta misión que ha sido depositada en la iglesia, todos hemos de servirnos corresponsables. No es un tema periférico o accesorio como nos lo recuerdan algunos textos evangélicos la acogida el rechazo

a los necesitados es presentada con la categoría de juicio final de lo que será último y definitivo (Mt. 25, 40); la respuesta decidida ante la persona herida se convierte en tarea prioritaria Lc. 10, 25-37).

La Iglesia, a lo largo de los siglos, ha mantenido esta preocupación por los enfermos. Son muchas las personas e Instituciones que han dado respuesta y siguen dando respuesta a las necesidades de cada momento. No obstante, hay un lugar privilegiado donde esta preocupación merece privarse especialmente: **la Parroquia.**

La comunidad cristiano tiene un rostro muy concreto en la parroquia, que es lugar natural del cristiano, Este espacio concreto, es donde la actividad pastoral tienen que expresarse y en la que la preocupación por los enfermos debe de estar presente como una tarea pastoral organizada. Sin embargo, esta cercanía de Jesús a los enfermos, no encuentra siempre una respuesta nítida en la parroquia, y aunque ya son bastantes las parroquias que tienen organizada esta tarea pastoral, otras muchas no sabe como empezar o necesitan mejorar lo que actualmente existe en este apartado, a las cuales hay que ofrecer unos recursos que favorezcan la animación de esta pastoral de la salud.

Las comunidades cristianas han de realizar su misión de curar y sanar en fidelidad a Jesús y al hombre de hoy, a través de su vida y sus acciones:

1.- **EDUCAR** a los miembros de la comunidad para afrontar de manera madura la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro físico o psíquico. La curación y la misma muerte.

2.- **CONOCER** e interesarse por los enfermos, no sólo por los practicantes sino por todos y de manera especial por los más olvidados.

3.- **ACOMPañAR** a los enfermos y a sus familias en el proceso de la enfermedad con atención, cercanía, presencia, escucha, participación y ayuda concreta en los momentos duros en los que se pone a prueba la confianza en la vida y en el mismo Dios.

4.- **ORAR** con ellos y desde ellos, ofreciéndoles la fuerza sanadora de la Palabra y de los sacramentos.

5.- **INTEGRAR** a los enfermos en la comunidad y hacerles experimentar que son aceptados y queridos.

6.- **RECUPERAR** la presencia de los enfermos como sujetos activos y responsables de la evangelización.

7.- **ATENDER PREFERENTEMENTE** a los enfermos más pobres, es decir, a los más necesitados y desasistidos, y defender su persona, su dignidad, sus derechos y su lugar en la sociedad.

8.- **PARTICIPAR** en la solución de los grandes problemas que repercuten en la asistencia a los enfermos: listas de espera, deshumanización, donación de sangre y de órganos, huelgas sanitarias, etc., etc.

9.- **CORRESPONSABILIZAR** a toda la comunidad cristiana en la misión evangelizadora y suscitar grupos de personas cualificadas que en nombre de ella se dediquen de modo especial a los enfermos.

10.- **VALORAR A LA VIDA CONSAGRADA** que trabaja en el mundo de la salud, a los profesionales sanitarios y a las familias de los enfermos.

El equipo parroquial de Pastoral de la Salud

La manera de asegurar esta pastoral de la salud en la parroquia y darle continuidad en el tiempo es insertarla en la comunidad cristiana constituyendo públicamente el **equipo de pastoral de la salud.**

1. El equipo de Pastoral de la Salud.

Está formado por un grupo de cristianos que se preocupan de los enfermos y se sienten enviados por su comunidad parroquial para decir una palabra

de aliento al abatido, vendar los corazones desgarrados, anunciar la salvación que viene de Dios...

El equipo se constituye dentro de la vida y organización de la comunidad, desde un fundamento teológico pastoral. Entre las enseñanzas del Vaticano II, hay una idea clave: *"todos los cristianos, en virtud de su bautismo y confirmación, están llamados a participar en la misión evangelizadora de la Iglesia"*.

Un buen inicio y un buen funcionamiento del equipo depende en mucho de la persona elegida como responsable o coordinador del mismo. En un primer momento el párroco puede estar acompañando al equipo desde una presencia asidua.

2. ¿Qué es el equipo de pastoral de la salud?

El equipo no está concebido prioritariamente como un grupo de acción sino como un grupo de profundización en la fe que desemboca en una acción pastoral, llevada a cabo como enviados y en nombre de la Iglesia.

3. Tarea del equipo de pastoral de la salud.

Presentamos con orden alguna de esas tareas:

- a) Conocer a los enfermos.
- b) Acercarse a los enfermos.
- c) Servir a los enfermos.
- d) Ayudar a las familias.
- e) Sensibilizar a la comunidad.
- f) Conectar con asociaciones y profesionales sanitarios.
- g) Relaciones con el conjunto de la parroquia.
- h) Coordinar las acciones de la pastoral de la salud de la Diócesis.

4. Las reuniones del equipo de pastoral de la salud.

Mediante reuniones periódicas, el equipo se convierte en escuela pastoral. Estas son el lugar

del encuentro para la formación práctica en la relación el diálogo y la escucha. La pluralidad de los miembros del equipo hace redescubrir al otro aceptándolo como es y compartir las experiencias de vida.

El esquema del desarrollo de la reunión puede ser éste:

- a) Orar juntos.
- b) Compartir vivencias.
- c) Profundizar temas.
- d) Seguir una dinámica ordenada.
- e) Distribuir tareas.
- f) evaluar juntos.
- g) Superar las crisis que se presentan.

5. La formación permanente del equipo parroquial de la pastoral de la salud.

El desempeño de la corresponsabilidad en la misión evangelizadora nos exige una formación básica y continuada que combina los conocimientos teóricos con la maduración humana y espiritual. Esta formación supone:

- a) Cultivar la fe.
- b) Ejercitarse en el arte de acercarse a los otros.
- c) Conocer algunas técnicas de animación.
- d) Familiarizarse con la Palabra y con la liturgia.

El agente de pastoral de la salud en la Parroquia

La estructura de todo agente pastoral es la de ser un **creyente** que ha desarrollado una suficiente madurez como discípulo de Jesús, enriquecedor de la comunidad y portador de una gran experiencia de fe.

La exhortación apostólica Evangelii Nuntiandi de Pablo VI implica a los bautizados en la responsabilidad evangelizadora y misionera, por eso la esencia de ser agente de pastoral está en Cristo ya que se actúa en nombre del Señor.

La acción pastoral siempre es alentada por el Espíritu que santifica y vivifica a la iglesia, y siempre el agente de pastoral se siente enviado a la misión por la iglesia, Madre y Maestra.

De ahí que el agente de pastoral fundamente su ser en la dimensión cristológica, pneumatológica y eclesiológica.

Es importante que el agente de pastoral haya sufrido un proceso de conversión de encuentro profundo con Jesucristo, ya que la experiencia de su vida de fe será la mejor transmisión de la Buena Noticia y vehículo de gracia para el destinatario de la acción misionera en el mundo de la enfermedad y la salud. El agente de pastoral de la salud es miembro vivo e integrador en toda la comunidad parroquial y ha de potenciar la corresponsabilidad pastoral.

Por tanto: son un grupo de creyentes comprometidos y organizados a los que la comunidad les confía la atención de los enfermos en el ámbito parroquial.

Posibilitan una dinámica evangelizadora de la pastoral de la salud.

Garantizan la visita domiciliaria asidua y personalizada a todos los enfermos de la parroquia.

Estimulan en la comunidad la conciencia de su misión de curar, de ser una comunidad sanante y sanadora.

Colaboran en la dimensión misionera de la parroquia, aceptando a los enfermos y ancianos no creyentes o alejados de la vida parroquial o sus familias.

Son signo y testimonio de la presencia y acción de Jesús, el Señor, resucitado y vivo en medio de la Iglesia y del mundo continúa su acción sanadora con los enfermos, aquí y ahora.

La Parroquia y su hacer pastoral en el mundo de la salud y de la enfermedad

La parroquia desde su hacer pastoral en su triple misión profética, litúrgica y caritativa, anuncia al mismo Jesucristo que es revelación de Dios, que es buena Noticia, que da vida, cura, sana y salva, es decir, proclama la palabra de Dios en el mundo de la salud y la enfermedad.

El equipo de pastoral parroquial desde la liturgia mantienen un lugar privilegiado de encuentro con el Señor en la celebración de los enfermos, preferidos del Señor.

Él es el gran Sacramento de encuentro con Dios a través de los signos de la iglesia, especialmente la Eucaristía, la Reconciliación y la Unción de Enfermos.

El acompañamiento pastoral por parte de la parroquia nos ha de llevar al ministerio de la caridad especialmente a nuestros hermanos los enfermos, los más necesitados y los más desasistidos.

a) El encuentro pastoral: presencia, visita y acompañamiento.

Como bien dice el enunciado "encuentro pastoral", este hace referencia al encuentro directo de personas y en este caso alguno o algunos enfermos, hacia los cuales vamos a entablar un diálogo verbal también hay posibilidad que por las limitaciones patológicas tengamos que usar expresiones no verbales y en algunos casos haciendo sólo presencia.

Hemos de tener las claras las motivaciones de los encuentros, no lo hacemos a título personal, individual hemos de ser conscientes que somos enviados por la parroquia o por la comunidad.

De dicho encuentro pastoral hemos de tener presente y valorar nuestro lenguaje pastoral para

distinguirlo de una simple conversación para lo cual hemos de tener presente un lenguaje comprensible dentro de los elementos cognoscitivos, emocionales, sociales y religiosos.

En nuestro encuentro hemos de tener presente la escucha, por tanto, **saber escuchar al otro** que tienen gran necesidad del lenguaje expresivo, incluido el catequético pastoral, a veces por su soledad y falta de comunicación.

Nunca el encuentro pastoral debe ser una improvisado o dejarlo a la buena voluntad, si no que requiere su preparación, su momento de oración, pues realizamos la tarea en su misión pastoral evangelizadora.

Este encuentro pastoral ha de ser personalizado en diálogo confidencial, hemos de ser cautos y prudentes desde nuestra acción pastoral y hemos de ser sabedores o conocedores de las diversas fases o procesos patológicos del estado de los enfermos.

Algunos de los enfermos a los que acompañamos por su estado patológico no podremos conectar con ellos con el lenguaje verbal, pero si hemos de facilitar para poder transmitir el mensaje de Jesús Buen Samaritano, el mejor Médico y la mejor medicina.

b) La celebración sacramental

Ante todo hemos de destacar que por medio de la celebración de los Sacramentos de la Reconciliación, de la Unción de Enfermos y de la Eucaristía se ayuda a los enfermos a vivir el sentido pascual de la enfermedad. Se ha de evitar, desde el principio el **sacramentalismo**, dando sentido a la creatividad litúrgica por tratarse de una pastoral litúrgica especial.

La celebración sacramental con los enfermos ha de tener una relevancia especial el mundo de los **signos y símbolos**, llegando a un lenguaje humano y catequético y creando un clima de

fraternidad dentro de la parroquia o en el domicilio de los propios enfermos.

Para la celebración de los sacramentos se ha de contar siempre con el enfermo, quien lo ha de solicitar o aceptar el sacramento con plena fe y con las mejores condiciones participativas.

Sabiendo que los sacramentos son signos de esperanza de la presencia del Reino, siempre celebrando la intención de la iglesia y rechazando todo signo o expresión mágica.

c) La oración en la enfermedad

La enfermedad es un proceso adecuado con un **encuentro con Dios** y contemplar los acontecimientos de su vida a la luz de los diálogos con Dios.

Profundo respeto a las diversas manifestaciones de los enfermos de su diálogo con Dios, teniendo presente su religiosidad popular y formación.

La oración o plegaria debe ser momentos para crear un clima de paz en torno al enfermo, para infundirle ánimo, para abrirse solidariamente a otros enfermos y sobre todo para ayudarle a descubrir la voluntad de Dios.

La oración o plegaria ha de surgir de la petición de los propios enfermos. Se ha de tener presente la situación en la que está viviendo.

El enfermo ha de ser protagonista de su propia oración y mediante la misma manifestará diversas actitudes y que el agente de pastoral, en nombre de la parroquia ha de acoger en el corazón.

Los momentos de oración deben ser llenos de quejas, de impotencia, de angustia, de amargura, desamparo, abandono, soledad, de culpabilidad, de rebeldía, de confianza, de gozo, de gratitud y alabanza.

Congreso "Evangelización y hombre de hoy"

Sector: Mundo de la Salud.

Madrid. Septiembre 1985.

El Concilio Vaticano II nos ofreció una toma de conciencia sobre la **identidad de la Iglesia**, una iglesia que se acerca al hombre moderno en actitud atenta, comprensiva, dialogante, solidaria, servidora, evangelizadora y sobre en nuestro campo **sanante y sanadora**.

Para revisar estas actitudes y celebrar los veinte años del magno acontecimiento eclesial, la Conferencia Episcopal organizó el Congreso Nacional sobre Evangelización y hombre de hoy.

Los que tuvimos la dicha de participar en dicho congreso y concretamente en el **sector mundo de la salud**, vimos la urgente necesidad de hacer públicas unas orientaciones indicativas y operativas a forma de conclusiones para la toma de conciencia de este sector evangelizador y misionero de la vida de la Iglesia.

Se constata:

- Que los enfermos no ocupan hoy en nuestra comunidad eclesial el lugar central que tuvieron tanto en la vida de Jesús y de las primeras comunidades cristianas, como a lo largo de otras etapas de la vida de la Iglesia.
- Que las comunidades cristianas, parroquiales delegan en los agentes de pastoral de la salud su responsabilidad en este campo, eludiendo al menos parcialmente su compromiso evangelizador en este mundo de la salud y la enfermedad, sin entregar al enfermo como miembro activo de la propia comunidad.
- Que la atención pastoral a los enfermos se reduce en muchos casos a la administración de sacramentos.

Se interpela:

- La situación de abandono que sufren diversos

sectores de enfermos.

- La marginación que el enfermo sufre en la comunidad cristiana, sin poder sentirse miembro activo de la misma.

Se propone:

- **Atender** al enfermo en todas sus dimensiones y necesidades.
- **Defender** con audacia los derechos humanos de la persona enferma.
- **Integrarnos** en las instituciones civiles que sean causa de participación ciudadana.
- **Denunciar** las situaciones de injusticia que sufren los enfermos, especialmente los más necesitados.
- **Interpelar** a nuestras iglesias diocesanas y toda la Iglesia para que vuelvan a vivir con la intensidad de los primeros tiempos la llamada de Jesús a servirle en los enfermos.
- **Dejarnos evangelizar** por los más radicalmente pobres, los enfermos.
- **Promover** que los enfermos se integren en la comunidad parroquial, posibilitándoles su servicio y ejercer su propio carisma.

Se pide:

- Que la Iglesia, la Parroquia se deje evangelizar por los miembros enfermos.
- Que los Pastores e hagan más visibles entre los enfermos.
- Que promuevan y apoyen la pastoral de la salud.
- Que dediquen a desarrollarla, en todos sus ámbitos a personas vocacionadas y capacitarles el carisma del Espíritu.
- Que animen al laicado y los formadores de los futuros presbíteros a interesarse por este campo.
- Que las parroquias asistan a sus fieles enfermos en sus domicilios y en los hospitales, así como a su familia.
- Que la Parroquia apoye a quienes envía a este servicio.
- Que toda la comunidad parroquial de ejemplo de acoger a los enfermos y discapacitados, especialmente eliminando las barreras arquitectónicas así como las mentales y afectivas.

(Todo este glosario está cimentado en el evangelio de Lucas 7, 22. Los pobres, los enfermos son evangelizados sanados y curados)

Congreso sobre Parroquia Evangelizadora

Aportación del sector Parroquias y Pastoral
de la Salud. Madrid. Noviembre 1988.

1. Existe falta de sensibilidad hacia esta pastoral
2. Muchas desarrollan todavía una pastoral de enfermos exclusivamente sacramentalista.
3. Dicha pastoral sigue estando clericalizada.
4. En cuanto al lenguaje pastoral, muchas comunidades siguen tratando al enfermo de forma paternalista como objeto a evangelizar y no como sujeto evangelizador.
5. En muchas parroquias no se ha asumido la tarea educadora para ayudar a vivir con sentido la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro físico y la muerte
6. Hay un notable desconocimiento de los problemas y realidades sanitarias de la zona y de la legislación sanitaria al respecto, lo que provoca una falta de compromiso en promover la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la asistencia sanitaria.
7. Descuidan en ocasiones la atención a los enfermos más necesitados y desasistidos y a sus familias.
8. Pero existen también... parroquias que reconocen la dimensión profundamente humana y evangélica de esta pastoral, cuidan con esmero la visita a todos los enfermos, incluidos los alejados, celebran la Unción comunitaria, promueven la creación de grupos y les ofrecen medios para formarse.

Congreso Iglesia y Salud. Madrid. 1994

Objetivos y acciones:

1. *Implantar la pastoral de la salud en las parroquias.*

- Concienciar sobre la pastoral de la salud a organismos diocesanos sacerdotes y comunidades.
- Crear equipos de la pastoral de la salud teniendo en cuenta las situaciones de cada parroquia y relacionarlas con otros del arciprestazgo.
- Incluir en las escuelas de agentes de pastoral la formación de los agentes de pastoral de la salud.
- Recuperar el valor sanante de los sacramentos de los enfermos celebrándolos en comunidad.
- Sensibilizar y potenciar la corresponsabilidad de los laicos en el campo de la salud.
- Valorar y favorecer la presencia de religiosos y religiosas en el mundo rural y en el ámbito de la pastoral de la salud.

2. *Acercarnos a los enfermos y familiares.*

- Visitarlos y organizar reuniones de formación con familiares de enfermos.

3. *Fomentar en la parroquia el sentido comunitario de la pastoral de la salud, partiendo de las relaciones humanas existentes.*

4. *Denunciar la situación de desatención en que se encuentra muchas veces el mundo rural al estar lejos de los servicios sanitarios.*

- Contactar las parroquias rurales con los servicios sociales, las asociaciones civiles gubernamentales y no gubernamentales, los capellanes de hospital y las parroquias urbanas.
- Pedir que en los lugares donde se encuentre el hospital se habiliten casa de acogida la que puedan descansar o pernoctar los enfermos y familiares que se desplacen del medio rural.
- Pedir a las comunidades cristianas que denuncien las injusticias en el campo de la salud.

5. Atender especialmente a los más desasistidos por la administración

1. Deficiencias y carencias

- Se constata en algunas comunidades parroquiales, la ausencia de grupos voluntarios, o mejor agentes de pastoral.
- Falta de motivación en algunos sectores del clero por no haber descubierto el aspecto sanante del evangelio como valor central en la misión evangelizadora de la iglesia.
- Existe una falta de colaboración entre los servicios religiosos de los hospitales y los grupos parroquiales.
- La Iglesia necesita desarrollar su misión profética en este campo y ser pionera de los valores evangélicos.
- En algunos hospitales y residencias se intenta suprimir el servicio religioso.
- Todavía no es general en los equipos de pastoral de la salud y en la comunidad cristiana el paso de una pastoral cuyo centro es el enfermo a una pastoral cuyo centro es la promoción de una salud integral de la persona humana.

2. Acercar la comunidad parroquial al enfermo y a su familia.

- Impulsar un acercamiento más efectivo de la parroquia a los enfermos, especialmente a los más solos y necesitados. Acompañarles desde una postura de servicio desinteresado y gratuito, partiendo de sus propias necesidades y respetando su libertad, haciéndoles llegar la vida de la comunidad creyente: la Palabra de Dios, la Eucaristía, la educación de la fe, la información.
- Estar atentos, ser apoyo y ayuda a las familias de los enfermos, de manera especial a las de los crónicos, mentales, drogadictos y terminales. Ayudar igualmente a las familias que han perdido un ser querido, especialmente en la elaboración del duelo.

3. Acercar el enfermo a la comunidad.

- Facilitar que los enfermos estén más presentes en el seno de la comunidad y que hagan oír

su voz; que puedan desarrollar su testimonio y compromiso evangelizador como miembros activos, participando en lo posible en las celebraciones litúrgicas, en los grupos parroquiales y en todo lo que puedan.

- Promover un servicio de transporte de enfermos y minusválidos para que puedan participar más activamente en la vida parroquial.

4. Implantar la pastoral de la salud en todas las parroquias.

- Revitalizar la acción evangelizadora de nuestras parroquias en el mundo de la salud y en el servicio a los enfermos.
- Intentar que en todas las parroquias donde todavía no exista, se constituya un equipo de pastoral de la salud que sensibilice a la comunidad parroquial y sirva de cauce para su acción pastoral en el campo de la salud y de la enfermedad, integrándose en los consejos pastorales.
- Potenciar la presencia profética de los equipos parroquiales de pastoral de la salud en medio de la sociedad, promoviendo el conocimiento de los grandes problemas de la sanidad, y despertando la responsabilidad de los cristianos, trabajando por la humanización de la asistencia a los enfermos, defendiendo sus derechos y promoviendo la salud y mejora de las condiciones de vida en la zona.
- Intensificar la incorporación y colaboración de los profesionales sanitarios cristianos en el trabajo parroquial y potenciar la buena relación entre las parroquias y los profesionales sanitarios de los centros de salud de la zona.

5. Unir y coordinar esfuerzos en beneficio de los enfermos.

- Dar a conocer a los enfermos y a sus familias aquellas asociaciones que puedan ayudarles eficazmente a luchar contra la enfermedad, a asumirla si es necesario y a conseguir la mejor calidad de vida posible.
- Potenciar la coordinación y la colaboración de los equipos de pastoral de la salud en los

arciprestazgos, zona diócesis.

- flexible entre los equipos de pastoral de la salud parroquiales y los servicios religiosos de los hospitales para lograr un acompañamiento más adecuado de los enfermos y sus familiares.

Peticiones:

- Que los obispos, delegaciones diocesanas y los párrocos respeten, apoyen e impulsen estos compromisos.
- Que la pastoral de la salud se integre en la pastoral de conjunto diocesana.
- Que los obispos se comprometan a urgir a los párrocos para que en todas las parroquias se constituyan equipos de pastoral de la salud.
- Que se eliminen las barreras arquitectónicas existentes en los edificios civiles y eclesiales.
- Que se tomen las medidas necesarias para facilitar el acceso de los visitantes parroquiales a los hospitales.
- Que se valore el papel del laico como agente de pastoral de la salud.
- Que se perfile la figura del agente de pastoral de la salud que sea en nuestras comunidades parroquiales y en nuestros barrios el animador de una educación para la salud y una vida más sana.
- Que en los seminarios, en la formación permanente del clero y en los planes de catequesis diocesanos se incluyan los temas de pastoral de la salud.
- Que se creen escuelas de pastoral de la salud en todas las diócesis.
- Que se elaboren materiales adecuados para la formación de los agentes de pastoral de la salud.

Sínodo Diocesano Valentino.

Valencia. 1987

La comunidad parroquial, como porción de la Iglesia, por su naturaleza es misionera, esto implica un proceso de evangelización fundamentado

en el dón del Bautismo que nos hace como Cristo Sacerdote, Profeta y Rey.

Ante el impulso renovador del Espíritu y por medio del Vaticano II toda la Iglesia vive una nueva y fresca primavera.

Muchas iglesias diocesanas para revisar su realidad eclesial y una puesta al día según los tiempos o el llamado "aggiornamento" convocaron sínodos diocesanos para promover una adecuada renovación de la vida de la Iglesia diocesana y **centrar teológicamente** lo emanado del Vaticano II.

Pues bien, en esta línea de nuestra acción pastoral de la salud, son varias diócesis que han tenido presente en su formulación postsinodal la tarea específica de la Parroquia en la **atención, acompañamiento y presencia** de la Iglesia en el mundo de la enfermedad y de la salud.

Formulación de las proposiciones sinodales respecto a la pastoral de la salud.

"Crear parroquias y comunidades, vivas y evangelizadoras".

1.- Atenderán a los enfermos en sus domicilios, aportándoles el contenido del Evangelio que da sentido a sus dolencias.

2.- Apoyarán y animarán a los profesionales del mundo de la salud.

3.- Colaborarán con los capellanes de hospital y con los miembros de institutos de vida consagrada y sociedades de vida apostólica que trabajan en este campo para desarrollar un anuncio misionero entre los enfermos.

Por otra parte, hay que recordar que los enfermos están llamados a ser evangelizadores de los demás enfermos.

Exhortación Apostólica, Ecclesia in Europa, número 88

En el apartado II del capítulo V y el número 88 en el contexto de servir al hombre en la caridad, hace hincapié en la promoción de la pastoral de los enfermos o mejor de la pastoral de la salud configurada así por CEE y el Pontificio consejo para la Pastoral de la Salud.

El documento Pontificio es consciente de la urgente promoción de ésta acción pastoral en la vida de la iglesia y por tanto una toma de responsabilidad en la iglesia Diocesana.

A la luz de ésta Exhortación Apostólica todas las Diócesis y todas las parroquias, deben de tomar conciencia viva y efectiva de su misión evangelizadora en el mundo de la salud y enfermedad.

Pues la Iglesia es consciente de ser la continuadora de la obra de Cristo y por tanto está llamada a examinar esta acción preferencial de Jesús de Nazaret su fundador.

Dicho documento hace referencia directa al ministerio sacerdotal al servicio de la salud y la enfermedad y también por medio de los llamados "capellanes de hospital". Para mejor eficacia desde el ministerio sacerdotal se requiere:

- un servicio cualificado la comunidad en acontecimientos vitales.
- actitud de comunión y misión con el Obispo diocesano.
- formación específica teológica pastoral.
- evangelizar-sacramentalizar-humanizar.
- iluminar desde el evangelio de la vida, la situación d enfermedad u muerte.
- descubrir el sentido cristológico y soteriológica de la curación y proceso patológico.
- acompañar humana y espiritualmente al enfermo en todo su proceso.
- asumir y vivir la esperanza cristiana.

Bibliografía

- C.E.E. Congreso "Evangelización y hombre de hoy". *Madrid. 1985*
- C.E.E. Congreso " Parroquia Evangelizadora". *Madrid. 1988*
- C.E.E. Congreso " Iglesia y Salud". *Madrid. 1944*
- Catecismo de la Iglesia Católica. *Madrid. 1953*
- ARZOBISPADO DE VALENCIA. Constituciones Sinodales. *Valencia. 1977.*
- HERMANAS HOSPITALARIAS. Pastoral en el mundo del sufrimiento psíquico. *Roma. 2000*
- PAGOLA, JOSÉ ANTONIO. Acción pastoral para una nueva evangelización. Sal Térrea. *Santander. 1991.*
- LABOR HOSPITALARIA. La comunidad cristiana y los enfermos. *Barcelona. 1990*
- LABOR HOSPITALARIA. Los enfermos en la Parroquia: una prioridad. *Barcelona. 2002*
- I Jornadas Nacionales de Parroquia y Pastoral de la Salud. *El Escorial. 1998*
- II Jornadas Nacionales de Parroquia y Pastoral de la Salud.
- LA PARROQUIA, comunidad de comunidades sonantes y sanadoras. Pozuelo de Alarcón. 2001
- III Jornadas de Parroquia y Pastoral de la Salud. La Parroquia y acompañamiento a los Enfermos. *El Escorial. 2003*
- IV Jornadas Nacionales de Parroquia y Pastoral de la Salud. Parroquia y Salud Mental. *El Escorial. 2005*

Pastoral de la Salud en los centros socio-sanitarios.

> Idoia Iturrioz.

Delegada Diocesana de Pastoral de la Salud de San Sebastián.

> Mirari Korta.

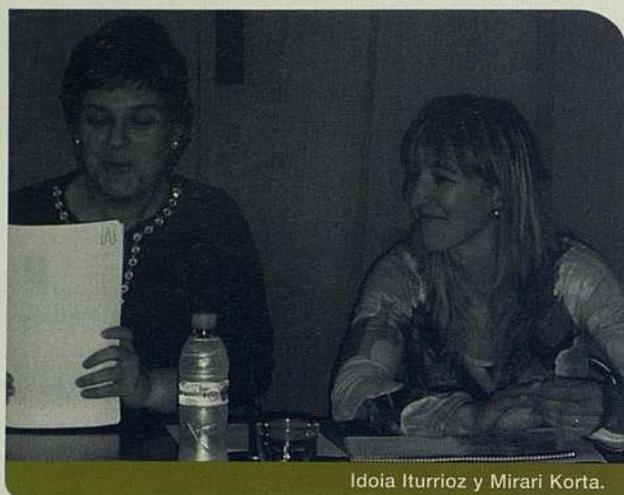
Responsable del Servicio de Pastoral del Hospital Aita Menni. San Sebastián..

Las autoras recibieron el encargo expreso de hablar sobre "la Pastoral de la Salud en los centros sociosanitarios".

Se entiende por centro sociosanitario aquel espacio donde las personas residentes son atendidas de manera global (física, psíquica, social y espiritualmente), es decir, atendiendo su lado sanitario pero también todo el universo psicológico, emocional, social y espiritual que presentan. Centro en el que, mediante su intervención trata de dar respuesta a las necesidades sociales que presentan determinados colectivos. En este caso se habla de los mayores y de los enfermos mentales.

La exposición se ha dividido en tres partes: en la introducción se exponen las bases antropológicas en las que se sustenta el modelo de intervención, y la función de la Iglesia en el mundo del sufrimiento.

La primera parte se centra en la intervención que desde un centro gerontológico se hace en Servicio Pastoral y en la segunda, se ubica la Pastoral en el sufrimiento psíquico desde la realidad de estos enfermos y las repercusiones en su familia y entorno para reflexionar sobre las líneas de acción a seguir. ▶



1. Bases antropológicas de la Intervención Pastoral.

1.1. Consideración holística de la persona

Esta reflexión parte de un modelo antropológico en el que se considera a la persona como una realidad plural, constituida por las dimensiones somática, psíquica, social y espiritual.

La **dimensión somática**, hace referencia al cuerpo. Es el vehículo que nos pone en contacto con el mundo exterior, y que nos interacciona con nuestro interior. La concepción de entender el cuerpo ha ido variando a lo largo de la historia. Desde Platón que lo definía como cárcel, pasando por la concepción cristiana de concebir el cuerpo a la vez como valor y como peligro, a un sentido más hedonista, que es el que podemos vivir hoy en día, en la que el cuerpo se absolutiza, se considera un valor absoluto, un valor en sí. Ejemplos de culto al cuerpo, o la importancia científica en el campo de la medicina avalan esta concepción.

La **dimensión psíquica** constituye el mundo del intelecto, de los sentimientos y de las emociones. Es donde se condensa gran parte de nuestra existencia y nuestro modo de ser.

La **social** está constituida por el conjunto de las relaciones interpersonales, que concierne al

universo de la persona en toda su complejidad, relaciones con la familia, amigos, también con la institución, con la seguridad social,...

La **dimensión espiritual** ocupa el mundo de los valores que mueven a la persona en la consecución de las metas y los objetivos de la vida, aquello que da sentido y es motor de la vida, y que a la vez trasciende del propio ser. Requiere una elaboración por parte del sujeto, que va colocando en su escala de valores aquellos que considera importantes para su vida. Tiene que ver con lo más íntimo de la identidad de la persona. Dentro de la dimensión espiritual nos encontramos con la dimensión religiosa, es parte de ella, pero no la abarca totalmente. La **dimensión religiosa** encierra un acto voluntario de relación con una trascendencia (Dios en nuestro caso) y un credo compartido con unos ritos y una simbología particulares.

Las cuatro dimensiones son necesarias, constitutivas y esenciales en la persona. Están interrelacionadas (ejemplo de enfermedad), y si una de ellas falla, afecta al todo de la persona. Por eso consideramos que tienen que ser contempladas y atendidas y cuidadas por personas cualificadas y competentes.

1.2. La persona: un ser con capacidades, un ser con necesidades

Antes de entrar de lleno en la intervención con los enfermos mentales y mayores, vamos a definir un poco más qué es el ser humano. Por un lado hablamos de una persona dotada de unas capacidades, con virtudes, con potencialidades; con algunas de ellas nace y con otras las va desarrollando a lo largo de la vida.

- Hablamos así de:
 - Capacidad de elegir
 - Capacidad de decidir
 - Capacidad de hacer (habilidades,...)
 - Capacidad de ser (actitudes, dignidad,...)
 - Capacidad de trascender (de abrirse a algo que le supera como ser limitado que es, un ser

que encierra un misterio en todo su ser que le hace ir más allá, un ser abierto a la trascendencia)

- Y por otro lado, todo ser humano, por la misma naturaleza de lo humano, es decir de lo finito, tiene **unas limitaciones**, unas necesidades, o unas carencias, es más, la filósofa **María Zambrano** define al ser humano como un "ser carencial", como alguien que siempre tiene que resolver necesidades. Siente la necesidad de comer, de dormir, de sentirse amado, de tener identidad,... es, en definitiva un conglomerado de necesidades que tiene que ir saciando.

Ahora bien, estas necesidades pueden desarrollarse en dos tipos: Las necesidades de **orden natural** desde las físicas del comer y dormir hasta las de autorrealización, porque salen de la necesidad misma de la persona de superarse (Pirámide de Maslow) y las necesidades de **orden artificial** son las que nos hemos ido creando por influencia de la cultura y de los medios de comunicación social pero que se han ido introduciendo como si fueran necesidades básicas y naturales. Son necesidades vinculadas al tener fruto de una cultura consumista. Son una respuesta a estímulos que hemos recibido de orden cultural o mediático. Ejemplo: las vacaciones,... los regalos, en fin aquello que engloba lo material es su sentido más estricto. Estas necesidades pueden llegar a vivirse como necesidades vitales.

Además existen otro tipo de necesidades, necesidades que a primera vista no se ven, **necesidades que están latentes**, es decir, existen, están dentro de la persona, pero emergen cuando hay una experiencia.

Ejemplo: el ser madre: el hecho de solo pensar en ti a pensar en un nosotros (necesidad de entrega, de amor, de protección,...) otro ejemplo es la experiencia de enfermedad, cuando una persona experimenta una enfermedad grave, o siente que su "final" está cerca, su cuadro de necesidades se altera profundamente, su escala de valores cambia, emergen necesidades que estaban ahí, necesidades de sentido de la vida, de reconciliarse con los

suyos, con Dios, de orar, de verdad, de trascender. Estas son las que llamamos necesidades espirituales, y cuando está persona es creyente de necesidades de orden religioso.

Enunciamos a continuación las necesidades de orden espiritual:

- Nec. de sentido
- Nec. de reconciliación
- Nec. de identidad
- Nec. de orden
- Nec. de verdad
- Nec. de libertad
- Nec. de arraigo
- Nec. de orar
- Nec. de lo simbólico-ritual
- Nec. de soledad
- Nec. de cumplir el deber
- Nec. de gratitud

Como agentes de pastoral si queremos ofrecer un cuidado que redunde en calidad a la persona que atendemos tendremos que entrar en su mundo de necesidades y del sufrimiento que estas le generan para ayudarle a buscar esas capacidades que también tiene y que en estos momentos no se ven, que le ayudarán a vivir más en paz esa situación que no puede cambiar o, en el mejor de los casos, le ayudarán pasar a una mejor situación por la superación de la misma.

1.3. Presencia de la Iglesia en el mundo del sufrimiento

Otro de los previos que no podemos obviar es la presencia de la Iglesia en este mundo de necesidad y sufrimiento.

La Iglesia ha demostrado siempre una especial sensibilidad y atención hacia los grupos humanos más vulnerables y desfavorecidos.

El espíritu de Cristo resucitado, (Lc.4, 18 "envió a dar la buena noticia a los pobres"), nos llama a buscar un sitio en la sociedad de hoy, de estar con los que sufren, con los que por distintas

causas se sienten excluidos, con aquellos que han sido maltratados por la vida y por las injusticias.

Somos concientes de que si como Iglesia no nos preocupamos y ocupamos por ellos, algo importante nos está fallando. (Mt 25, 40: *"lo que hicisteis a un hermano mío de esos más humildes, a mi me lo hicisteis"*).

El documento diocesano *"Una Iglesia al servicio del evangelio"* dice así: *"...queremos estar más cerca de quienes sufren, acompañar a las personas concretas en su necesidad, defenderlas de las injusticias, hacerles más sitio entre nosotros. Si no es para los pobres, nuestra Iglesia no sigue los pasos de Jesús"*. Diócesis de San Sebastián, *"Una Iglesia al servicio del evangelio"* Idatz, 1999.

Estar junto a los pobres y los que sufren comienza con el acercamiento de manera acogedora y respetuosa, pero no solo eso, es también ofrecer recursos y cauces para dignificar la vida de estas personas y propiciar elementos de inserción en esta sociedad. La comunidad eclesial ha sido pionera en la promoción y creación de servicios asistenciales a favor de estos colectivos. Los mayores y los enfermos mentales son dos de los campos donde desde tiempo atrás se ha desplegado una iniciativa y actuación importantes.

Son diversas las congregaciones de religiosas y religiosos que han creado y atendido, tanto centros para enfermos mentales como para mayores. A esta labor han contribuido no pocos voluntarios cristianos que han ofrecido desinteresadamente su tiempo para el cuidado de estas personas. No tenemos que olvidar la figura del capellán, normalmente un sacerdote que se responsabilizaba de la atención religiosa de los residentes.

Todos sabemos y somos concientes de los cambios que se van produciendo en la sociedad civil y automáticamente en la eclesial:

Por una parte el desarrollo de la política social y los servicios sociales ha hecho que sean las instituciones públicas las que se responsabilicen de la

creación de centros para estas personas. Junto con estos la iniciativa privada tiene cada vez más presencia entre nosotros. Así tenemos los ejemplos de grandes casas aseguradoras que crean residencias de ancianos, Bancos en los que en su obra social está muy presente el colectivo de mayores e incluso empresas de construcción que se implican en el trabajo social.

Por otra parte, las comunidades de religiosas y religiosos que se responsabilizaban de estos centros, en gran parte por falta de vocaciones, han tenido que ir renunciando poco a poco a esta labor que han venido haciendo durante tantos años.

Junto con ellos los capellanes se hacen mayores, fallecen y no hay relevos.

En cuanto a la función de los voluntarios, que por un lado también se van haciendo mayores y el relevo en muchos casos tampoco está asegurado, se ha visto en los últimos años, y en referencia a su intervención, una tendencia hacia la visita y el acompañamiento a los residentes de estos centros. La sensibilidad por colectivos de enfermos específicos (personas con discapacidad, enfermos mentales,..), cada vez mayor dificultad para entrar en domicilios particulares (sobre todo en las ciudades), una presencia cada vez más importante de feligreses ancianos residentes pueden ser algunas de las causas de esta participación de los agentes de pastoral en estos centros.

Esta realidad provoca en nuestra Iglesia una nueva inquietud pastoral, y el deseo de ofrecer una respuesta responsable y actualizada. En palabras de Patxi Aizpitarte (Vicario General de la diócesis): *"Nos mueve la preocupación por acompañar humanamente y atender religiosamente a las personas mayores ingresadas en las residencias de ancianos existentes en nuestra diócesis. Desde esta preocupación de fondo, sentimos la llamada a buscar y ensayar respuestas pastorales de nuevo cuño, acordes a los recursos humanos y a las posibilidades con las que contamos"*.

Si decimos que una sociedad es justa en la medida en que responde a las necesidades de sus

miembros y más humana si esta atención es prestada a los miembros más débiles de la misma, con más razón la Iglesia mostrará un rostro más samaritano y evangélico si incluye en sus prioridades y compromiso a favor de los que peor están en esta sociedad.

Entendiendo por centro sociosanitario como aquel espacio donde las personas residentes son atendidas de manera global, es decir, respondiendo a sus necesidades de orden físico y sanitario, y también a todo el universo psicológico, emocional, social y espiritual-religioso que presentan. Centro en el que, mediante su intervención, trata de dar respuesta a las necesidades sociales que presentan determinados colectivos. Presentamos a continuación una propuesta de intervención desde el ámbito pastoral en un centro gerontológico y en un hospital psiquiátrico.

2. Pastoral de la Salud en un centro gerontológico.

Para esta parte de la exposición nos hemos centrado en la realidad de la diócesis de San Sebastián.

En Gipuzkoa somos unos 675.000 habitantes de los cuales 120.000 son mayores de 65 años lo que supone el 18% de la población total. De estos 120.000 el 45% es mayor de 75 años. La mayoría, el 96 % viven en sus domicilios y el 4% viven en centros residenciales y centros de día. Aunque el porcentaje no parece importante, factores familiares (de no poder dedicarse a sus mayores), personales (soledad, viudedad,...) y sociales (estilo de vida, estima del ocio, viviendas pequeñas,...) contribuyen a que la demanda de estos centros sea cada vez más importante.

Uno de los retos de estos centros es dar calidad en la asistencia y cuidado que ofrecen. La Iglesia a través de los grupos de pastoral de la salud

también aporta su granito de arena en la atención integral que ofrecen al anciano.

Los que a estas personas nos dedicamos hemos de tener claro que la vejez no es un tiempo "de paso" sino una etapa de la existencia humana que cuenta con características tanto humanas como espirituales de índole propio. Nuestra acción pastoral no puede dejar de lado dicha etapa vital ni olvidar el mundo propio de los mayores.

Presentamos a continuación una propuesta pastoral de atención espiritual con mayores que se está dando a conocer en la diócesis y en las residencias de mayores que así lo demandan.

Comenzaremos haciendo un recorrido por las necesidades de los mayores, seguiremos con el diagnóstico de pastoral para terminar con la presentación del propio servicio.

2.1. Necesidades de los mayores.

El envejecimiento trae consigo una serie de cambios y dificultades. Todos somos conscientes de que la vejez comporta una serie de mermas y deterioros físicos y psicológicos importantes: las articulaciones se desgastan y la masa muscular encoge, se va perdiendo agilidad motora, labores y esfuerzos que antes se hacían con toda normalidad se vuelven más difíciles, aumentan la lentitud y la torpeza en los movimientos, cuesta ver y oír con nitidez, la memoria empieza a fallar y crecen las dificultades para recordar todo tipo de cosas. No es extraño, pues que los sentimientos de disminución y decadencia se hagan presentes.

Todos contamos con necesidades básicas, pero en las personas mayores, debido a su edad y condicionamientos, estas necesidades tanto físicas, psicológicas como relacionales se hacen más acuciantes.

El anciano necesita que se le ayude a cubrir sus necesidades vitales primordiales (vivienda, alimentación e higiene, cuidados médicos, movili-

dad,...), pero además de estas necesidades primarias y fisiológicas cuentan con una serie de carencias afectivas y necesidades de carácter espiritual, que requieren una respuesta adecuada. El impacto psicológico que sufren si no han elegido ellos el estar en una residencia, hace tambalear su equilibrio y aflorar necesidades a las que hace falta atender. La separación familiar, la pérdida de sus antiguas amistades, encontrarse fuera de su hogar,... son factores que hacen ahondar su soledad y aislamiento. Por eso, lo que más desean es una presencia afectiva y cordial, y que además de verse efectivamente atendidos "por fuera", sean también afectivamente cuidados "por dentro"

Vamos a subrayar estas necesidades:

SEGURIDAD Y CONFIANZA:

La persona mayor tiene que ir haciendo frente a una decadencia general y unas pérdidas que pueden poner en cuestión su imagen, autoestima y sentido de utilidad. Por eso, el mayor necesita contar con la seguridad de que no será abandonado, que tendrá la ayuda que precise y que será atendido con dignidad. En este sentido, la confianza en sus cuidadores y en el personal socio-sanitario que le atiende significa mucho para él.

AMOR Y PERTENENCIA:

Con el paso de los años la persona mayor se hace más vulnerable, se ve afectado por diferentes enfermedades y achaques, algunas se hacen crónicas e invalidantes. La etapa del final de la vida, se hace presente, y muchas veces va acompañada de soledad y sufrimiento. Por eso es vital seguir manteniendo la relación con su familia y amistades, contar con el cariño y la cercanía de estos y cuantos le atienden.

Este cariño entraña en primer lugar respetar su dignidad como persona y su identidad y misterio personal único e irrepetible. Pide también acercarnos desde una consideración positiva, evitar los juicios, menosprecios y todo aquello que suponga arrinconamiento. A su vez, los pequeños detalles, por muy insignificantes que nos parezcan (una sonrisa, un gesto, un felicidades en su cumpleaños,...) adquieren importancia para la persona mayor.

CONSIDERACIÓN Y ESTIMA:

El anciano va experimentando un progresivo desvalimiento y se ve obligado a tener que depender de los cuidados y decisiones de los demás. Antes podía apoyarse en sus propias fuerzas, en su valía y su saber hacer, ahora ha de aceptar sus límites y la ayuda de los otros. Comienza la etapa en la que "*se depende más de los vientos que de los remos*" (R. Tagore)

Sin embargo el mayor desea que se le respete y se le acoja como persona (que se le reconozca como tal y no solo como un objeto de cuidados), percibir que se le valore por lo que es. Tener consideración hacia él significa, por nuestra parte, en primer lugar, aceptar sus límites, y no hacerles responsables ni reprocharles por tenerlos.

La consideración entraña también tener presente su historia personal, valorar lo que ha realizado en la vida y reconocer sus cualidades a las que pueda dotar de sentido. Incluye igualmente que se le consulte y se cuente con él en las decisiones que le afectan. Todo esto le ayuda a mantener su propia estima.

También necesita percibir la estima de los que le rodean. Sentirse querido y no una carga para los demás. Es un miedo común entre los mayores el sentirse una carga para los demás. Es algo que humilla y difícil de sobrellevar par cualquier persona.

ESCUCHA Y APOYO:

Una de las cosas que los ancianos más agradecen es escucharles con atención y paciencia. El mayor necesita relatar su biografía personal, junto con esto, necesita releer su vida (reparar la vida con sus límites y cosechas, cerrar el ciclo vital biográfico, en sentido figurativo escribir el último capítulo de su vida). Lo que más tiene es pasado, y recurre a él. Permitirle al mayor que relate su vida es ayudarle a revivir y ayudarle a liberarse de las posibles culpas que pueda sentir (es una etapa para perdonarse y perdonar, poner en orden sus propios asuntos,...). A través de la escucha podemos percibir los valores que han movido su vida, las experiencias más significativas, los logros, las decepciones, sus necesidades más hondas.

Escuchar no es un acto sencillo, requiere centrarse en la persona, olvidarse de uno mismo en ese momento, y atender a lo que el otro nos dice, o nos quiere decir y cómo lo dice. Se trata de oír más allá de las palabras.

A esto hay que sumarle el apoyo que necesita debido al deterioro que sufre. El mayor necesita apoyo socio-sanitario y familiar serio para hacer frente a estas severas deficiencias y disponer de "una calidad de vida" digna.

ACOMPAÑAMIENTO Y AUTORREALIZACIÓN:

Las personas mayores necesitan sentirse acompañadas. Esto quiere decir compartir su vida, asumir sus deficiencias sin culpabilizarles, apoyarles en medio de su fragilidad y desamparo, ayudarles y aliviarles en sus sufrimientos, tratar de suscitar sentido y esperanza en ellas. Y todo con paciencia y talante sereno, disponibilidad y espíritu positivo. Esta relación y acompañamiento interpersonal en el que se comparten experiencias y sentimientos, dudas e inquietudes, ilusiones y esperanzas,... tiene efectos saludables y humanizadores para el anciano. También para el acompañante.

El mayor no es un incapaz o alguien acabado. Por eso conviene estimular su participación en tareas, servicios y ocupaciones apropiados para su edad, y que le ayuden a mantenerse activo cultivando su inteligencia, avivando su memoria y recreando su imaginación. Que no dependa de los demás en aquello que pueda hacer solo. El anciano es capaz de aprender, de tomar decisiones y de llevar adelante proyectos adecuados a su edad y condición.

SOSTENIMIENTO DE LA FE Y APERTURA A LA ESPERANZA.

Entre las necesidades del mayor está la de dar sentido a su existencia diaria y a la etapa que vive. Contar con la presencia y cercanía de un Dios entrañable puede convertirse en fuente de motivación, apoyo y sentido para él. Es importante que cuente con personas que estén dispuestas a escucharle, que le acompañen a recoger sus experiencias y reconducirlas positivamente hacia Dios despertando la confianza en su perdón y su voluntad salvadora.

Por eso decimos que la vejez puede ser un tiempo de volver a Dios o relacionarse con El en el atardecer de la vida con paz y serenidad.

Esta actitud ayuda al anciano a no caer en el endurecimiento y la rutina. Y a la vez le ayuda a mantener viva la esperanza ante la cercanía de la muerte. El anciano percibe que su vida va acabándose y presiente su final cada vez más cerca. Son momentos en los que la persona se ve enfrentada a lo esencial. Llega la hora de dar un sentido al pasado, de enfrentarse con confianza al misterio de la muerte y de despedirse de los suyos y de este mundo con paz y esperanza.

2.2. La religiosidad en los mayores.

Los mayores creyentes viven estas necesidades espirituales desde una religión concreta, en nuestro caso la Cristiana Católica. Los ancianos de hoy en día son por lo general religiosos, educados en lo cristiano, gente que ha vivido muy en contacto con lo eclesial. Por eso entre sus necesidades espirituales también se encuentran las religiosas.

Los estudios realizados y la misma experiencia vienen a señalar que Dios y la religión, junto a la familia y el trabajo, son los valores más importantes para las personas mayores. De hecho, las estadísticas afirman que la religiosidad aumenta frecuentemente en las personas ancianas.

La persona mayor que tiene a Dios como centro posee una dimensión religiosa que se debe cuidar. Contar con la presencia y cercanía de un Dios entrañable y amigo puede convertirse en fuente de motivación, apoyo y sentido. Por eso, el mayor creyente necesita contar con personas que le ayuden a sostener su fe, que le acompañen a recoger sus experiencias y reconducirlas positivamente.

Nos referimos al acompañamiento religioso, cuyo objetivo es la expresión y vivencia de la fe del mayor en orden a que su experiencia religiosa fomente en él actitudes positivas ante las pérdidas, el dolor o la muerte. La vida de fe no garantiza no sufrir,

ni fomenta la resignación, ni escapa del sufrimiento pensando en un más allá, sino que ayuda al anciano a vivir su situación con otro talante, a mirarse a sí mismo, la vida y la muerte con otros ojos.

¿Qué actitudes debe fomentar el acompañante en un mayor creyente?

1). Un sentido por el cual interpretar la propia vida.

2). Una serie de actitudes que generen salud.

Una manera de vivir saludablemente (con el menor sufrimiento) su situación.

a. Sentido. La experiencia de Dios como respuesta por el sentido de la vida.

b. Esperanza en Dios. Como algo que genera seguridad y confianza. Dios.

c. Reconciliación. Ayudar a vivir en un Dios que es amor y es perdón.

3). Ayudar a sanar las imágenes de Dios.

a. Pasar de un Dios justiciero, que juzga, castiga y exige sacrificios a un Dios que perdona, que ama, libera y quiere la felicidad de la persona.

b. Liberar de la culpa. Repasar la vida desde los acontecimientos positivos que ha vivido, ayudar a poner en orden sus experiencias, además de los asuntos más materiales.

Ayudarle a reconciliarse con él, con su entorno, y con Dios.

2.3. El diagnóstico desde el punto de vista espiritual y religioso.

Cuando una persona mayor ingresa en un centro se le suele hacer una valoración geriátrica integral. Desde la medicina se estudia su situación clínica, desde la psicología su estado psicológico y cognitivo, sus relaciones,....

Si hablamos de una atención integral el diagnóstico espiritual también debería estar presente.

Si es un hecho que el anciano tiene unas necesidades espirituales, habrá que detectarlas para poder responder a las mismas.

El diagnóstico espiritual, aunque tiene sus parámetros y herramientas, no podemos decir que es un instrumento científico en su sentido más estricto. (Un diagnóstico médico es muy concreto: se ven unos síntomas, se diagnostica la enfermedad y se pone un tratamiento). Es decir no pretende llegar a conclusiones acabadas y completas, entre otras cosas porque nos movemos en un terreno que no se puede medir de esta manera (mundo de los valores, sentimientos, relaciones)

El diagnóstico espiritual es un instrumento para acompañar mejor al mayor. Por eso no se trata tanto de rellenar los casilleros del formulario, no se busca tanto obtener información, y sí se trata de entablar una relación significativa que facilite el diálogo al anciano desde su libertad.

Una relación en la que el que hace el diagnóstico debe saber dónde se encuentra el anciano, qué le preocupa, cómo es su mundo interior. Debe saber interpretar la situación global de la persona.

El diagnóstico espiritual se refiere a las vivencias pasadas de la persona, a sus referencias presentes y a sus expectativas futuras.

F. Prat Puigdengolas define de esta manera el diagnóstico espiritual *“el proceso durante el cual el agente de pastoral organiza e interpreta las informaciones verbales y no verbales emitidas por el anciano con respecto a sus necesidades espirituales. El objetivo de ese proceso, es para el agente, comprender al anciano, su universo y el significado que conlleva para él la interacción con ese universo. Es una herramienta para “meterse en el pellejo del otro”, percibir qué es lo significativo para él, cuáles son sus inquietudes más profundas”* (Francisco Prat Puigdengolas *“Acompañando a las personas mayores en residencias”* pag. 30)

El agente en todo este proceso debe ser capaz de aportar iniciativas y caminos que el anciano pueda seguir. La propia relación, basada en la aceptación incondicional y el respeto, se convierte en el diagnóstico.

- El diagnóstico puede ser mal utilizado cuando:
 - Lo convertimos en un juicio moralizante.
- Cuando estamos demasiado condicionados por un esquema propio y previo que además consideramos "verdad absoluta" (ej. Convertir al otro).
- Cuando dialoguemos con el mayor con el único objeto de obtener información para rellenar el formulario.
- Cuando entramos en diálogo con el mayor sin pedirle permiso. (sentirse violento, tenso,...)

2.4. El servicio de atención espiritual y religiosa.

RAZON DE LA EXISTENCIA DE ESTE SERVICIO

Contar con la posibilidad de poder compartir y en la medida de lo posible dar respuesta a dichas cuestiones es un derecho de toda persona, aunque no tenga un carácter oficial, ni esté garantizado por ley (ni siquiera en los centros públicos). Sí es un derecho que pide ser reconocido a nivel oficial. En los centros sanitarios si existe una regulación jurídica de este Servicio (Osakidetza y las diócesis vascas lo firmaron en 1994. "Convenio de Asistencia religiosa Católica para los Centros Hospitalarios de Osakidetza")

La condición creyente y el sentido de pertenencia eclesial de la mayoría de estas personas hace ver la necesidad de un Servicio de Atención Religiosa. Una vida que ha estado marcada por la presencia de lo religioso en acontecimientos importantes de su vida personal, familiar y social no puede quedar al descubierto en esta etapa final.

OBJETIVOS DEL SERVICIO

El objetivo general y que centra toda acción será: **Atender humana y espiritualmente (religiosamente) a los mayores ingresados en los centros socio-sanitarios.**

Su cometido básico es sostener al mayor en su condición humana y creyente, cuidando la vivencia y expresión de esa vida espiritual, de modo que

esta experiencia le ayude a afrontar de modo positivo y saludable las pérdidas, el dolor o la muerte.

Se trataría de ayudar al mayor a culminar su vida, contemplando latrayectoria vital realizada con objetividad, agradecimiento y paz, y mirando al futuro con esperanza.

Junto a este objetivo principal, aparecen muy ligados estos otros:

- 1.- La integración de este servicio en el conjunto del proyecto del centro.
- 2.- La relación humana y espiritual (religiosa) con los familiares y allegados de los mayores.
- 3.- El cuidado y acompañamiento de los integrantes del equipo del servicio espiritual/religioso.
- 4.- La relación humana y espiritual de los profesionales y trabajadores del centro.

EL EQUIPO DEL SERVICIO

Para que pueda desarrollarse el servicio pretendido es imprescindible contar con recursos humanos. Hasta ahora ha estado habitualmente compuesto por sacerdotes que ejercían de capellanes, bien a tiempo completo (incluso viviendo en el mismo centro) o bien, dedicando un tiempo de su función pastoral a esta labor.

Desde hace tiempo, hablamos de los años 60, esto empieza a cambiar y se empieza a hablar de los agentes de pastoral como la figura que abarca tanto a los sacerdotes, religiosos-as y laicas-os.

COMPONENTES DEL EQUIPO

El ideal de un equipo de estas características estaría integrado por sacerdotes, religiosos y laicos voluntarios-as o con dedicación exclusiva (mediante un contrato de trabajo).

Habría que tender hacia los equipos mixtos que cuenten con una implicación real de estos agentes, ya que la atención por parte de un buen equipo redundará siempre en un mejor servicio al anciano.

El papel del sacerdote sigue siendo relevante sobre todo en la administración de los sacramentos (la unción, la reconciliación y la eucaristía) y simbólico para muchos de nuestros mayores educados en la religiosidad de la posguerra donde la figura del sacerdote y la religiosa gozan de un plus de "autoridad moral" a la hora de pedir consejo o tratar problemas más espirituales/religiosos.

Los laicos, su presencia y el tiempo que dedican a estar con los ancianos va siendo cada vez más querida y requerida por los propios mayores. Procedentes de los grupos parroquiales de pastoral de la salud, Caritas o de la **Fundación Hurkoa** (Fundación que atiende a la tutela de mayores y enfermos mentales).

El seguimiento y la formación que con ellos se hace van configurando un estilo que pasa de la mera visita puntual al acompañamiento en el que el seguimiento, la escucha y la actitud empática son los pilares de esta presencia. (En Gipuzkoa son 800 los voluntarios, agentes de pastoral de la salud, que pertenecen a 110 grupos parroquiales)

En cuanto a los religiosos/as, muchas de nuestras residencias han sido o son regentadas por congregaciones religiosas que cuentan con un carisma de atención a personas mayores y a enfermas, sería bueno contar con su presencia en el equipo. (1700 religiosas de vida activa en la diócesis de San Sebastián)

Sería interesante contar en este equipo con personas trabajadoras del propio centro así como de los residentes que quieran participar de las actividades y vida del equipo del servicio espiritual. Así, el servicio ganaría en realismo.

Por último sería bueno que quienes conforman el equipo pastoral trabajen de forma y coordinada y en colaboración con el personal socio-sanitario y responsables del centro.

Para ello el equipo no tiene que prestar su servicio de manera informal e incontrolada, sino que habrá tenido lugar un acuerdo entre la dirección

del centro y la autoridad de este equipo (responsables eclesiales) sobre su identidad y funciones.

El servicio debe estar integrado como otro más en la marcha del centro.

Enumeramos a continuación las características que debiera tener el agente de pastoral:

- Persona con identidad cristiana y eclesial definida, concibiendo su labor de acompañamiento a los ancianos como parte del servicio que la comunidad eclesial ofrece a estos.
- Persona creyente y abierta a ahondar más en su fe.
- Persona de equipo, dispuesta a reunirse, coordinarse y llevar a cabo su labor junto con otros.
- Con cierta vocación para estar con los mayores.
- Persona amable y abierta para las relaciones con el anciano, sus familiares, los trabajadores del centro,...
- Persona facilitadora, en actitud de servicio hacia el mayor, familiar, centro,...
- Persona que acoge y aborda con delicadeza las inquietudes e interrogantes más profundos de los que atiende.
- Persona dispuesta a formarse.
- Persona que participa de las actividades que se derivan de su labor (oraciones, celebraciones,...) y del propio centro.
- Persona discreta, que respeta el derecho a la confidencialidad e intimidad de los mayores.

FUNCIONES Y TAREAS DEL EQUIPO

Algunas de las funciones del equipo de pastoral serían:

- 1). Elaborar un proyecto de atención espiritual y pastoral para el centro. Presentarlo a la dirección del centro para que sea reconocido y asumido. El proyecto constaría de :

- a. Una justificación. (quienes somos, qué queremos, con qué estilo,...)
 - b. Objetivos generales (las grandes líneas que nos proponemos)
 - c. Objetivos específicos (concreciones, lo más concisas posibles de lo que queremos)
 - d. Acciones y/o actividades programadas.
 - e. Recursos con los que contamos (humanos, materiales y económicos)
 - f. Temporalización: cuándo se van a llevar a cabo las acciones o actividades.
 - g. Evaluación: con indicadores que nos aporten datos sobre la intervención y criterios para hacer una valoración.
- 2). Visitar y acompañar de forma programada y también espontánea a los residentes, con una atención especial hacia los más solos, desamparados y necesitados. Mostrarles cercanía y afecto. Estamos hablando del encuentro pastoral.
 - 3). Ocuparse de las necesidades espirituales y religiosas de los residentes valorando su experiencia, respetando sus creencias y procesos personales (diagnóstico de pastoral).
 - 4). Orar con ellos. Sobre todo en situaciones de dificultad.
 - 5). Ofrecerles los sacramentos (Eucaristía, Reconciliación, Unción)
 - 6). Relacionarse, apoyar y acompañar a los familiares de los residentes mostrando disposición y espíritu de servicio. Contactar y animar a sus amigos y aquellas personas que estiman para que se interesen por ellos y los visiten.
 - 7). Preparación y motivación de las celebraciones religiosas (sean sacramentales o no), sobre todo en los tiempos de Adviento, Navidad, Cuaresma, Semana Santa y Pascua.
 - 8). Coordinarse con el ámbito diocesano, es decir, estar atentos a campañas, celebraciones especiales,... como son las de Misiones, Caritas o la Pastoral de la salud, y también a nivel de centro:

celebrar el día de las personas mayores (1 de octubre), patrón o patrona del centro, día de familias,...
 - 9). Acompañar a los familiares en el fallecimiento del mayor, sean exequias cristianas o no. Facilitar, si la familia lo requiere, el contacto con la parroquia, o preparar la celebración si el funeral es en el mismo centro. Acompañar en el duelo.
 - 10). Colaborar con el personal del centro, desde la autonomía y la función propia, en todo aquello que suponga bienestar para el residente.
 - 11). Velar para que el residente sea respetado en sus derechos personales y sea atendido con eficacia y dignidad. Cuidar la humanización de su vida cotidiana.
 - 12). Cuidar y suscitar el voluntariado, ofreciéndole una formación de tipo básica (proceso de envejecimiento, psicología, necesidades espirituales, derechos, aspectos legales, Relación de ayuda, aspectos teológicos básicos,...) y también coordinando su actuación y acompañándoles en su inserción y labor posteriores.
 - 13). Contribuir a potenciar una cultura y ambientes más favorables para los mayores, desmontando estereotipos negativos sobre la vejez y dando a conocer los aspectos positivos de la ancianidad, y ratificando el valor de la vida hasta su fin.
 - 14). Sociológicamente, una inmensa mayoría de los residentes son católicos, y como consecuencia el agente de pastoral está vinculado a la confesión católica. Deben prevalecer el respeto máximo e igual trato al que piensa diferente. Mostrar una actitud ecuménica y de colaboración interreligiosa. Coordinarse y facilitar la atención humana y de fe que puedan prestarle los responsables y miembros de su propia tradición religiosa. Esta actitud abierta y solidaria incluye a los mayores que no muestren sensibilidad alguna ni pertenezcan a ninguna tradición creyente.

15). Ayudar a las personas mayores en las decisiones de carácter ético. En el cuidado de las personas mayores en las residencias surgen conflictos éticos relacionados con el testamento vital, el encarnizamiento terapéutico, los malos tratos, cuestiones relativas a incapacitaciones, tutelas, todo lo que tiene que ver con las actitudes en los cuidados y la formación adecuada de los cuidadores. Habría que ir creando los comités de bioética en los centros residenciales (sí los hay en los hospitalarios) que ayudarán en la resolución de estas situaciones.

Bibliografía

- AIZPITARTE, P. Atención religiosa y pastoral en residencias de ancianos. Diócesis de San Sebastián.
- BERMEJO, J.C. La relación de ayuda a la persona mayor. Madrid. *Sal Terrae*, 2004.
- BERMEJO, J.C. Cuidar a las personas mayores dependientes. Madrid. *Sal Terrae*, 2002.
- BERMEJO, J.C. Relación Pastoral de ayuda al enfermo. Madrid. *San Pablo*, 1993.
- COMISION EPISCOPAL DE PASTORAL. La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales. Madrid. *Conferencia Episcopal Española*, 1987.
- COMISION DE TRABAJO Y SANIDAD DEL PARLAMENTO VASCO. Plan gerontológico de Euskadi. *Vitoria*, 1994
- DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD. Congreso Iglesia y Salud. Madrid. *Conferencia Episcopal Española*, 1994.
- DIOCESIS DE SAN SEBASTIAN. Una iglesia al servicio del evangelio. *San Sebastián. Idatz*, 1999.
- GOIKOETXEA, M. El acompañamiento en las decisiones éticas. *Labor Hospitalaria* 278. 2005.
- PANGRAZZI, A. Girasoles junto a sauces. En diálogo con los enfermos. *Cantabria. Sal Terrae*, 2000.
- PRAT PUIGDENGOLAS, F. Acompañando a las personas mayores en Residencias. Guía para el seguimiento humano y espiritual. Madrid. *Sal Terrae*, 2003.
- TORRALBA, F. Necesidades espirituales del ser humano. *Labor Hospitalaria* 271. 2004.

Pastoral de la Salud en el mundo del sufrimiento psíquico.

> Mirari Korta.

Responsable del Servicio de Pastoral del Hospital Aita Menni. San Sebastián.

En este apartado sobre la acción pastoral en torno al mundo del sufrimiento psíquico, la autora ha considerado importante presentar un pequeño recorrido histórico de la evolución que socialmente ha supuesto la vivencia de la enfermedad en sí y de la enfermedad mental en particular. De este modo se pueden encontrar, probablemente, las claves para entender las dificultades con las que muchos grupos y agentes se están encontrando a la hora de buscar una atención pastoral acertada y de calidad.

Más adelante, en el apartado dedicado a las repercusiones personales, familiares y en el entorno de la persona con enfermedad mental, no se explica el contenido de cada una ya que se trata de reflejar cómo queda afectada la persona y su entorno en los ámbitos fundamentales de su vida.

Finalmente se da un repaso a la pastoral de la salud en cuanto a la parroquia y al voluntariado presentado la experiencia del Hospital Aita Menni. ▶

1. Evolución social ante la enfermedad.

A través de la historia, la enfermedad ha sido con frecuencia causa de marginación social, entendiéndola como una situación de exclusión o no integración expresada fundamentalmente en falta de participación en el seno de la sociedad a la que se pertenece.

En el mundo antiguo en general la enfermedad no sólo equivalía a debilidad, dolor o una experiencia de la disminución de la vida, sino que implicaba también la marginación e incluso exclusión de la vida de la comunidad.

En esta época antigua y como ejemplo valga Israel se establecía un vínculo entre enfermedad, dolor y pecado que conllevaba la expulsión de los enfermos de la comunidad tanto social como religiosa.

En tiempo de Jesús, permanece todavía esta concepción que vinculaba enfermedad y pecado de forma bastante generalizada.

Jesús rechaza esta concepción y Él mismo se pone en contacto con los enfermos, los acoge, los cura, los defiende frente a la sociedad y los incorpora a la convivencia.

Otra concepción que perduró hasta el siglo XVII habla de la enfermedad como aquel estado antinatural donde el orden natural lo constituían la salud y la felicidad.

Actualmente, se trata más bien de una lucha de valores, ya que en una sociedad donde lo que prima y premia es lo productivo, la eficacia, el bienestar en grado sumo, todo aquello que aleja de estos fines es algo que se tiende a dejar de lado.

2. Evolución de la visión de la enfermedad mental

Si como hemos visto, la enfermedad en sus más distintas manifestaciones, ha sido fuente de marginación social podemos decir que la enfermedad mental ha sido y aun hoy sigue siendo fuente de especial incomprensión e incluso de rechazo.

Remontándonos al tiempo de Jesús, la vinculación de la enfermedad con el pecado era llevada hasta el extremo en el caso de la enfermedad mental pues se consideraba que ésta era provocada por un "espíritu inmundo" y por tanto era "necesario" que viviera al margen de la sociedad y de la comunidad creyente.

En los siglos posteriores y especialmente desde la Edad Media, el tratamiento que han recibido estas personas ha ido evolucionando pasando desde su ingreso en centros que eran verdaderas prisiones, para ser más tarde lugares de atención a sus necesidades básicas y en la medida en que la evolución médica ha permitido conocer la enfermedad se pasó a la atención sanitaria psiquiátrica propiamente dicha.

Cabe aquí destacar el importante esfuerzo que algunas congregaciones religiosas han realizado durante los últimos siglos en la atención y cuidado de las personas que han sufrido esta enfermedad.

Sobra decir que el peso de la concepción socio-religioso-cultural de la enfermedad mental ha sido un factor decisivo en la tardía investigación y tratamiento de la enfermedad. Tardía, entiéndase, respecto al desarrollo de la medicina para la salud física.

3. Repercusiones personales, familiares y en el entorno de la persona con enfermedad mental.

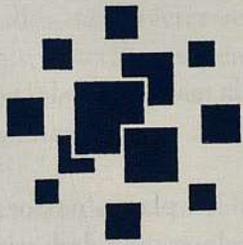
3.1. Repercusiones personales de la enfermedad mental

- Ambito personal, proyecto de vida personal
- Entorno familiar
- Entorno social
- Ambito laboral
- Ambito económico

3.2. Repercusiones en la familia y en el entorno de la persona con enfermedad mental

- Entorno familiar

- Proyecto de vida familiar y de cada uno de sus miembros
- Entorno social
- Ambito laboral
- Ambito económico
- Según un estudio realizado por FEAFES (Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales) los datos sobre las personas que llevan la responsabilidad de la atención en las familias responden al siguiente perfil:
 - mujer
 - 58 años
 - casada o con pareja y con otros hijos/as
 - dedicada a la atención familiar
 - madre de la persona con enfermedad mental
 - más de 10 años dedicada al cuidado
 - responsables de la toma de medicación
 - 80 por cien de los casos no se sustituye el cuidado
 - lo que más quieren son unas vacaciones
 - lo que más les preocupa: el futuro
 - afectadas (salud física y psíquica)



agefred

Una compañía de
Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico
Gestión Técnica de la Energía
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037
E-mail: agefred@agefred.es

4. Necesidades de las familias de las personas con enfermedad mental

- Necesidades de cada uno de los miembros
- Necesidades económicas
- Necesidades de apoyo social y nuevos recursos
- Necesidades de tipo formativo
- Necesidad de reconocimiento a su tarea

5. Pastoral de la salud y el mundo del sufrimiento psíquico.

Ante una sociedad donde se valora la eficacia, la juventud y la salud, paradójicamente se hace cada vez más presente la realidad de la enfermedad mental. Hecho éste que está haciendo saltar las alarmas de comunidades cristianas y parroquias que comienzan a cuestionarse sobre la labor pastoral a realizar. Existe pues un interés y una preocupación creciente que están siendo impulsores de nuevas experiencias y reflexiones. Quisiera presentar dos de ellas.

Por un lado, la de una parroquia cuya actividad pastoral en torno a la enfermedad mental se ha centrado en los familiares, sobre todo madres de enfermos, y que consiste en reunirse semanalmente con ellas con el objetivo de ofrecer un espacio de convivencia social, donde lo fundamental es la comunicación y la cercanía humana.

Por otro lado, en la diócesis de San Sebastián, respondiendo a la inquietud de muchas personas y grupos como señalaba anteriormente, se está llevando a cabo un seminario por segundo año consecutivo: "La persona con enfermedad mental en la parroquia". El grupo que está participando en dicho seminario está compuesto por: personas voluntarias de Pastoral de la Salud, Cáritas, Pastoral Penitenciaria, la Fundación Hurkoa (fundación tutelar), la Delegación de Pastoral de la Salud de Donostia y profesionales del servicio de pastoral de los hospitales psiquiátricos San Juan de Dios y Aita Menni

Quisiera ahora presentar la experiencia del trabajo

pastoral dentro del marco de un hospital, en concreto el Hospital Aita Menni.

El Hospital Aita Menni es una institución privada sin ánimo de lucro, perteneciente a la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

La existencia de un Servicio de Pastoral en el centro, está fundamentada en:

- la cultura religioso-humanista proveniente de su propia tradición,
- su voluntad de ofertar una asistencia integral a los pacientes,
- la legislación que ampara el derecho a la asistencia religiosa de los mismos.

Son funciones del servicio:

- Garantizar el ejercicio del derecho a la asistencia religiosa de los pacientes y residentes con el debido respeto a la libertad religiosa y de vivencia espiritual.
- Atender y potenciar la maduración de la dimensión religioso-espiritual.
- Asumir y transmitir los planes pastorales de la Ilgesia diocesana a la comunidad cristiana del centro.
- Coordinar el servicio de voluntariado en el centro.

Las funciones señaladas son llevadas a cabo a través de un programa de actividad pastoral anual, elaborado desde los siguientes criterios:

- Atención a todas las dimensiones de la experiencia religiosa: anuncio, celebración, servicio y comunión.
- Atención personalizada a los pacientes y residentes diseñando actividades adecuadas a sus características y capacidades.

- Integración de la actividad pastoral en la dinámica asistencial y en la estructura del hospital.

El servicio está gestionado por un equipo del que somos miembros un capellán y 3 agentes de pastoral. Dentro de toda la actividad organizada desde el servicio y pretendiendo abarcar las dimensiones anteriormente citadas podemos agrupar nuestra actividad en los siguientes apartados:

- Actividades realizadas en las propias áreas clínicas donde se programan y desarrollan:
 - Celebraciones litúrgicas
 - Grupos de catequesis y reflexión
 - Oferta de una atención individual e individualizada
 - Atención religiosa a pacientes difuntos y acompañamiento en el duelo a familiares.
- Actividades de carácter más generalizado y dirigido a la comunidad hospitalaria en general:
 - Celebraciones litúrgicas: semanales, en tiempos fuertes, en festividades propias de la congregación, sacramento de la unción de enfermos...
- Actividades de carácter religioso no litúrgico, consistente generalmente en grupos de reflexión y oración enmarcados en tiempos litúrgicos vividos más intensamente dentro del calendario.
- Otras actividades como colectas y gestos de solidaridad organizadas también anualmente.

También para el servicio de pastoral de este centro se presentan nuevos retos a asumir, nuevos planteamientos sociales que se insertan en la comunidad y que nos llevan a reflexiones internas de cómo plantear una atención adecuada y de calidad también hacia las nuevas realidades que se nos presentan. Y me refiero concretamente a toda esta nueva cultura más ajena a la vivencia religiosa, aunque no tanto a la espiritual.

No quisiera terminar este apartado sin presentar el que quizás es el ámbito donde más se acercan agentes de pastoral de las iglesias locales y hospital, y es el servicio de voluntariado.

A través de este servicio se coordinan todas las visitas que periódicamente realizan agentes de pastoral de distintas parroquias a grupos de pacientes que voluntariamente han aceptado entablar una relación con personas voluntarias. Son personas, las voluntarias, a las que sí se les pide un compromiso continuado y constante, se les pide apertura para atender a los pacientes que más necesidad de relación social puedan tener y la valoración que desde el servicio hacemos y constatamos a lo largo de los años es que se trata de una actividad sumamente positiva para los pacientes. (Y también para los voluntarios).

6. Líneas de acción orientativas en la labor pastoral

La reflexión de este apartado, está basada en una aportación de Don José Antonio Pagola, para un seminario que se está llevando a cabo en la diócesis de San Sebastián, en torno a la parroquia y su atención a las personas con enfermedad mental.

Las comunidades cristianas están realizando un esfuerzo importante en el mundo de los enfermos más necesitados y desasistidos. El campo de la salud mental es propio de la acción de la Misión de la Iglesia porque se trata de personas que sufren y posiblemente sea uno de los sufrimientos más profundos.

La gran carga que históricamente ha arrastrado la enfermedad mental ha ido creando una situación de marginalidad en torno a estas personas, en la medida en que han sido los grandes ausentes tanto a nivel social como dentro de la propia Iglesia en los distintos campos de la acción pastoral.

Exceptuando eso sí, algunas congregaciones y grupos más sensibilizados que se han dedicado al cuidado y atención de estas personas.

A la hora de marcarnos un modo de hacer pastoral en este ámbito de la salud mental, debemos dirigir nuestra mirada a Jesús y a los Evangelios. El dejó bien marcadas las pistas. (Mc 5, 1-20)

- Como primera actitud quizás podríamos marcar la de estar atentos a la realidad de nuestro entorno, atentos a las personas con las que nos encontramos en el camino de nuestra vida día a día.

Σ

- Pensar que quizás necesitamos cambiar nuestra manera de ver la enfermedad mental, porque nos ayudará a ver al ser humano que está sufriendo la enfermedad.

- Tratar de superar las barreras que los prejuicios y la historia han interpuesto a lo largo de tantos años y siglos.

- Potenciar actitudes de respeto a la hora de hablar en torno a la enfermedad y de entablar una relación con la persona que está sufriendo.

- Tener presente que el saber escuchar, con mayúscula, es imprescindible para poder crear relaciones pastoralmente sanantes.

- No olvidar que el valor de la gratuidad siempre ha de estar presente. Gratuidad en el sentido de no tratar de obtener resultados concretos a través de la tarea pastoral. A veces, sólo se trata de ser presencia, de saber estar, de no huir.

- Tratar de que sean nuestros gestos los que hablen, gestos de apertura real y de cercanía profundamente humana.

- Potenciar y fomentar la integración en la comunidad:

- A nivel social: defendiendo su dignidad, y apoyando las reivindicaciones de sus derechos para mejorar su calidad de vida.

- A nivel individual: a través de una adecuada orientación y acompañamiento por ejemplo en la búsqueda de recursos que tengan derecho a percibir y disfrutar.

- A nivel eclesial: para que puedan ser miembros realmente integrados y activos en los distintos ámbitos de la actividad pastoral, parroquial etc.

La Pastoral de la Salud en los movimientos eclesiales.

> José M^a Marín Sevilla.

Consiliario General de la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos de España.

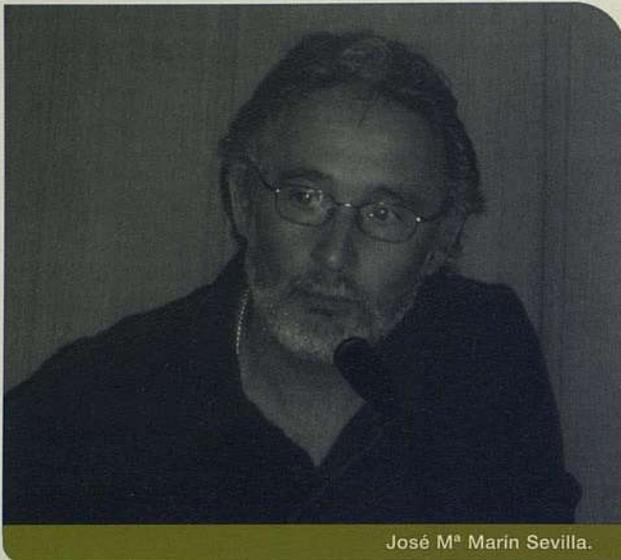
En esta exposición, el autor quiere transmitir lo que los propios enfermos, las personas con discapacidad, los seglares y laicos -mujeres generalmente- han aportado a una de las mejores páginas de la historia de la Iglesia: su servicio generoso, permanente y admirable a los enfermos de todos los tiempos.

Ha dividido su exposición en tres grandes apartados o momentos: en una primera parte de perspectiva histórica, traza un breve recorrido por el servicio a los enfermos realizado por la Comunidad Cristiana en su conjunto que nos ayudará a valorar la presencia de los laicos y sus organizaciones en este campo de la pastoral.

En la segunda parte dedicada al Apostolado Secular y a la Pastoral de la Salud, analiza lo que hoy se vive desde el apostolado secolar como exigencia de la realidad de los propios enfermos y de la misma misión evangelizadora de la Iglesia, que nos ayuda a conocer la realidad para afrontar el futuro con renovada esperanza.

Y finalmente señala algunas líneas de actuación que, tanto la Comunidad Cristiana en su conjunto como la Pastoral de la Salud y los propios afectados creyentes, pueden ir asumiendo para hacer frente al desafío de la plena incorporación activa de los mismos en la misión evangelizadora de la Iglesia en el mundo de la enfermedad y la discapacidad.

Efectivamente, el recorrido por el servicio a los enfermos realizado por la comunidad eclesial en su conjunto pone de manifiesto que la finalidad de todo su proyecto espiritual, la intención última de todas y cada una de sus propuestas constituye una verdadera y auténtica fuente de salud que ha regado la historia entera fruto de su seguimiento de Cristo. ▶



José Mª Marín Sevilla.

Al iniciar mi intervención en las XXXI Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud deseo sugerir algunas claves desde las que interpretar su contenido.

Generalmente escuchamos con gusto y concedemos importancia a la aportación de los estudiosos y especialistas de los temas que nos preocupan en cada momento. Creo que es importante saber escuchar, no sólo a los “sabios y entendidos” sino, con mayor interés y empeño a la gente sencilla, a los “más los pequeños”, a las personas con enfermedad.... ¡Cuánto nos perdemos por escuchar tanto a los expertos doctores dejando de lado la vía de acceso a la sabiduría que se “oculta” a los que se instalan cómodamente en las conquistas de su propio saber! En esta exposición quisiera, pues, transmitir lo que los propios enfermos, las personas con discapacidad, los seglares y laicos –mujeres generalmente- han aportado a una de las mejores páginas de la historia de la Iglesia: su servicio generoso, permanente y admirable a los enfermos de todos los tiempos.

Hay un texto de la Sagrada Escritura, que nos presenta un reto que quizá nos asuste, pero que no podemos eludir: ¿Hasta cuando tendré que aguantar vuestros discursos? dice el enfermo Job a sus amigos píadosos y sanos. Creo que es necesario hacer un

verdadero esfuerzo por conceder mayor protagonismo a la experiencia, los silencios y las palabras de los propios enfermos frenando, al mismo tiempo, nuestro deseo de explicarlo todo con discursos y reflexiones pías -las más de las veces-, vacías y lejanas- que abruman y en lugar de ayudar a vivir el misterio de la fragilidad corporal y del sufrimiento, lo hacen insoportable.

Escribe san Ignacio de Loyola en los Ejercicios Espirituales que: “no el mucho saber harta y satisface el alma, sino el sentir y gustar las cosas internamente”¹. Esta quiero que sea la convicción con la que invitaros a conocer y acoger el contenido de esta ponencia, que no es más que un pequeño fragmento de la experiencia compartida todos estos años con la FRATER.

- Gustar, sentir, gozar... las cosas que hizo Dios en el corazón de tantos y tantos creyentes que sirvieron a sus hermanos enfermos, para gustar, sentir, gozar de esas mismas cosas cuando se producen, también hoy, en nosotros.
- No es esta una aportación para aumentar nuestros conocimientos, ni el saber erudito... No es este un acto académico sino una reflexión compartida, una celebración gozosa de la fe que compartimos.

Con ella deseo contribuir al empeño permanente de la comunidad eclesial, y muy particularmente de la Pastoral de la Salud: iluminar desde la fe, con palabras y obras, la fuerza evangelizadora de la que es portadora el misterio del dolor, el sufrimiento y la fragilidad del ser humano; fragilidad que se manifiesta de manera particular en la enfermedad y la discapacidad física.

Finalmente, plantear la Pastoral de la Salud desde los movimientos de la Iglesia nos obliga a clarificar desde el inicio a qué movimientos u organizaciones eclesiales nos referimos. El campo es tan amplio que es necesario delimitar el tema:

1- EE 2.

haremos referencia a los movimientos laicales en general, y muy particularmente a los movimientos de apostolado seglar. Y en este, también amplísimo campo de la pastoral, trataremos de aquellos que de una u otra forma tienen relación directa con el servicio pastoral realizado en el mundo de la Salud.

En tres grandes apartados o momentos dividiremos nuestra exposición:

- 1). Perspectiva histórica: un breve recorrido por el servicio a los enfermos realizado por la Comunidad Cristiana en su conjunto nos ayudará a valorar la presencia de los laicos y sus organizaciones en este campo de la pastoral.
- 2). Apostolado Seglar y Pastoral de la Salud: analizar lo que hoy, vivimos desde el apostolado seglar como exigencia de la realidad de los propios enfermos y de la misma misión evangelizadora de la Iglesia, nos ayudará a conocer la realidad para afrontar el futuro con renovada esperanza.
- 3). Finalmente señalaremos algunas líneas de actuación que, tanto la Comunidad Cristiana en su conjunto como la Pastoral de la Salud y los propios afectados creyentes, podemos ir asumiendo para hacer frente al desafío de la plena incorporación activa de los mismos en la misión evangelizadora de la Iglesia en el mundo de la enfermedad y la discapacidad.

Para comenzar adelantamos una de las metáforas médicas de los primeros autores cristianos:

“Sanar es obra que no pertenece a nadie más que a Dios y a su Logos (...)”². Él era el médico supremo que podía curar toda enfermedad y dolencia; pero también sus discípulos Pedro o Pablo, e incluso los profetas son médicos, y todos aquellos que después de los apóstoles han sido establecidos en la Iglesia”³.

Efectivamente, el recorrido por el servicio a los enfermos realizado por la comunidad eclesial en su conjunto pone de manifiesto que la finalidad de todo su proyecto espiritual, la intención última de todas y cada una de sus propuestas constituye una verdadera y auténtica fuente de salud que ha regado la historia entera fruto de su seguimiento de Cristo.

Extraordinaria experiencia que llega a nosotros como legado y misión.

1. Breve recorrido Histórico.

INICIATIVAS LAICALES EN EL MARCO DEL SERVICIO PERMANENTE A LOS ENFERMOS EN LA COMUNIDAD ECLESIAL.

La acción de la Iglesia con los enfermos ha estado siempre estrechamente vinculada al “mandato evangélico del amor al prójimo”, al testimonio de la comunidad eclesial y, y por ello también, a las necesidades concretas de cada época.

La perspectiva histórica se hace necesaria para que la valoración del panorama de actitudes y acciones realizadas por la comunidad cristiana desde sus orígenes hasta nuestros días al servicio de los enfermos, nos permita, situar esta acción pastoral en su contexto original y básico: la fuerza testimonial y la luz de la fe de la Iglesia en la que, como herederos y administradores fieles, sus pastores primero, las ordenes religiosas después, y finalmente los laicos vivieron y testimoniaron su fe en Jesucristo.

Los testimonios que la historia de la Iglesia nos proporciona de proximidad y servicio a los enfermos y disminuidos físicos, son tan abundantes que

2- Orígenes, Commentarii in Mathaeum, XVI, 24. PG 23, 1455.

3- Orígenes, Homiliae in Psalmos 37, I, 1. PG 22, 1370.

ciertamente constituyen en su conjunto, una "extraordinaria historia de caridad"⁴.

En relación con esta historia de caridad con los pobres (y, entre ellos, con los enfermos, discapacitados y moribundos) la influencia de los Padres ha sido fundamental, tanto que podemos afirmar que en gran parte este servicio, permanente en la Iglesia, está fundamentado e inspirado en sus enseñanzas y en su mismo testimonio de caridad con los necesitados. Los Santos Padres representan la continuidad y la interpretación auténtica del mensaje de Cristo y de la doctrina de la Iglesia.

Es muy importante subrayar este aspecto: la enorme aportación de la Iglesia frente a la enfermedad, el dolor y el sufrimiento de la humanidad a través de su atención a los enfermos, en su conjunto no se ha limitado, en modo alguno, a ayudar a los enfermos, a luchar contra el dolor y la fragilidad corporal; sino que, con la fuerza de la fe, con la oración y los sacramentos, con la doctrina de los Padres y del magisterio ha ido iluminando esta realidad hasta llenar de sentido y valor el sufrimiento humano, con el que ha sido solidaria en su entrega generosa y permanente.

La importancia de los Padres se manifiesta tanto en las acciones que conducen a sostener y animar el cuidado y la ayuda directa hacia los enfermos como en su doctrina acerca de la vinculación de la fe con el servicio y el amor a los más necesitados: transmiten con sus enseñanzas el verdadero sentido del sufrimiento humano, infunden con su palabra y con su testimonio personal esperanza, animando a unir los propios sufrimientos a la pasión y muerte de Cristo en la cruz, denuncian públicamente la situación de abandono e injusticia a la que están siendo sometidos por los poderosos⁵...

1. Desde los orígenes de la Iglesia, los fieles cristianos han acompañado a sus pastores en la acción caritativa con los necesitados y enfermos:

1.1. Primeros centros de acogida:

A la Iglesia, reconocida públicamente después del Edicto de Milán en el año 317, se le presenta la ocasión para iniciar el cuidado de los enfermos de manera institucional, en casas y centros de acogida. *"La hospitalidad fue el término empleado para traducir al latín la palabra griega philoxenia, que expresa el amor al extraño, la acogida como huésped del extranjero y desconocido. Los primeros hospitales, como se denominaron a estos centros, querían ser el hogar del enfermo, donde, aunque ya se emplearan las ayudas técnicas disponibles, no faltaban el altruismo y la filantropía"*⁶.

Junto a la viviendas de los obispos y las catedrales, van surgiendo otras instalaciones para acoger y atender a los necesitados y a los enfermos⁷. *"En las parroquias las 'matrículas' eran cajas de socorro para quienes se hallaban inscritos. La 'domus Dei', es el antepasado directo de muchos de los hospitales generales actuales"*⁸; todos estos establecimientos tienen el mismo origen: una catedral, una parroquia, un monasterio... Es muy esclarecedora en este sentido la Didascalia (ordenanza eclesiástica) en el siglo III, que refleja con toda claridad esta dimensión eclesial y comunitaria de la atención a los necesitados y enfermos.

La prioridad del servicio a los más necesitados llegó a tal extremo que los obispos alimentaban a las poblaciones hambrientas y atendían a los necesitados vendiendo incluso los vasos sagrados que se utilizaban para la Eucaristía⁹.

4- Evangelium vitae (EV) 87d.

5- Una síntesis sobre los padres de la Iglesia y los enfermos en C. Corsato, "I volti della cartta dei padri della Chiesa", Gregoriana, Padova (1997) 104-125.

6- Cf. Eduardo López Azpitarte, "Los derechos del enfermo", Proyección 40 (1993) 26.

7- A. Borrás, "Los grandes jalones históricos de la presencia de la Iglesia en el mundo de los enfermos", Labor Hospitalaria, Ed. Hermanos de San Juan de Dios, Barcelona, año 34 185, XIV, 145.

8- M. Mollat, "Movimientos de pobreza y servicio a los pobres en la historia de la Iglesia", Concilium 124 (1977) 63-64.

Los abades imitaron en esto a los obispos y acostumbraban también a construir, y custodiar casas hospitalarias en sus monasterios.

Los fieles laicos acompañan a los pastores en este servicio y, con sus aportaciones económicas lo sostienen:

- En cada parroquia, en cada casa de acogida, en cada hospital -antes, durante y después de la acción de los pastores y grandes personajes que ha recogido la historia- están los seglares, las mujeres y hombres de buena voluntad que por su fe en Jesucristo se han unido a esta acción pastoral, llevando con su cercanía y su servicio generoso, desinteresado y callado, la misericordia de Dios hacia aquellos hermanos que viven su vida acompañados por la fragilidad corporal y la marginación social.
- En nuestro repaso por la historia es necesario subrayar también la dimensión económica que, necesaria para este servicio, apunta hacia la generosidad del pueblo de Dios. Sin la aportación económica de personas, familias e instituciones laicales no hubieran sido posibles muchas de las acciones que jalonan la historia de este servicio eclesial. Sirvan de ejemplo las siguientes palabras: *"...con la práctica de las limosnas privadas se hace un agravio al obispo, dando a entender que éste no se cuida de los pobres. Si llega a oídos de un fiel la existencia de un caso de necesidad, debe comunicarlo al obispo y hacer sus donativos a través de éste. Por su parte, el obispo no debe proceder como si diera las limosnas de su propio caudal, sino que ha de informar a los pobres de las personas a quién deben en último término la ayuda recibida.*

Por consiguiente, cuando los escritores antiguos nos hablan de gentes piadosas que distribuían su patrimonio entre los pobres en general debemos entender que lo entregaron al fondo benéfico de la Iglesia"¹⁰.

- Más allá de la limosna ordinaria, plenamente asumida desde sus orígenes por el Pueblo de Dios, contamos también con la últimas voluntades o "testamentos". Es este un dato que aparece en la historia de la Iglesia como momento oportuno y eficaz para canalizar recursos hacia la acción caritativa de la Comunidad. Esta experiencia, unida a la espiritualidad cristiana y al seguimiento de Cristo, se presenta -no pocas veces- como ocasión propicia para revisar la propia vida y restituir a los pobres la parte que, de nuestra riqueza acumulada injustamente, les pertenece. El último momento de la vida, posiblemente cuando enfermos nos acercamos a la muerte, puede ser, sin duda, una excelente oportunidad para hacer justicia destinando nuestros bienes a la asistencia y la promoción de los pobres, construir hospitales, casa de acogida... en lugar de perpetuar la egoísta convicción de legar todo a la familia, aunque con ello no hagamos otra cosa que aumentar su fortuna y su insolidaridad. Interesante dato histórico que bien convendría actualizar.

1.2. Los primeros hospitales.

La primera instalación construida propiamente para el cuidado de enfermos (hospital), data del año 380 y tiene su origen en la comunidad cristiana¹¹. La iniciativa más significativa sobre la organización y ejecución del servicio a los enfermos y necesitados está referida a San Basilio el Grande, obispo

9- Esta práctica resultó tan corriente que fue necesario reglamentarla, pidiendo que los rompieran antes de venderlos para evitar que pudieran ser profanados. Encontramos ejemplos de esta reglamentación en los concilios merovingios. San Exuperio, Obispo de Toulouse, a finales del siglo IV, "vende los vasos sagrados de su Iglesia y utiliza para la eucaristía sólo cestos de mimbre y cálices de vidrio..." Cf. P. Christophe, Para leer la historia de la pobreza, Verbo Divino 1989, 50.

10- L. Hertling, Historia de la Iglesia, Herder, Barcelona 1972, 60.

11- Sobre este hospital tenemos el testimonio de San Jerónimo del que afirma haber sido mandado construir por Fabiola; también en esta época se sitúa la existencia del primer hospital de peregrinos conocido. Cf. H. Jedin, Manual de Historia de la Iglesia, Herder, Barcelona 1966, II, 559.

de Cesárea, en Capadocia; hacia el año 370 fundó, a las afueras de la ciudad un complejo que “abarcaba, además de un monasterio, un albergue para forasteros y un hospital para pobres...”; a este tipo de instalaciones, en el siglo V, se les dio el nombre de “Basiliadas”.

No nos detenemos en la evolución de los hospitales porque ha sido abordado en otra ponencia en estas mismas Jornadas, no obstante queremos que esta actividad, impulsada también por los concilios (por ejemplo, uno de los Concilios de Orleans decreta que cada obispo debe alimentar y vestir a los leprosos¹², evitando o condenando, además, a quienes se desviaban de la verdadera finalidad de las instalaciones y sus recursos¹³) no hubiera sido posible sin la aportación generosa de toda la comunidad de creyentes tanto con su servicio directo a las personas como con sus aportaciones económicas.

1.3. Los siglos XI y XII.

Estos dos siglos constituyen un momento importante de la presencia de la Iglesia junto a los enfermos; prácticamente, hasta bien entrada la edad Moderna es incuestionable que todo lo relativo a esta actividad está vinculado a la acción de la Iglesia y animado por ella.

Es este un momento fundamental que marcará la historia del servicio a los enfermos hasta nuestros días. Y que, sin duda constituye el precedente histórico de la acción de siglos posteriores.

Un nuevo frente surgirá en la Iglesia para la evangelización de los que viven su existencia acompañados por la enfermedad y la discapacidad: las ordenes religiosas.

Ordenes hospitalarias:

Para cuidar de los hospitales tiene lugar la fundación de diversas y numerosas ordenes religiosas que persiguen como fin específico el cuidado y la atención a los enfermos; ordenes religiosas que vinieron en llamarse hospitalarias. “*En el servicio a los hospitales miran a los enfermos como a los ‘pauperes Christi’, y que en las mismas, el maestro de los caballeros hospitalarios, se llama a sí mismo ‘servus pauperum Christi’*”. San Juan de Jerusalén funda en 1050 una orden de caballeros hospitalarios “*se consagró al cuidado de los peregrinos enfermos y sanos que partían para Oriente o regresaban*”¹⁴.

Surgen también otras seculares como la de San Francisco... y regulares, una de las más antiguas y dedicada sólo a los enfermos es la orden de Hermanos Agustinos, estructurada en el siglo XIII; Orden de los Antonianos, por su dedicación a los enfermos y atención de hospitales, “*se llamaron Hermanos hospitalarios de San Antonio*”¹⁵.

Más tarde la orden fue reorganizada por Bonifacio VIII (s. XIII). La orden de San Lázaro (1099) inició la creación y asistencia de la leproserías. Los hospitalarios de San Lázaro de Jerusalén fueron fundados hacia 1120 y vivían según la regla de S. Agustín. Una de las órdenes de mayor relieve, entre las seculares, fue la llamada Orden del Espíritu Santo, fundada por Guido de Montpellier en 1178.

Peregrinaciones:

El siglo XII es, también, el gran momento de las peregrinaciones compostelanas, muchos de los peregrinos son enfermos que inician la peregrinación como consecuencia de una necesidad

12- La existencia de la primera leprosería conocida se remonta al año 460. Cf. B. Cpuronne, Vida del Padre Damián, Madrid 1995, 80.

13- El Concilio de Orleans del año 511 llegó incluso a amenazar al “obispo negligente con la pérdida de su dignidad”, cf. P. Christophe, o.c. 51. En la misma obra el autor cita también como ejemplos sobre este aspecto a los Concilios de Agde I del año 506, Clermont (535), Orleans (538 y 541), Arlés (554), Macon (581-583) y París (614).

14- Cf. J. Danielou, Nueva Historia de la Iglesia, Cristiandad, Madrid 1977, II, 200-201.

15- Cf D. Rops, La Iglesia de la Catedral y de la Cruzada, Barcelona 1956, 313-320.

fundamental, buscando ayuda en su insuficiencia¹⁶; muchos lo hacen a causa de su enfermedad, para encontrar la curación de la misma.

Este movimiento da lugar a otras fundaciones hospitalarias dedicadas a la acogida y protección de los peregrinos, especialmente los enfermos. En España, por ejemplo, fue muy significativa la **orden de Santiago de la Espada Roja** instalada en un principio en San Marcos de León¹⁷.

El Siglo XII además de habernos proporcionado la enorme riqueza de numerosas ordenes religiosas, constituye otro importante momento para el crecimiento, construcción y mantenimiento de centenares de hospitales: "*Conforme se extiende la influencia de la Iglesia (...) se fundan monasterios, y al lado hospitales, leproserías, hospicios..., que pronto cubrirán todo Occidente*"¹⁸.

Sin duda nos encontramos aquí con las bases de lo que van a realizar otras muchas ordenes religiosas en los siglos XV y XVI.

En esta Ponencia queremos resaltar la presencia de los laicos en todos estos acontecimientos: el camino de los peregrinos está jalonado también de numerosas ocasiones en las que el servicio directo y personal a los enfermos se realiza por los cristianos laicos: individuos y familias que les asisten en sus necesidades más básicas, en las enfermedades y enterrando a los muertos.

La historia de las peregrinaciones, leída en clave de espiritualidad seglar y testimonio cristiano nos proporciona innumerables testimonios de

anónima y verdadera generosidad del pueblo de Dios.

Fruto de este movimiento de peregrinaciones, en busca de la curación, es también la tendencia a la "especialización" de los Santos por el tipo de enfermedades sobre las que ejercían su intercesión curativa, ya fuera la peste, la lepra, la ceguera, as enfermedades mentales...

Así, por ejemplo, la "especialización" de **San Roque** en los casos de peste o **San Lázaro** en los de lepra tiene lugar hacia los siglos XIV y XV. Este dato es interesante también por su repercusión en la religiosidad y la piedad popular.

Ordenes mendicantes: Francisco de Asís.

A finales del siglo XII surgen las ordenes "mendicantes" cuyo exponente más significativo fue **Francisco de Asís (1181/2-1226)**¹⁹, quién encarcelado y enfermo, tras una larga y profunda crisis personal y espiritual dio un vuelco radical a su vida que le llevó a renunciar a su posición social privilegiada para vivir "*como el más pobre, vivió como ermitaño en una gruta dedicándose al cuidado de los leprosos*"²⁰.

En la biografía de Francisco no resulta difícil encontrar el papel fundamental de la enfermedad en su conversión y como ésta en lugar de frustrar sus aspiraciones más profundas le condujo hacia otros horizontes de mayor realización personal y de más profunda comunión con Dios. En la fragilidad corporal encontró Francisco la mayor y mas grande de sus fuerzas, la fe.

16- "Solo así podía el mendigo convertirse en una de las figuras fundamentales de la vida medieval, más aún, en una forma esencial de la existencia cristiana", cf. El jardín de la salud.. Medicina en la Edad Media, Heinrich Schipperges, Traducción de Marisa Presas, Editorial Laia, Barcelona 1987, 1992.

17- Cf A. Lepiney, "Peregrinos medievales", Nueva Historia I, (1977) 5-14.

18- Cf. AA.VV., Il Curso de Traumatología para A.T.S. y Diplomados de Enfermería. Tema I, "Aspectos Históricos y su relación con disciplinas afines", editado por el Colegio Oficial de Enfermería, 10.

19- San Francisco de Asís, Escritos, Biografías, Documentos de la época, Edición de J.A. Guerra, BAC, Madrid 1980. Las Florecillas de San Francisco, "Introducción" de I. Vázquez, San Pablo, Madrid 1998.

20- Historia de las Civilizaciones IV, "Plenitud y ocaso de la cultura medieval", Larousse Planeta 1997, 1284. El hermano de Asís, I. Larrañaga, San Pablo, Madrid 1997.

2. Primeras experiencias de incorporación de los laicos:

Si queremos hablar del nacimiento de congregaciones laicales, propiamente dichas, tenemos que esperar al siglo XII. En este tiempo nos encontramos ya, no sólo con la participación activa de los laicos al servicio realizado directamente por los Pastores o las ordenes religiosas, sino con iniciativas y protagonismo propio: los laicos fundan, dirigen y gestionan obras e instituciones a favor de los pobres y enfermos (también colegios, orfanatos, casa de acogida...).

De entre las numerosas congregaciones laicales que van surgiendo en esta época, sobresalen: los **hermanos de San Juan Bautista de Beauvais** que aparece antes de 1185, los **hermanos de la orden del Espíritu Santo en Montpellier** hacia 1180 y los **hospitalarios de Ntra. Sra. Della Scala en Siena** en 1194.

Desde el principio, como venimos describiendo, los fieles cristianos han acompañado a sus pastores en la misión evangelizadora y en la acción caritativa con los necesitados y enfermos, precisamente, fue la crisis de la vida eclesiástica²¹ la que, poco a poco, impulsó la tendencia a poner los hospitales en manos de laicos o autoridades seculares: *“Se deshizo la estrecha unión entre hospital y cabildo (o monasterio). Los hospitales se hicieron independientes y corrieron a cargo de hermandades hospitalarias. El Concilio de Vienne (1312-1313) ordenó que para la dirección de hospitales no se nombrara a clérigos, sino a seculares idóneos y expertos”*²², aunque bajo la supervisión de los propios obispos a los que habían de rendir cuentas los responsables de la

*dirección, más adelante esta tendencia llegó a la total independencia de los mismos: “la evolución fue más allá y condujo a que el hospital eclesiástico se transformara en una institución comunal”*²³.

En este tiempo van surgiendo también las primeras dificultades en el terreno de las competencias, las del Obispo y las del poder civil (reyes)²⁴.

2.1. La “Concentración” de hospitales.

Avanzado el siglo XV se produce un proceso de concentración de hospitales, antes muy numerosos y pequeños. De tal modo se generalizó la fundación de hospitales que fue en detrimento la calidad de los servicios y el funcionamiento de los mismos²⁵. Entre las circunstancias y actitudes que comportan este deterioro, entre las más significativas, subrayamos las siguientes:

- Internamiento y beneficencia: el clasicismo, al contrario que el Renacimiento, inventó el internamiento, al estilo de la Edad Media cuando se practicaba la segregación de los leprosos. Esta actitud, a pesar de que se atendía a los enfermos y se les curaba, se deterioró hasta tal extremo que el hospital general se había convertido más que en un lugar de acogida en una cárcel, de él no se podía salir y eran tantas las obligaciones que tenían los “internos” que éstos recibían un trato de represión y de tipo empresarial más que sanitario y de caridad. Se pretendía en ellos, con su internamiento, alejar a los miserables de “la ociosidad, madre de todos los vicios”. Con estas pretensiones, el hospital general se convirtió más en un hospicio que en un lugar para atender y curar a los enfermos,

21- Aburguesamiento, especialmente de los clérigos.

22- H. Jedin, o.c. IV, 864.

23- Ibídem.

24- Para este tema, P. Christophe, o.c., 140-141.

25- En Medina del Campo había en la época nueve o diez hospitales. Cf. Efrén de la Madre de Dios y O. Steggink, Tiempo y vida de San Juan de la Cruz, BAC, Madrid 1992, 80-81. La mayoría de los hospitales contaban con pocos medios y llegaron a ser ineficaces, tanto que se llegó a pensar en reducirlos, tarea que, “se llevaría a cabo en casi todas las ciudades del Reino tras aplicar tanto disposiciones civiles como canónicas”, L. De Goenechea, Medicina e Historia 24, 1988, 6.

tanto se unieron "socorro y represión" que los enfermos consideraban el ingreso en el hospital general como una desgracia añadida a la enfermedad²⁶.

- También influyeron en esta concepción del hospital-hospicio las ideas que sobre el trabajo comenzaron a gestarse entre católicos y reformadores a partir del siglo XVI: exaltación del trabajo en detrimento de la idealización de la pobreza franciscana. Este tipo de planteamientos fueron poco a poco considerando la pobreza no como una virtud de hombres humildes y servidores sino como un mal, considerando incluso a los frailes mendicantes como vagabundos y holgazanes... "que deberían ponerse a trabajar y dejar las limosnas para los enfermos y necesitados"²⁷.
- Comenzaron también a aparecer condenas y leyes para reglamentar la mendicidad que favorecieron el reclutamiento de los enfermos en los hospitales junto con vagabundos y menesterosos, esto llevó también a abandonar en la práctica el cuidado de los mismos en sus casas. Contrariamente a esta práctica **Juan Luis Vives** en su obra *De subventione pauperum* (Brujas 1526), invita a solucionar esos temas y la falta de trabajo a través de otras vías y dejar el hospital sólo y exclusivamente para los enfermos y niños abandonados.

2.2. Los "gigantes de la caridad".

Una vez más, en momentos de crisis e inestabilidad, surgen del seno de la Iglesia nuevas respuestas. Esta vez extraordinarias, por la fuerza testimonial de algunos de sus hijos, fruto de su fe y de la radicalidad de sus vidas al servicio de los demás, especialmente de los más pobres y de los enfermos.

Numerosas ordenes religiosas irán apareciendo también en estos siglos (XV y siguientes).

Una cita de **Juan Pablo II**, recoge bella y sintéticamente algunos de los testimonios más significativos: "*Juan de Dios abrió la letanía de titanes hospitalarios que continuarán Camilo Lelis y Vicente de Paul*"²⁸.

San Vicente de Paúl seguirá, por ejemplo, una línea totalmente opuesta la tendencia impuesta por el internamiento mencionado: no encerrar a los pobres, sino ponerse a su servicio, en sus propias casas. Resulta ilustrativa su reacción cuando en 1657, en París las autoridades quisieron recluir a todos los pobres en un gran edificio organizado para atenderles en él. Tras largas deliberaciones, finalmente Vicente de Paúl no aceptó hacerse cargo de semejante proyecto, no aceptaba ciudades para recluir a los pobres, si la ciudad no quiere verlos deambular por sus calles, que les ayude y promocióne²⁹.

Por su particular relación en este tema, es necesario volver a mencionar a Vicente de Paúl: Las últimas guerras europeas provocaron un creciente pauperismo y la miseria se hizo cotidiana, los enfermos se amontonaban en las calles... Frente a esta nueva situación, surge en el seno de la Iglesia otra importantísima respuesta: las Hijas de la Caridad³⁰ y las Conferencias.

En las Conferencias de san Vicente de Paúl tenemos otra de las experiencias laicales que dieron soluciones verdaderamente revolucionarias a las necesidades sanitarias de su momento, uno de los más transcendentales en el cuidado y la

26- M. Esteban de Vega, "La asistencia liberal española, beneficencia pública y prevención particular", en *Historia Social* 13 (1992) 138.

27- Chirstophe, o.c., 126.

28- J.M^a. Javierre, *Juan de Dios loco en Granada*, Sígueme, Salamanca 1996, 510.

29- Cf. San Vicente de Paúl. *Persona, Obra y pensamiento*, L. Nos Muro, Ed. Paulinas, Madrid 1984, 202-203.

30- "Como enviadas por Dios, fue posible encontrar sencillas muchachas del campo que venían a París y querían colaborar en esta obra de caridad. Se las formó en el cuidado de los enfermos", cf., H. Tüchle o.c., III, 259. Luisa de Marillac, compañera infatigable de Vicente de Paúl comparte con él el mismo amor a Dios y a los pobres. Es en su obra una discreta colaboradora que inició en el servicio a los enfermos a muchas de las Hijas de la Caridad.

atención a los “pobres” y “enfermos” que llegará hasta nuestro tiempo.

3. Primeras experiencias de apostolado seglar:

Aunque acabamos de describir algunas iniciativas laicales, tenemos que esperar al siglo XVI para hablar de verdaderas experiencias de apostolado seglar.

Alrededor de los Ejercicios de **san Ignacio de Loyola** van surgiendo grupos de laicos (“compañías”) con finalidad apostólica: aprender la doctrina cristiana y tratar de vivirla en su vida ordinaria. Incorporándose así a la celebración de la eucaristía y a las obras de caridad con los más necesitados: los pobres y los enfermos.

Más tarde otras muchas agrupaciones laicales (Congregaciones Marianas...) intentarán también unir la formación y el compromiso en el mundo.

La atención a los enfermos, y muy especialmente desde la incorporación de los laicos no fue sólo **caritativa**. Con la aparición de los grandes hospitales, y por primera vez en occidente, tiene lugar una atención **más especializada y eficaz**, se tiene en cuenta las circunstancias de cada persona o colectivo, el tipo de enfermedad y la gravedad de la mismas³¹; se realizaba además un importante intento por organizar y ofrecer el servicio más adecuado y la mejor atención, recurriendo a los profesionales, según los casos.

Así, la Iglesia realiza una importante actividad en la creación de instituciones para dar respuestas, más o menos estables, a situaciones de pobreza o necesidades urgentes: lo vemos, por ejemplo,

en el caso de los tres centros asistenciales que existían en el monasterio de Guadalupe (Cáceres):

- 1). El “hospital” que contaba con cuatro salas diferenciadas y ordenadas por “padecimientos”, los enfermos de sífilis, por ejemplo ya estaban separados. Esta idea va aparcando poco a poco a la organización anterior, más parecida a meros “morideros”.
- 2). El “de mujeres” y 3. “la enfermería”, sólo para monjes y dentro del monasterio.

Resulta interesante, también, el testimonio que recoge el biógrafo de San Juan de Dios en su “Libro de los oficios”, conservado en el archivo de Guadalupe, sobre la organización y servicios que han de desarrollarse en el hospital: esta es la ordenación que conviene a todo hospital bien regido:

“I, buena mesa, buena cama e la limpieza; II, buen físico que conozca los pacientes; III, buen ministro e servidores caritativos, e tales que serán que del mal doliente fagan bueno”³².

Cuando estaba terminantemente prohibido, una bula papal autoriza en los hospitales de Guadalupe la anatomía del cuerpo humano³³. Es este un periodo interesante, también, por el estudio y el conocimiento de la medicina, ciencia ésta que podrán estudiar y ejercer no sólo los laicos sino también los mismos monjes.

31- Cf. J.I. De Aranda y Amurriño, “Práctica y enseñanzas médicas en el Guadalupe bajomedieval”, en *Medicina e Historia* 18 (1987) 1-16.

32- Citado por J.M^a. Javierre en su obra *Juan de Dios loco en Granada*, Ed. Sígueme, Salamanca, 1996, 425.

33- Cf. De Aranda y Amurriño, o.c., 1-16. El mismo San Juan de Dios fue aconsejado por San Juan de Ávila para visitar Guadalupe antes de emprender su próxima fundación en Granada. La Escuela de Medicina y Cirugía, que estaban establecidas en el monasterio, llegaron a ser de las más acreditadas de España durante algunos siglos, cf. J.M^a. Javierre, o.c. 425.

2. Algunos acentos del servicio a los enfermos:

La perspectiva histórica³⁴ nos muestra los jalones más importantes de la presencia de los laicos en el mundo de la enfermedad, en el marco de la acción de la Iglesia en su conjunto. Etapas y dimensiones que llegan hasta nosotros, unas con más fuerza que otras.

Veamos ahora algunas de las características más sobresalientes con relación al tema que nos ocupa:

1. El servicio a los enfermos, identidad cristiana y comunidad eclesial:

Cada uno de estos testimonios, y todos en su conjunto, revelan hasta qué punto el servicio a los enfermos ha sido considerado, en todas las épocas, como característica de la Comunidad Cristiana: la situación social de los pobres-enfermos, el testimonio personal de perfección y santidad de muchos de los protagonistas, las casas de acogida, los hospitales, las peregrinaciones, las ordenes religiosas hospitalarias, mendicantes y finalmente las iniciativas y el testimonio apostólico de los

laicos, forman parte de la misión evangelizadora de la comunidad total. Iniciada por sus pastores (obispos y sacerdotes), poco a poco ha sido también asumida por los laicos, primero incorporados a las iniciativas de los obispos y en las parroquias, colaborando después con las ordenes religiosas y finalmente asumiendo ellos su propia responsabilidad.

1.1. Jesús Médico de nuestros cuerpos y de nuestras almas.

La historia de la Iglesia y el conjunto de sus respuestas a las necesidades de los enfermos tiene como motivación fundamental su fe y como inspiración de sus palabras, todo aquello que ha recibido del mismo Jesucristo y de la Sagrada Escritura: Jesús, el Cristo que "*recorría Galilea entera, enseñando en aquellas sinagogas, proclamando la buena noticia del Reino de Dios y curando todo achaque y enfermedad del pueblo*"³⁵.

La utilización de los nombres de Cristo, para hacer referencia a su misión, está fuertemente arraigada en la tradición de la Iglesia. Precisamente, la apelación a Cristo médico se encuentra entre las imágenes más arraigadas en la tradición cristiana³⁶ y cuenta con una larga historia que utilizada en el ámbito filosófico, aparece en el Nuevo Testamento y recorre la tradición de la Iglesia

34- Para profundizar en el estudio histórico de la presencia de la Iglesia en este campo de acción pastoral sugerimos, además de la bibliografía citada, las siguientes aportaciones: P. Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, Salvat, Barcelona 1978, 139-142; del mismo autor "La relación médico-enfermo. Historia y teoría", en *Revista de Occidente* Madrid (1964) 101-196.

Diego Gracia, "El cristianismo y la asistencia al enfermo", en *Labor Hospitalaria* 184 (1982) 66-75; J. Conde, "La aportación de la Iglesia a la sanidad", en *Labor Hospitalaria* 223 (1992) 69-77.

35- Mt 4, 23; 8, 16; 9, 35; 14, 15; 15, 30; 21, 14; Lc 6, 18; 7, 20; Mc 1, 32-34; 3, 10; 6, 56. En Cristo se cumple la profecía de Isaías: da la vista a los ciegos, sana a los leprosos, hace andar a los cojos, oír a los sordos: Is 29, 18-19; 53, 5-6; 61, 1-2; Mt 4, 18-21; 11, 2-10. El Mesías de Dios tiene su mismo poder de sanación: "Me refiero a Jesús de Nazaret, ungido por Dios con la fuerza del Espíritu Santo, que pasó haciendo el bien y curando a los oprimidos por el diablo, porque Dios estaba con él" Hech 10, 38. Este mismo poder lo comunica después a sus discípulos: "les dio autoridad sobre los espíritus inmundos para expulsarlos y curar todo achaque y enfermedad" Mt 10, 1; Lc 9, 1.

36- Cf. A. Oepk, en *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament* (TWNT), Ed. G. Kittel-G.Friedrich, Stuttgart, 1933-1969, vol. III, 204. Samuel Fernández, nos proporciona una excelente síntesis de los autores más significativos, y nos facilita amplia bibliografía sobre la misma: "Cristo Médico según Orígenes. La actividad médica como metáfora de la acción divina" en *Studia Ephemeridis Augustinianum* 64, Institutum Patristicum Augustinianum (Roma 1999) 17-73. Otros estudios consultados donde encontramos la dimensión sanadora de Cristo en la Sagrada Escritura y en los Padres de la Iglesia: X. Pikaza, *Éste es el hombre*, Secretariado Trinitario, Salamanca, 1997; Jean Claude Larchet, *Thérapeutique des maladies spirituelles*, Cerf, Paris, 1997; H. C. Key, *Medicina, milagro y magia en tiempos del Nuevo Testamento*, Almendro, Córdoba, 1992; Luis González-Carvajal, *Los signos de los tiempos: El reino de Dios está entre nosotros*, Sal Terrae, Santander, 1996.

desde los tiempos apostólicos, hasta nuestros días. Sirvan de ejemplo los siguientes textos:

- Las palabras de san Ignacio de Antioquia, quien según la documentación disponible, fue el primer escritor cristiano que utilizó la metáfora de Cristo médico: *“Uno solo es nuestro médico corporal a par que espiritual, engendrado y no creado, en la carne nacido de Dios...”*³⁷
- Un antiquísimo testimonio de san Ambrosio de Milán (a. 374): *“En todas partes cura Jesús, en todas partes devuelve la salud: en el camino, en la casa, en el desierto. En el camino es curada la que tocó el borde de su manto (Mt 9,20). En la casa es resucitada la hija del jefe de la sinagoga (Mc 5, 41). En el desierto es curada la multitud...”*³⁸.

La analogía médica nos acerca, desde la óptica terapéutica, a la misión de Jesús: *Médico de nuestros cuerpos y de nuestras almas*. La enfermedad, integrada en esta órbita, es una experiencia en la cual y por la cual, se produce también la unión del hombre con su Creador y Señor.

En este encuentro entre el ser humano deja de estar solo, especialmente ante la adversidad, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Creado a imagen de Dios está llamado a unirse definitivamente con él; Cristo en su Resurrección se convierte para todos en prenda de salvación, dotando a la persona humana de la firme esperanza de conseguir definitivamente la salud eterna.

El interés por la salud corporal y la preocupación por la salvación de las almas se unen, finalmente, para presentar a Dios mismo como: la salud eterna, su autor y quien nos la proporciona para el cuerpo y para el alma.

En Cristo, el hombre tiene la oportunidad de conseguir la auténtica y verdadera salud integral: frente toda su fragilidad interior (pecado) y exterior (enfermedad y muerte) se introducen en un proceso de sanación-conversión que llevan, por su gracia, a dejarnos transformar por Él.

Nuestra fragilidad corporal, las adversidades y la enfermedad encuentran también la oportunidad de recuperación, curación y restauración en la oración, en la aceptación serena y esperanzada, dejándonos conducir por Aquél que ama y sabe lo que conviene a su criatura, la visita y la instruye, también en las experiencias amargas.

Para comprender la fuerza que encierra este título son iluminadoras las palabras de González de Cardedal a propósito de los milagros de Jesús, especialmente las curaciones que narran los evangelios:

“La captura del hombre por el poder del mal y por la enfermedad son las dos expresiones supremas de la pérdida de libertad y de la dignidad.

*Al liberar Jesús a enfermos y poseídos les devuelve el gozo de la existencia y la soberanía sobre la propia persona. Con ello recuperan la dignidad de hijos de Dios. Cristo cura y libera movido por sus entrañas de misericordia, para devolver a los hijos de Dios lo que éste les ha otorgado y que el mal, el pecado, la violencia, la sociedad, la pobreza o la enfermedad les han sustraído”*³⁹.

*“Jesús va a la raíz del mal; pone al enfermo en contacto con la fuente de la vida y de la salud, despierta en él las fuerzas terapéuticas, lo libera de cualquier tipo de angustia, lo abre al amor y a la comunión, lo reconcilia consigo mismo, con Dios, con la naturaleza, con la sociedad, con los demás”*⁴⁰.

37- Ad Eph., VII, 2. Atanasio le cita en Epist. De Synodis Arimini et Seleucia, 47. PG 26, 776 C, para subrayar esta misma doctrina.

38- San Ambrosio de Milán, De Virginitate 16, 99, PL 16, 291 C.

39- O. González de Cardedal, Cristología, BAC, Madrid, 2001, 58.

40- Vendrame, Los enfermos en la Biblia, o.c., 152. También: J. Jeremías, “La victoria sobre el poderío de Satanás”, en Teología del Nuevo Testamento I, Sígueme, Salamanca, 1977, 107-119.

1.2. El servicio a los enfermos unido al seguimiento de Cristo:

El recorrido por los acontecimientos más significativos de esta historia, nos revela también que más allá de la caridad con el enfermo, el servicio y la atención en los hospitales persigue otros fines:

- Tiene, por un lado **finalidad apostólica**: servir al prójimo enfermo. El servicio a los enfermos, la experiencia en los hospitales, la creación de instituciones... surge en la comunidad como consecuencia de su fe en Cristo y de su seguimiento, busca directamente dar testimonio del amor de Dios a los hombres, sirviendo al prójimo, especialmente a los pobres y los enfermos socorriéndoles en sus necesidades corporales y en su dimensión espiritual.
- La presencia permanente de la Iglesia junto a los pobres y enfermos, realizando con ellos obras de misericordia y de piedad, en cada momento de su historia forma parte de la tradición viva de la Iglesia.
- Además de la dimensión apostólica, con el servicio a los enfermos se persigue también el crecimiento espiritual de la propia comunidad. Vivido como **instrumento pedagógico**, se persigue con él la formación y el crecimiento espiritual de los propios servidores. El servicio a los enfermos, la presencia en los hospitales... se convierte para los creyentes, que se **ejercitan** en ello, en un valioso

instrumento de acción y de formación: en él, el creyente -forjado en el choque con la realidad- dará pruebas de su santidad.

- Finalmente, en el marco de la dimensión apostólica, nos encontramos también con el convencimiento de que el servicio a los enfermos en los hospitales, es en sí mismo un testimonio eficaz para la edificación de los prójimos, y por ello prueba de credibilidad para quienes observan nuestra actividad apostólica. El valor que se concede a que los creyentes **edifiquen** con su ejemplo a los demás es fundamental y constante.

1.3 Sirviendo al hombre completo.

Crear y abandonarse totalmente en las manos de Cristo médico no puede significar -al menos la tradición de la Iglesia así lo verifica inequívocamente- perder el interés, descuidar el trabajo, la creatividad y el esfuerzo que debemos realizar para prevenir la enfermedad y procurar la salud. De ningún modo podemos ver en esta apelación al poder sanador de Cristo una invitación a dejar de atender solícita y amorosamente a los enfermos.

No estamos ante una interpretación alienante que convoca a sustituir la acción transformadora de las realidades terrenas hasta conseguir de ellas las mayores posibilidades curativas y rehabilitadoras; todo lo contrario: el verdadero médico de las almas y de los cuerpos, con su poder curativo, acompaña en el empeño.

BancSabadell



De esta manera se mantiene la trascendencia divina sin eliminar la responsabilidad del hombre que es protagonista de la historia en la que busca y encuentra a su Creador y Señor, interpreta su voluntad y se comunica con Él.

Cualquiera de las obras pías realizada con los pobres y los enfermos, está condicionada por la preocupación de las necesidades del ser humano en su totalidad: unidad cuerpo y espíritu. Aunque, en la práctica, se atiende a las necesidades corporales y espirituales, existe una preocupación prioritaria por la salud de las almas o dimensión espiritual del ser humano.

El servicio en los hospitales, y la atención en ellos de los enfermos se sitúa, pues, en el marco de una preocupación prioritaria: la salvación (se predica o enseña la doctrina cristiana, se confiesa a los enfermos, se administran los sacramentos...). Esta prioridad por la salud de las almas, va siempre vinculada a la atención de las necesidades materiales, una y otra andan generalmente unidas.

No obstante, conviene recordar también que no siempre se consigue este deseado equilibrio entre el carácter espiritual de la misión y la atención a las necesidades materiales de los pobres y enfermos.

Muy significativa, y desconcertante, resulta por ejemplo, en este sentido, la defensa del decreto de Inocencio III realizada por Ignacio de Loyola: su afán por salvar las almas le llevó hasta el extremo de actualizar y tratar de imponer la aplicación del Decreto Cum infirmitas corporalibus en el que se establece la obligatoriedad de negar las medicinas a los enfermos, incluso en peligro de muerte, si estos no se confiesan antes, condenando severamente a los médicos que se revelaban contra su aplicación.

Recorrer la historia nos ha permitido conocer la relación de la Fe y el Seguimiento de Cristo con el servicio a los enfermos; nos ayuda, al mismo tiempo a descubrir la importancia que, en el seguimiento de Jesús adquiere la solidaridad real y

efectiva con el hermano necesitado y frágil. Un servicio que asumido por toda la comunidad, no se limita sólo a socorrer las necesidades corporales y materiales de la persona enferma, sino que apunta hacia su dignidad humana, a lo más profundo de su ser: la dimensión espiritual, la salvación.

Los creyentes, movidos por la salvación de las almas se convierten en promotores de la atención a las muy diversas necesidades corporales de sus prójimos, sabedores de que, sin esta proximidad y servicio a los pobres-enfermos, estarían también apartándose de Aquel a quien desean servir y dar gloria en éstos.

2. Unidad pobreza-enfermedad.

Para conocer la experiencia de la Iglesia con los enfermos y su servicio en los hospitales es necesario valorar también esta otra característica histórica: la vinculación del servicio a los enfermos con las respuestas dadas a la pobreza en general.

Aunque se trata de realidades distintas, enfermedad, pobreza y miseria han ido siempre unidas, y también la respuesta que hacia ellas ha venido canalizando la Iglesia a través de la caridad.

El servicio a los enfermos ha estado unido a la práctica de la caridad hacia los más necesitados en general. Raramente podemos separar la caridad con los pobres de la ayuda a los enfermos.

Este dato, que es evidente aplicado al pasado, aunque pudiera parecer lo contrario, también podemos constatarlo al analizar las respuestas que se están dando, en general en nuestro tiempo.

Muy especialmente, desde los movimientos laicales de la Iglesia, que es el tema que directamente nos ocupa en esta ponencia.

El *Repertorio de Asociaciones Internacionales de Fieles*⁴¹ recientemente publicado por el Consejo Pontificio para los Laicos recoge 122 fichas con la identidad, estructura y misión de cada una de

ellas, pues del total 30 de ellas vinculan su atención a los enfermos a una opción por los pobres. (Lo veremos detenidamente más adelante).

No obstante, aunque la vinculación pobreza-enfermedad constituye el marco general desde donde se realiza la atención a los enfermos y el servicio en los hospitales, existen también un buen número de referencias relacionadas con la atención particular y específica a la salud y los enfermos.

La Comunidad Cristiana ha ido progresivamente enriqueciendo su respuesta frente a la fragilidad, el dolor y el sufrimiento humano, adaptándose a las circunstancias y necesidades concretas de cada momento, desde la fe.

3. Movimientos de Laicos y la Pastoral de la Salud.

Hasta el momento, los enfermos han sido objeto del servicio, asistencia, solidaridad... de los demás. En sintonía con la sensibilidad y la realidad actual de la salud y la enfermedad, y por tanto de las propias personas afectadas, personal y colectivamente, es necesario separar definitivamente nuestra atención y servicio a los enfermos de la concepción pobreza-enfermedad, enfermedad-pobreza.

Cuando hablamos de la marginación de las personas con enfermedad y/o discapacidad quizá estemos hablando de **una integración en falso o de un exceso de integración** ya que lo que ha sucedido realmente es que les hemos asignado un lugar entre los pobres y marginados, los inútiles y asistidos. Lugar que propiamente no les corresponde.

Es necesario romper con ese modelo tradicional, donde el enfermo es únicamente sujeto de nuestra compasión y servicio, para hacer posible que ocupe un lugar, entre iguales, en el seno de la comunidad parroquial como protagonista de su propia historia y agente activo de la misión evangelizadora de la Iglesia.

1. El Concilio Vaticano II y su recepción.

Continuando con el recorrido histórico que venimos siguiendo en la Ponencia, es necesario llegar hasta nuestros días para encontrarnos con el verdadero acento en la identidad y misión de los laicos, subrayado definitivamente por el Concilio Vaticano II. Es *“la primera vez en la historia que un concilio consagra un capítulo particular a los seglares”*⁴².

- Dos de las constituciones pastorales desarrollan el tema sistemáticamente: **Lumen gentium** y **Gaudium et Spes**. De forma más directa y determinada en el Decreto *Apostolicam Actuositatem*.

A partir de este momento se va configurando un laicado que desde la identidad cristiana, dentro de la diversidad, de formas asociativas, reúne las siguientes características:

- **Espiritualidad**: centralidad de la fe y el encuentro con Jesucristo que se persigue por medio de la oración, la Palabra de Dios y los sacramentos.

- **Conversión**: seguimiento de Cristo, fruto de la conversión personal y de la finalidad apostólica de la vocación cristiana.

- **Compromiso con los pobres**: solidaridad y servicio a los más desfavorecidos desde la encarnación en los diversos ámbitos de la vida personal y colectiva (familia, trabajo, cultura, economía, política, salud y enfermedad...).

41- Consejo Pontificio para los Laicos, Librería Editrice Vaticana, 2005.

42- Gérard Philips, La Iglesia y su ministerio en el Concilio Vaticano II. T.2/, Herder, Barcelona 1986, 13.

- *Compromiso con la justicia y la paz.*
- *Eclesialidad:* sentido de pertenencia a la Iglesia, vivencia comunitaria de la fe...
- *Anuncio y transmisión de la fe:* conciencia apostólica que conduce a asumir la transmisión de la fe como tarea propia (individual y colectivamente).

De este impulso en la concepción del laicado, nosotros queremos subrayar que, también, entre ellos, habrá que contar con los laicos gravemente afectados por la enfermedad o acompañados permanentemente por la discapacidad física.

Así se va expresando en la recepción y desarrollo posterior del Concilio. Dos ejemplos que apuntan hacia este horizonte, que deseamos resaltar con esta Ponencia:

Palabras del magisterio dirigidas a toda la comunidad eclesial:

“Uno de los objetivos fundamentales de esta renovada e intensificada acción pastoral -que no puede dejar de implicar coordinadamente a todos los componentes de la comunidad eclesial- es considerar al enfermo, al minusválido, al que sufre, no simplemente como término del amor y del servicio de la Iglesia, sino más bien como sujeto activo y responsable de la obra de evangelización y de salvación” Encíclica *Christifideles Laici*, 5.2.

Palabras del magisterio dirigidas a las personas con discapacidad:

“Cada uno de vosotros, por el Bautismo, goza del don de la vida nueva en Cristo y de la dignidad de hijo adoptivo de nuestro Padre celeste. En el bautismo, habéis recibido también la participación en las funciones sacerdotales, proféticas y reales de nuestro Señor Jesucristo; y estáis llamados a ejercer vuestro papel en la construcción del cuerpo de Cristo, la Iglesia, y a promover el reino de Dios

en este mundo”. (Juan Pablo II, *A los minusválidos e impedidos en el memorial Stadium*), 12.9.84.

No obstante, la *“preocupación constante y creciente”*⁴³ para que los laicos asuman en la Iglesia el lugar que les pertenece sigue siendo un desafío: *“después de cincuenta años de la proclamada hora de los laicos todavía es un reto lograr la mayoría de edad del laicado... A menudo lejos de avanzar se observan serios signos de retroceso”*⁴⁴.

Plantear hoy la misión evangelizadora de la Pastoral de la Salud en los movimientos de la Iglesia, nos obliga a tomarle el pulso a la realidad del apostolado seglar en España y, muy especialmente al apostolado laical organizado. Profundizar en esta realidad nos ayudará a afrontar el futuro de manera renovada y paso decidido.

Es por ello que me parece oportuno haber abordado el tema en esta reflexión, en el marco de las Jornadas de Delegados de Pastoral de la Salud. Con esta aportación espero contribuir en la toma de conciencia de todos los que trabajamos en la Pastoral de la Salud -evangelizando y dejándonos evangelizar por las personas con enfermedades o discapacidades importantes-: necesitamos contar en nuestros proyectos y actividades con el protagonismo y la responsabilidad de los laicos, sanos o enfermos.

Es importante que en la hora de los laicos, también los enfermos creyentes sepan y puedan ocupar su lugar activo y protagonista, más si cabe en la pastoral de la salud en tanto en cuanto que su propia experiencia de fragilidad corporal les capacita formados en la “cátedra de la enfermedad” como evangelizadores de sus hermanos también enfermos y discapacitados.

43- Cristianos Laicos Iglesia en el Mundo (CLIM), 4. Conferencia Episcopal Española, 1991.

44- Laicos cristianos, Iglesia en el mundo, Carlos García de Andoin, d. HOAC, 2004, 20.

2. Movimientos de Apostolado Seglar y Pastoral de la Salud.

2.1. Presencia y participación activa de las personas con enfermedad y/o discapacidad, en la misión evangelizadora de la Iglesia.

El mencionado **Repertorio de Asociaciones Internacionales de Fieles**, nos proporciona un dato significativo: prácticamente todas las Asociaciones Internacionales de Laicos recogidas en este documento vinculan su servicio a los enfermos con la caridad/servicio a los pobres en general.

Volvemos sobre él para conocer la finalidad de las mismas y valorar cuales de ellas consideran al enfermo un asistido, objeto de su acción evangelizadora (servicios, formación...) y cuales de ellas, formadas por los propios enfermos van más allá considerando al propio enfermo como sujeto activo, asumiendo su responsabilidad en la misión evangelizadora de la Iglesia, asumiendo su condición de bautizado, como cualquier otro laico, sin distinción alguna por su estado de salud o enfermedad.

Como "instrumento" para conseguir la formación, espiritualidad y compromiso de los miembros ("en el vasto mundo de la marginación", en favor de "los pobres", "los desheredados", "grupos con dificultad", "persona débil o indefensa", "personas que sufren", "víctimas", "el hermano que sufre"...)⁴⁵.

- Casas de acogida, centros para discapacitados, enfermos de sida, programas específicos, actividades educativas, de promoción humana... para enfermos o personas con discapacidades:
- 6 Asociación "Comunidad Papa Juan XXIII".
- 10 Asociación Internacional de Caridades.
- 28 Comunidad Católica Shalom.
- 29 Comunidad del "Chemin neuf" (CCN).
- 31 Comunidad de Sant'Egidio (Sant'Egidio).

- 33 Comunidad de "Emmanuel".
- 35 Comunidad misionera de Villaregia (CMV).
- 65 Foyers de Charité.
- 66 Fraternidad Católica de las Comunidades y Asociaciones Carismáticas de Alianza (Catholic Fraternity).
- 67 Fraternidad Charles de Foucault (FCF).
- 70 Fraternidad de Comunión y Liberación (CL).
- 77 Legio Mariae.
- 80 Movimiento Apostólico de Schoenstatt.
- 102 Oficina Internacional Católica de la Infancia (BICE).
- 107 Servicio Misionero Jóvenes. (SERMIG).
- 109 "Sígueme" Grupo Laical de Promoción Humano-Cristiana ("Sígueme").
- 110 Sociedad de San Vicente de Paúl (SSVP).
- 114 Unión de Apostolado Católico (AUC).

- Formación de profesionales sanitarios (apoyo espiritual y moral, formación...):
- 3 Asociación Católica Internacional al Servicio de la Juventud Femenina. (ACISJF).
- 26 Comité Católico Internacional de enfermeras y Asistentes Médico-sociales. (CICIAMS).
- 27 Comunidad Católica de Integración (KIG).
- 54 Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos (FIAMC).
- 55 Federación Internacional de los Farmacéuticos Católicos (FIPC).

Con finalidad directa de atención a enfermos o personas con discapacidad:

- Acogida, formación, integración de personas con discapacidad mental: (Unidas estrechamente entre sí)
- 12 Asociación internacional Fe Luz (Fe y luz)
Nace unido a las peregrinaciones a Lourdes en 1971, organizado por **Jean Vanier** y **Marie Hélène**. "Ayudar a los discapacitados mentales y a sus familias a encontrar su espacio en la Iglesia y en la sociedad". (La ficha recoge fundamentalmente actividades de apoyo a los padres y hermanos del enfermo).

45- Recogemos sólo aquellas Asociaciones en las que la Ficha del Repertorio recoge directamente actividades/obras relacionadas con la salud y el servicio a los enfermos. El número que las precede corresponde al orden establecido en la edición. Señalamos cada asociación una sola vez aunque pudieran estar en algunos apartados al mismo tiempo.

- 57 Federación Internacional de las Comunidades del Arca (Arca)

Fundada en 1964 por **Jean Vanier**.

“En las comunidades del Arca, hombres y mujeres casados o no, pertenecientes a países, tradiciones cristianas, religiones y contextos culturales diferentes, comparten la vida con los discapacitados, también ellos de procedencias y creencias diferentes”.

- Acoger a enfermos y discapacitados “que deseen vivir anualmente” la experiencia de los ejercicios espirituales:

- 19 Asociación Silenciosos Operarios de la Cruz (SDOC).

“Organizan cursos de ejercicios espirituales para enfermos y no enfermos... para que a la luz de la Pascua todos se descubran llamados a encontrar el sentido de su propio sufrimiento y anunciar la alegría de la salvación”.

Con la finalidad de que los propios enfermos o discapacitados dejen de ser sólo objeto de asistencia para pasar a ser también sujeto de acción apostólica.

- Espiritualidad mariana de Lourdes y Fátima:

- 39 Confederación Internacional del centro Voluntarios del Sufrimiento (CVS).

- Organizaciones de enfermos para la ayuda mutua, la formación humana y espiritual, testimonio apostólico...

- 53 Federación Internacional de Asociaciones Católicas de Ciegos (FIDACA).

Σ Enfermos Apóstoles de los enfermos:

- 68 Fraternidad Cristiana Internacional de Enfermos Crónicos y Discapacitados Físicos (Frater).

Las asociaciones son muchas más (ver qué dice el repertorio, cuales han recogido...) y muchas de ellas, aunque no recogen directamente este servicio, sin duda en el marco de sus obras y actividades estará incluido.

Fraternidad Cristiana de Personas con Discapacidad.

Finalmente, no puedo dejar de referirme, una vez más, a la **Fraternidad Cristiana de Personas con Discapacidad (Frater)**, movimiento de apostolado seglar que, -incorporado recientemente a la Acción Católica Española- por las características de sus miembros y por su finalidad apostólica nos sitúa de manera especial en el horizonte que apuntábamos al inicio de nuestra intervención:

Cuando en 1956 la Frater empezaba su andadura en España, aquellos primeros grupos lo hacían seducidos por la hermosa intuición que el **P. François** -su iniciador- heredó del Evangelio de Jesús: *“¡Levántate y anda!”*. Buena Noticia que llega a nosotros después de una larga y fecunda peregrinación, uniéndose a esa cadena de solidaridad que recorre los tiempos escribiendo las mejores páginas de Iglesia y de la historia.

Desde entonces, como si de un **altavoz** de tratara, la Fraternidad no ha dejado de difundir su mensaje: las personas con discapacidad, los afectados por enfermedades crónicas graves... no son sólo unos **privilegiados pasivos** de la misericordia de Dios que ama más a los que más sufren, ni permanecen inactivos ante la compasión y el servicio de los demás, sino que pueden y deben ser protagonistas de su propia historia, agentes activos en la comunidad eclesial y en la construcción del mundo.

Sus miembros, profundizando en la identidad cristiana de su opción -enamorado de Jesús y de su proyecto liberador-, **con la camilla a cuestas pero en pie**, trabajan codo a codo con todos aquellos que, desde opciones distintas buscaban el mismo fin: apearse a las personas con discapacidad del puesto asignado para ellos entre los atípicos -lisiados o inválidos, impedidos o minusválidos-; para pasar a ocupar su puesto, con pleno derecho, entre las personas y ciudadanos, sin más; entre los hermanos y miembros de la comunidad, sin más.

3. Líneas de actuación.

Remitimos aquí a la Ponencia que ya expusimos en las **XXVII Jornadas Nacionales: Evangelizar desde la Fragilidad**⁴⁶, en la que señalamos las líneas básicas de un proyecto para la incorporación activa de los enfermos y personas con discapacidad en la comunidad eclesial y en la misión evangelizadora de la Iglesia. Lógicamente mayor habrá de ser el esfuerzo para su incorporación en la pastoral de la salud.

1. Sensibilización y corresponsabilidad:

- Crear en las parroquias equipos de pastoral cuya finalidad sea atender la evangelización de los enfermos.
- Acercarse a los enfermos sin paternalismo ni superioridad.
- Despertar y animar vocaciones seculares para ejercer el servicio a los enfermos.
- Procurar la formación adecuada para los responsables de la pastoral con los enfermos.
- Preocupación por la totalidad de la persona en su condición de enferma o discapacitada.
- Cuidar la dimensión cristiana y eclesial de la familia de los enfermos.
- Procurar la accesibilidad de nuestras parroquias y locales.

2. Integrar a los enfermos en la vida entera de la comunidad cristiana:

- Conocer la realidad.
- Servir primero a los últimos.
- Posibilitar la participación de los enfermos y de los minusválidos en la vida normal de la comunidad.

3. *Utilizar con los enfermos un lenguaje positivo y esperanzador.*

4. Potenciar la presencia evangelizadora de los enfermos en la parroquia:

- Integrar a los enfermos en las acciones de animación, discernimiento y acompañamiento vocacional, ayudándoles a descubrir y vivir su vocación cristiana.

5. Renovar la práctica de los sacramentos de los enfermos:

- Integrar los sacramentos en el conjunto de nuestra acción evangelizadora con los enfermos.
- Fomentar la existencia de ministros extraordinarios de la Eucaristía.
- Potenciar la participación activa del enfermo en la celebración.
- Recuperar la administración del Viático.

6. Acercamiento al enfermo increíble o alejado de la fe.

Recordamos que estas líneas trazadas son para los propios enfermos y minusválidos creyentes, no sólo, una oportunidad para su integración sino un reto ineludible: asumiendo su responsabilidad apostólica han de saber estar presentes en la comunidad eclesial de una forma más activa y comprometida.

Estas líneas de acción son, también, **un desafío apasionante para la comunidad eclesial** en su conjunto. Realizando una acción evangelizadora llena de esperanza, en los diferentes ambientes e instituciones. Dispuesta, también, **a dejarse evangelizar por la propia fragilidad** de aquellos a los que se acerca por la caridad de Cristo.

Para concluir, sólo nos queda desear que este trabajo pueda colaborar al acercamiento

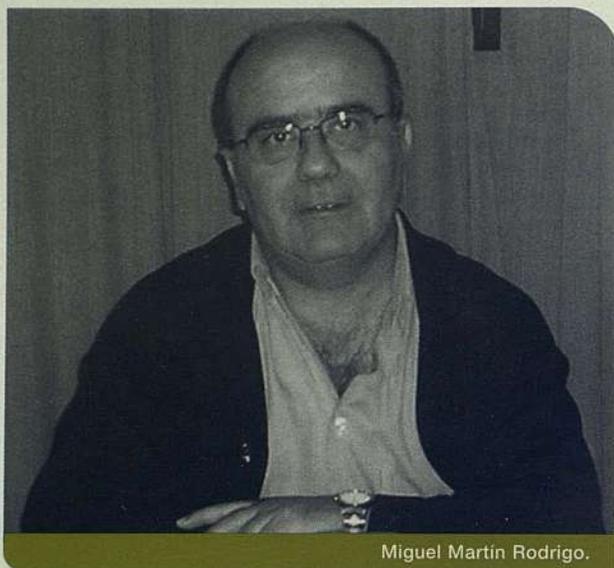
46- Labor Hospitalaria 2002; 34 (265), 229-244.

encarnado y liberador- de la comunidad eclesial a los hombres y mujeres que viven, hoy, su existencia unida profundamente a la fragilidad corporal. Únicamente nos queda dar el salto de las palabras a los hechos, del conocimiento teórico de estas aportaciones a la vida: enfrentándonos consecuentemente a la fragilidad corporal -propia y ajena- como lugar de encuentro con nosotros mismos y con los demás, tiempo de gracia que nos ejercita a vivir, prevenir y cuidar de la salud, sirviendo a los hermanos sano o enfermos, puesta nuestra confianza en el verdadero médico de nuestros cuerpos y de nuestras almas: Cristo, Señor y Dador de vida.

Pastoral de la Salud: Pistas para el camino.

> Hno. Miguel Martín Rodrigo.
Director de LABOR HOSPITALARIA.

El esquema que presentamos a continuación es el guión de la ponencia que nuestro Director, Hno. Miguel Martín, tuvo en las Jornadas de Pastoral. Ponencia en un primer momento asignada a Mons. José Luis Redrado, pero que por motivos ineludibles de agenda tuvo de renunciar a impartir. El presente esquema recoge muy sintéticamente los puntos clave de la exposición sobre las "Pistas para el Camino" de una Pastoral de la Salud que viene de un pasado fructífero y gozoso pero que está llamada a apostar con valentía por un futuro -ya casi presente- que hemos de saber intuir y afrontar. ▶



Miguel Martín Rodrigo.

1. Un hermoso camino el andado.

- Pastoral “rezagada” pero pionera en la Iglesia
- Con raíces muy específicas en España
- Día del Enfermo (con sus temas profundamente abordados)
- Documentos muy serios y trabajados (cfr. Martín Velasco en el Congreso)
- Desarrollo más o menos dilatado en sus diferentes sectores (Hospitales, Parroquias, Formación, Paliativos...)
- Nacimiento y desarrollo de PROSAC
- Acuerdo Marco para la Asistencia Religiosa Católica en los Hospitales (1985)
- Testamento Vital (¿1993?)
- Congreso “Iglesia y Salud” (1994) Previamente se había participado con un grupo de trabajo en el Congreso “Evangelización y Hombre de Hoy” (1986)

2. Unas nuevas coordenadas.

- Sociedad muy secularizada, laica y laicizante. En ella la sanidad asume el protagonismo de la autonomía de lo temporal.
- Pero una sociedad que busca de mil formas -muchas de ellas inconscientes- horizontes de sentido, razones para vivir más allá del consumo y del placer inmediato.
- Una sociedad que apostando por la privatización de la fe, al menos en la teoría afirma el respeto al libre ejercicio de la misma (“Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario”, Generalitat de Catalunya, diciembre 2005)
- Iglesia cuestionada, criticada, a veces con razón, otras sin ella (su doctrina, su posicionamiento social -educación, medios de comunicación...-, su financiación...). Pero que sigue atesorando todavía credibilidad en el ejercicio de la caridad.
- Una sanidad totalmente transferida a las CCAA
- Creando un ejemplar sistema sanitario público (con todas sus deficiencias)
- Incorporando las últimas tecnologías...logrando una cada vez mayor especialización...
- Implicando un altísimo costo para el erario público (en torno al 6 %).
- Multiplicando servicios, pero aminorando estancias hospitalarias
- Dejando una significativa estela de personas en situación de cronicidad, de incapacidad parcial o total... Cargas familiares, conflictos, falta de recursos...
- Próxima Ley de Dependencia.
- Con un hecho multicultural incuestionable (tanto

en pacientes como en profesionales). Nos ha de llevar a protagonismos compartidos, posibilidades de colaborar y también de discrepar...

3. Que diseñan los trazos del nuevo camino.

- Hacia una pastoral más misionera que de cristiandad, más en auténtica clave de “nueva evangelización”.
- En una Iglesia cada vez más comprometida con su identidad, también sustentada ésta en el ejercicio de la caridad; no sólo desde la ortodoxia sino también desde la ortopraxis.

“La naturaleza íntima de la Iglesia se expresa en una triple tarea: anuncio de la Palabra de Dios (kerygma), celebración de los sacramentos (leiturgia) y servicio de la caridad (diakonia)”.
(Benedicto XVI, “Deus caritas est, n°25)

“Para la Iglesia, la caridad no es una especie de actividad de asistencia social que también se podría dejar a otros, sino que pertenece a su naturaleza y es manifestación irrenunciable de su propia esencia”.

(Benedicto XVI, “Deus caritas est, n°25)

- Ayudar a reconducir los criterios de “rentabilidad evangélica”. Frecuentemente podemos caer -y caemos- en una valoración muy pragmática de la rentabilidad pastoral que nos lleva a apostar por aquellos sectores aparentemente más “rentables”: jóvenes, familia... Sin descuidar ninguno de ellos, hemos de apostar por el mundo de los enfermos, de los ancianos, de los marginados...verdadera “riqueza de la Iglesia”.
- En búsqueda del hombre concreto en una situación bien concreta de su existencia como es la enfermedad

“La Iglesia ha de buscar al hombre en el camino de la vida” (Redemptor Hominis, Juan Pablo II)

- Hacia una pastoral más integrada en la pastoral de conjunto de la Iglesia (CEE, diócesis, parroquia...). (Familia, Catequesis, Educación, Liturgia...)
- Que ayude a redefinir existencialmente en los fieles un concepto de salud más integral e integrador y menos individual y hedonista. Una apuesta por mostrar e integrar el auténtico rostro de la salud humana, mucho más allá de los parámetros estrictamente físicos y leídos en clave individual actualmente en boga. Hacia un concepto mucho más integral, solidario, capaz de ir asumiendo las limitaciones propias y ajenas...
- Que ayude a integrar en la experiencia de las personas el dolor como un elemento que se impone en la vida y al que hay que saber asumir y hacerle frente. Ello en una sociedad que niega el mismo.

“El amor siempre será necesario, incluso en la sociedad más justa. No hay orden estatal, por justo que sea, que haga superfluo el servicio del amor. Quien intenta desentenderse del amor se dispone a desentenderse del hombre en cuanto hombre...El Estado que quiere proveer a todo, que absorbe todo en sí mismo, se convierte en definitiva en una instancia burocrática que no puede asegurar la más esencial que el hombre afligido -cualquier ser humano- necesita: una entrañable atención personal”.

(Benedicto XVI, “Deus caritas est, n°28)

- Que cuida de la familia, a su vez cuidadora de sus seres enfermos y necesitados (animar, estimular, acompañar, colaborar, criticar el abandono en su caso...). La inmensa mayoría de los enfermos y ancianos están en sus casas y atendidos por su familia. Con toda la crisis que se quiera, hoy la familia sigue siendo el primer y más efectivo referente social en lo que afecta al cuidado de sus miembros. Visita y mensaje del Papa en Valencia.

- Que cuida de los cuidadores como sujetos privilegiados, y a veces no suficientemente reconocidos, del mundo de la asistencia (los acompaña, los estimula, los acoge en sus limitaciones...). “Sanadores heridos” todos ellos, necesitados también.
- Que no renuncia a la defensa de la vida humana en todas y cada una de las situaciones. Habrá que hacerlo teóricamente cuando corresponda, pero no podrá olvidar el ser referencia de compromiso práctico con la misma proclamación.
- Privilegiando situaciones más necesitadas: cronicidad, paliativos, determinados ámbitos de salud mental, ancianos enfermos... No siempre los mejor atendidos por las administraciones son los más necesitados, sino los que más poder de denuncia tienen. Hay mucho ámbito de “sufrimiento mudo” que hay que saber descubrir y atender.
- Valorar la conveniencia de introducir el ámbito de la atención y el cuidado del duelo ante las pérdidas de los seres queridos... Momento especialmente delicado en el proceso de fe de tantas personas, de “ruptura” con ese “Dios” que ha permitido semejante pérdida; momento de vacío, de soledad, de preguntas sin respuestas...
- Potenciando la PS en la parroquia, con creatividad para saber buscar a los enfermos y para integrar en su cuidado tanto voluntariado cristiano real y hoy todavía potencial en muchos casos.
- Promover y estimular la formación de los agentes de pastoral para el desarrollo de la misión.
- Ser testigos de la vida, somos seguidores del Resucitado. Con todas nuestras limitaciones, con nuestra pobreza, pero con toda la ilusión del mundo anunciamos la Vida.

Orientaciones.
Tema: La Pastoral de la Salud
en el nuevo contexto sociosanitario.
Lema: “Acoger, comprender, acompañar”.

Han pasado veinte años desde que se promulgó la Ley General de Sanidad (1986). Ese mismo año entraba en vigor el Acuerdo Marco sobre la asistencia religiosa en centros hospitalarios públicos. Diez años más tarde (1996) veía la luz el libro de las actas del Congreso “Iglesia y Salud”.

A lo largo de este tiempo, ese mundo de la Salud ha vivido un proceso de cambios para promover la salud y afrontar la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En él aparecen realidades y retos nuevos que afectan a la entraña misma de la evangelización.

La Pastoral de la Salud, presente e inmersa en esta dinámica de cambios, ha vivido estos acontecimientos como un momento significativo y una oportunidad para reforzar una Pastoral de vida en una realidad compleja y en evolución constante.

La Campaña del Enfermo 2007 nos invita a profundizar en la situación actual para describir sus características y concretar los objetivos a seguir en esta Pastoral que quiere ser buena noticia para los que afrontan su enfermedad como una realidad a integrar en su vida. ▶



Razones para la Campaña

- 1). El mundo de la salud siempre se ha visto como una realidad compleja, viva y en evolución constante. Los cambios no son una pura cuestión organizativa, sino algo mucho más hondo: de tipo cultural y antropológico; de modos de vivir y de creencias; de nuevos avances cada vez más incisivos en su relación con los procesos de vida y de muerte.
- 2). El hospital se va configurando, cada vez más, como un lugar cargado de tecnología y de posibilidades de intervención; un lugar preferente de investigación biomédica, una institución docente modeladora de una cultura sanitaria que influirá en la comprensión que de la salud, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte adquiere la sociedad. La estancia hospitalaria se reduce y aumenta el número de pacientes que han de vivir largos períodos de su enfermedad en sus domicilios. La esperanza de vida es mayor, vivimos más años, contamos con más tecnología accesible y, como consecuencia, convivimos más tiempo con enfermedades degenerativas, o enfermedades que se cronifican.
- 3). En este contexto aparece en nuestra sociedad el concepto de lo socio-sanitario. Lugar de paso o de reubicación de los enfermos en sus procesos de rehabilitación, de cronificación o de atención paliativa. Hoy el debate está caracterizado por la constatación de falta de oferta y desequilibrio en torno a la cobertura de las necesidades de determinados colectivos o individuos desde el sistema de protección social. Este espacio vital y humano es un nuevo objetivo de la Pastoral de la Salud. Aquí también hay acontecimientos humanos que acompañar, debates éticos que iluminar, necesidades espirituales que atender.
- 4). Las investigaciones, los avances biomédicos y nuevas situaciones de la realidad sanitaria hacen del debate bio-ético un campo de reflexión y de toma de decisiones delicado y nada fácil. La misma pluralidad bioética deja entrever que las propuestas, los debates y las sensibilidades existentes son el reflejo de una sociedad plural, pragmática y con marcado acento individualista.
- 5). El derecho a la salud y la responsabilidad que cada ciudadano ha de tomar frente a ella, ha favorecido el desarrollo de nuevas normativas que regulan la autonomía del paciente y su toma de decisiones, prestándole una mayor protección para que se realice su voluntad en situaciones delicadas y dentro el marco legal.
- 6). Por otro lado, la pluralidad religiosa y la incorporación de conceptos que describen los aspectos espirituales y religiosos de las personas, se presenta como un avance significativo. Estamos ante un nuevo escenario donde hay que resituar todo este bagaje y los nuevos retos para poder concretar mejor la aportación terapéutica de la Iglesia en el mundo de la salud.
- 7). La Ley General de Sanidad universalizó la asistencia sanitaria y creó una situación nueva en nuestro Estado. El Acuerdo Marco sobre la Asistencia Religiosa, constituyó un buen instrumento para mejorar la asistencia religiosa a las personas católicas ingresadas en el hospital.

- 8). El Congreso "Iglesia y Salud" fue una gran experiencia humana, eclesial y de fe, que ha tenido una repercusión muy positiva en la marcha de la pastoral de la salud en la Iglesia española. Consecuencia del Congreso es el Informe sobre «Iglesia y Salud», presentado en la LXIV Asamblea Plenaria de la CEE, en el que se apuntan las líneas de acción para renovar y dar un nuevo impulso a la pastoral de la Iglesia en este campo de la salud y la enfermedad.
- 9). Estos documentos y el trabajo y esfuerzo de personas e instituciones, generaron unas nuevas posibilidades en la responsabilidad de la atención integral del enfermo y abrieron amplias expectativas en cuanto a la creatividad desde la dimensión pastoral. Renovaron e estructuras que habían quedado desfasadas. Ampliaron la participación de los agentes de pastoral incorporando a los religiosos y religiosas, a los laicos y laicas. Se consolidaron algunos modelos asistenciales que servían de referencia para aquellos que quisieran introducirse en la nueva dinámica.
- 10). Situados en esta dinámica, deseamos reflexionar sobre una pastoral de la salud que es punto de encuentro para los grandes acontecimientos fundamentales de la persona humana y buena noticia saludable para quienes buscan una salida, una respuesta o un sentido en los momentos difíciles que hayan de afrontar.

“La Iglesia está llamada a recorrer el camino del hombre, especialmente cuando pasa por la experiencia del sufrimiento y de la enfermedad” (SD 3). Por eso, la acción evangelizadora de la Iglesia quiere encarnarse en la realidad actual, nueva y cambiante, asumiendo los retos que sea capaz de identificar.

Objetivos de la Campaña

- 1). Hacer memoria agradecida del camino recorrido por la pastoral de la salud y situarse con realismo en el momento presente de la Iglesia y del mundo de la salud.
- 2). Tomar conciencia de la realidad actual, de los cambios que se han producido y se están produciendo en el ámbito de la salud y socio-sanitario para descubrir lo nuevo e identificar los retos que se plantean a la pastoral de la salud.
- 3). Identificar los objetivos o prioridades pastorales en el nuevo escenario para impulsar con energía renovada la acción evangelizadora de la iglesia en el mundo de la salud y los servicios religiosos en particular.

Destinatarios de la Campaña

- Los enfermos y sus familias.
- Las instituciones sanitarias y sociosanitarias, especialmente las de la Iglesia.
- La jerarquía de la Iglesia, los Organismos de promoción y decisión pastoral y las Instituciones docentes de la Iglesia en el campo de la Pastoral.
- Los servicios de asistencia religiosa de los hospitales.
- Las comunidades cristianas y equipos de pastoral de la salud.
- Las congregaciones religiosas sanitarias.
- Las congregaciones de vida contemplativa.
- Los Profesionales de la Salud
- La sociedad en general.

Actividades para el desarrollo de la Campaña

En el ámbito nacional

- Dedicar al tema las XXXI Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud (Septiembre 2006)
- Abordar el tema en las Jornadas o Encuentros que organizan las Comisiones del Departamento:
 - Jornadas de formación de capellanes y agentes de pastoral.
 - Jornadas de pastoral de la salud en las parroquias y Cuidados Paliativos.
 - Jornadas de pastoral de la salud mental.
 - Jornadas Nacionales de PROSAC.
- Difundir el tema en los medios de comunicación social de ámbito estatal (prensa, radio y televisión).
- Evaluar al final la marcha y los resultados de la Campaña.

En el ámbito Diocesano e Interdiocesano

- Elaborar el "Proyecto concreto de la Campaña en la Diócesis".
- Implicar en el desarrollo de la Campaña a todos los Sectores de la Delegación.
- Interesar a las comunidades cristianas de la diócesis, empezando por sus pastores, e implicar a todos en las actividades de la Campaña.
- Motivar sobre la importancia y los objetivos de la campaña a los Servicios de Asistencia Religiosa de los hospitales y a las comunidades parroquiales y ofrecerles sugerencias prácticas sobre

actividades para desarrollarla en su medio.

- Dedicar al tema las Jornadas Diocesanas e Interdiocesanas de Pastoral de la Salud.
- Organizar un encuentro de oración.
- Difundir el tema en los medios de comunicación social de ámbito diocesano (prensa, radio y televisión).

¡Implicate!, es posible

El desarrollo y crecimiento de los ámbitos de animación misionera y cooperación internacional ha llevado al Patronato de la Fundación Juan Ciudad a plantearse la creación de una nueva fundación que asuma lo que Juan Ciudad ONGD realiza, con un marco propio y específico.

SALUD PARA TODOS es el nombre de la nueva fundación que se ha creado por las tres Provincias de la Orden en España. Forman parte del Patronato de SALUD PARA TODOS, los tres Hermanos Provinciales y los tres Coordinadores Provinciales de Misiones.

El objeto de la Fundación es el desarrollo humano sostenible y la cooperación internacional, que actúa en los Centros de la Orden Hospitalaria, en todo el mundo y con especial incidencia en África, América del Sur, Central y el Caribe, y singular atención a los países empobrecidos o más desfavorecidos.



Salud Para Todos es el lema que en su día tomó Juan Ciudad ONGD y que ahora se ha querido convertir en nombre propio, en reto, en el objetivo cotidiano de la nueva Fundación.

Juan Ciudad ONGD y Salud para Todos, trabajarán unidas porque una le pasa el testigo a la otra, parten y son de la misma raíz, con los mismos fines y si cabe con ilusión renovada, y porque no decirlo, Salud para Todos, nace ya con vocación de desaparecer, de conseguir que esa utopía, que enmarca su nombre, sea una realidad más cercana, más posible cada día.

Hno. Moisés Martín . Director



Salud para todos

Tú también puedes colaborar

UNA INICIATIVA DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

Cuenta Corriente: Santander Central Hispano: 0049-6096 -42-2510137261

www.sanjuandedios.net

