

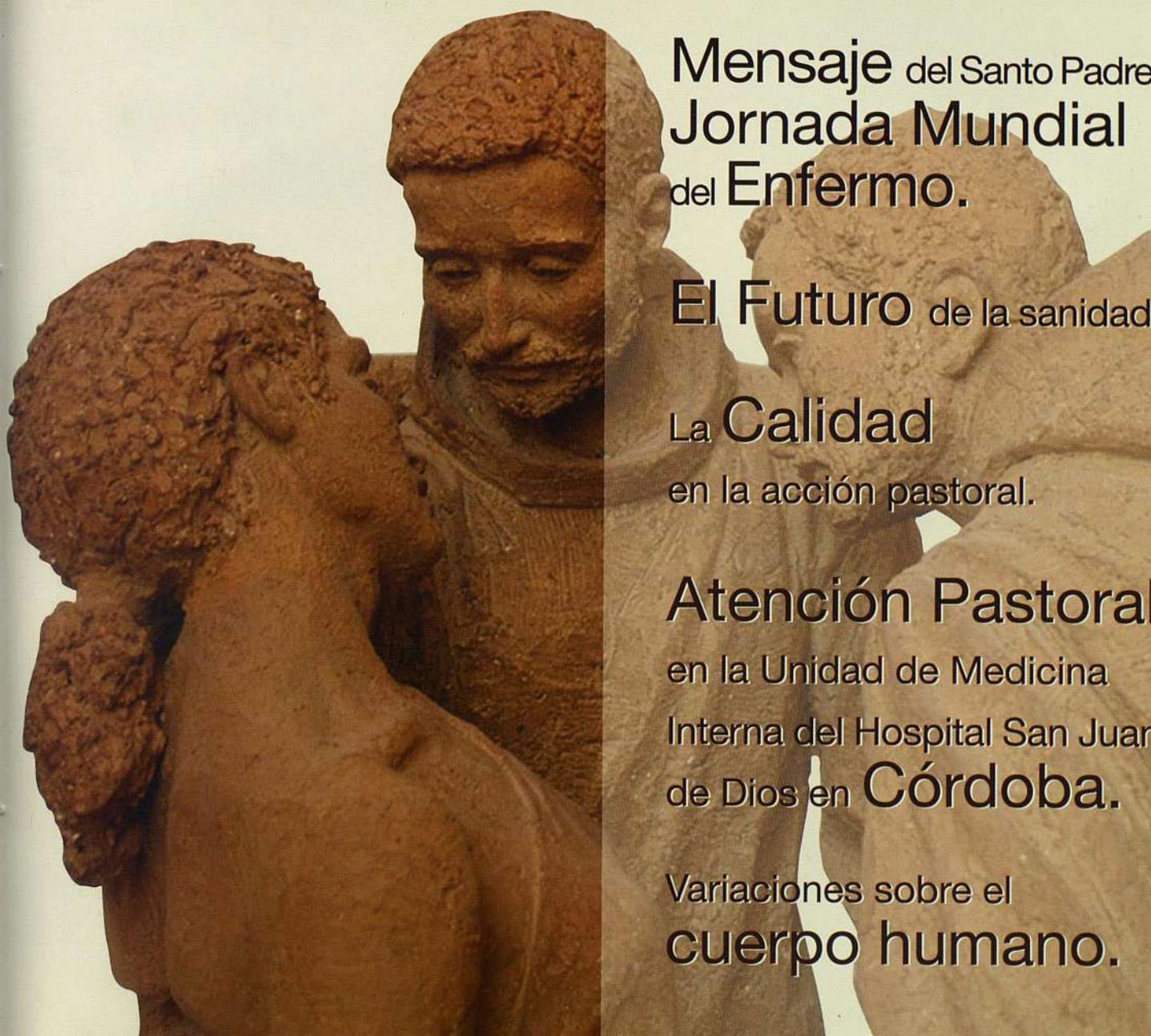
LA BOR HOS PITA LARIA

1 - 2007

enero / febrero / abril

nº 283

Humanización, pastoral
y ética de la salud



Mensaje del Santo Padre.
Jornada Mundial
del Enfermo.

El Futuro de la sanidad.

La Calidad
en la acción pastoral.

Atención Pastoral
en la Unidad de Medicina
Interna del Hospital San Juan
de Dios en Córdoba.

Variaciones sobre el
cuerpo humano.

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud

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

Año 59. Tercera época. Enero - Febrero - Marzo 2007
Número 283. Volumen XL

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 Cebeyro, 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

1 Mensaje del Papa Benedicto XVI para la Jornada Mundial del Enfermo

Pág. 5

2 El futuro de la sanidad > Xavier Pomés

Pág. 7

3 La calidad en la acción pastoral > Juan Bautista Llinares Lloret, O.H.

Pág. 17

4 Atención pastoral en la Unidad de Medicina interna del Hospital San Juan de Dios de Córdoba

> Rafael Lora González

Pág. 31

5 Variaciones sobre el cuerpo humano > Agustí Cortés Soriano.

Pág. 39

Boletín de suscripción: Año 2007

Suscripción anual: cuatro números

España 36 €

Zona Euro 50 €

Resto 50 \$

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

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

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.42

Mensaje del Papa Benedicto XVI para la Jornada Mundial del Enfermo.

Queridos hermanos y hermanas:

El 11 de febrero de 2007, día en que la Iglesia celebra la memoria litúrgica de Nuestra Señora de Lourdes, tendrá lugar en Seúl, Corea, la XV Jornada Mundial del Enfermo. Se llevarán a cabo una serie de encuentros, conferencias, asambleas pastorales y celebraciones litúrgicas con representantes de la Iglesia en Corea, con el personal de la asistencia sanitaria, así como con los enfermos y sus familias.

Una vez más la Iglesia vuelve sus ojos a quienes sufren y llama la atención hacia los enfermos incurables, muchos de los cuales están muriendo a causa de enfermedades terminales. Se encuentran presentes en todos los continentes, particularmente en los lugares donde la pobreza y las privaciones causan miseria y dolor inmensos. Consciente de estos sufrimientos, estaré espiritualmente presente en la Jornada mundial del enfermo, unido a los participantes, que discutirán sobre la plaga de las enfermedades incurables en nuestro mundo, y alentando los esfuerzos de las comunidades cristianas en su testimonio de la ternura y la misericordia del Señor.

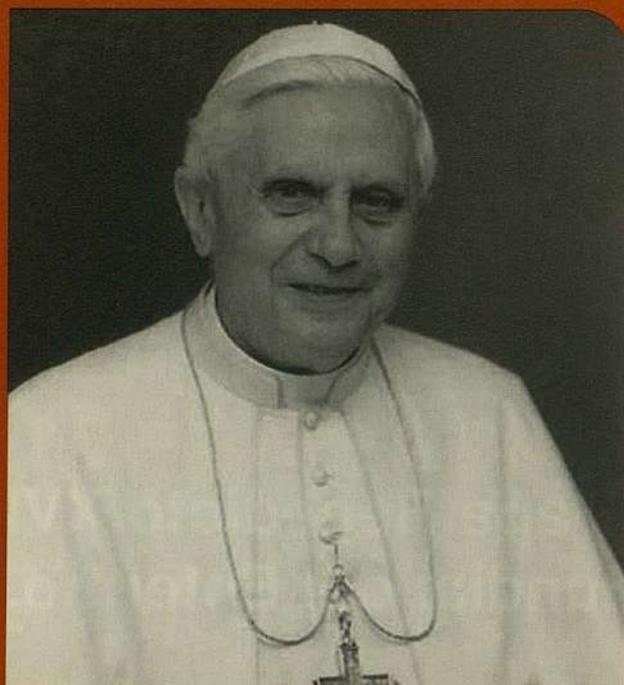
La enfermedad conlleva inevitablemente un momento de crisis y de seria confrontación con

la situación personal. Los avances de las ciencias médicas proporcionan a menudo los medios necesarios para afrontar este desafío, por lo menos con respecto a los aspectos físicos. Sin embargo, la vida humana tiene sus límites intrínsecos, y tarde o temprano termina con la muerte.

Esta es una experiencia a la que todo ser humano está llamado, y para la cual debe estar preparado.

A pesar de los avances de la ciencia, no se puede encontrar una curación para todas las enfermedades; por consiguiente, en los hospitales, en los hospicios y en los hogares de todo el mundo nos encontramos con el sufrimiento de numerosos hermanos nuestros enfermos incurables y a menudo en fase terminal. Además, muchos millones de personas en el mundo viven aún en condiciones insalubres y no tienen acceso a los recursos médicos necesarios, a menudo del tipo más básico, con el resultado de que ha aumentado notablemente el número de seres humanos considerados "incurables".

La Iglesia desea apoyar a los enfermos incurables y en fase terminal reclamando políticas sociales justas que ayuden a eliminar las causas



de muchas enfermedades e instando a prestar una mejor asistencia a los moribundos y a los que no pueden recibir atención médica. Es necesario promover políticas que creen condiciones que permitan a las personas sobrellevar incluso las enfermedades incurables y afrontar la muerte de una manera digna. Al respecto, conviene destacar una vez más la necesidad de aumentar el número de los centros de cuidados paliativos que proporcionen una atención integral, ofreciendo a los enfermos la asistencia humana y el acompañamiento espiritual que necesitan. Se trata de un derecho que pertenece a todo ser humano y que todos debemos comprometernos a defender.

Deseo apoyar los esfuerzos de quienes trabajan diariamente para garantizar que los enfermos incurables y en fase terminal, juntamente con sus familias, reciban una asistencia adecuada y afectuosa.

La Iglesia, siguiendo el ejemplo del buen samaritano, ha mostrado siempre una solicitud particular por los enfermos. A través de cada uno de sus miembros y de sus instituciones, sigue estando al lado de los que sufren y de los moribundos, tratando de preservar su dignidad en esos momentos

tan significativos de la existencia humana. Muchas de esas personas -profesionales de la asistencia sanitaria, agentes pastorales y voluntarios- e instituciones en todo el mundo sirven incansablemente a los enfermos, en hospitales y en unidades de cuidados paliativos, en las calles de las ciudades, en proyectos de asistencia a domicilio y en parroquias.

Ahora me dirijo a vosotros, queridos hermanos y hermanas que sufrís enfermedades incurables y terminales. Os animo a contemplar los sufrimientos de Cristo crucificado, y, en unión con él, a dirigirlos al Padre con plena confianza en que toda vida, y la vuestra en particular, está en sus manos. Confíad en que vuestros sufrimientos, unidos a los de Cristo, resultarán fecundos para las necesidades de la Iglesia y del mundo.

Pido al Señor que fortalezca vuestra fe en su amor, especialmente durante estas pruebas que estáis afrontando. Espero que, dondequiera que estéis, encontréis siempre el aliento y la fuerza espiritual necesarios para alimentar vuestra fe y acercaros más al Padre de la vida. A través de sus sacerdotes y de sus agentes pastorales, la Iglesia desea asistirlos y estar a vuestro lado, ayudándoos en la hora de la necesidad, haciendo presente así la misericordia amorosa de Cristo hacia los que sufren.

Por último, pido a las comunidades eclesiales en todo el mundo, y particularmente a las que se dedican al servicio de los enfermos, que, con la ayuda de María, *Salus infirmorum*, sigan dando un testimonio eficaz de la solicitud amorosa de Dios, nuestro Padre.

Que la santísima Virgen María, nuestra Madre, conforte a los que están enfermos y sostenga a todos los que han consagrado su vida, como buenos samaritanos, a curar las heridas físicas y espirituales de quienes sufren. Unido a cada uno de vosotros con el pensamiento y la oración, os imparto de corazón mi bendición apostólica como prenda de fortaleza y paz en el Señor.

* - Exposición realizada en la reunión de Pastoralistas de la Salud que tuvo lugar en Sant Cugat del Vallès (Barcelona) en octubre del año pasado. La versión original en catalán esta publicada en el último número de Quaderns de Pastoral.

El futuro de la sanidad*.

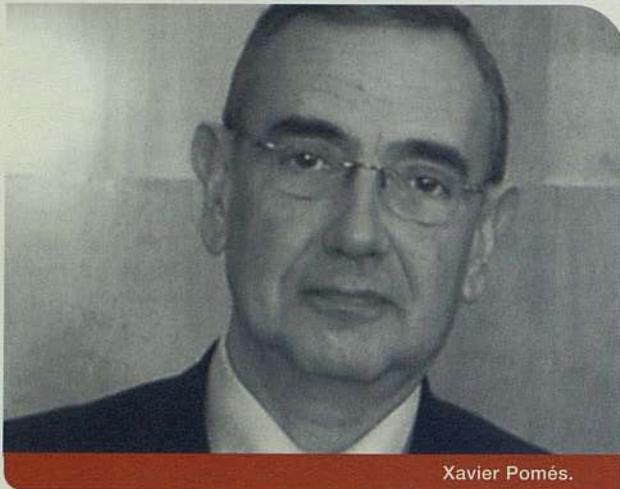
> Dr. Xavier Pomés.

Director Curia Provincial de Aragón.

Hablar del futuro de la sanidad es siempre un ejercicio de riesgo, por las incertidumbres siempre se presentan. No obstante, hay algunos elementos sobre los que podemos tener algunas certezas: primero, el principio de autonomía estará más generalizado, con más familiares y enfermos pero no mejor información.

Epidemiológicamente atenderemos a dos superpoblaciones diferenciadas: poblaciones de edad con enfermedades crónicas y población muy joven inmigrada con patologías infecciosas y/o relacionadas con la pobreza. Segundo, la industria seguirá inventando, pero habrá que estar muy atentos a que los nuevos productos representen un beneficio real y sean eficientes. Tercero, los profesionales van hacia un marco estatutario común, con los desincentivos que eso comporta.

Por todo ello, las instituciones tendrán que ser muy ágiles para poder adaptar sus estructuras a un mundo trepidante pero que habrá que evaluar con serenidad y responsabilidad. Y finalmente, la financiación de la sanidad mejorará en base a los impuestos indirectos más que a los copagos; la repercusión que esto pueda tener sobre los más desfavorecidos dependerá de la capacidad de la sociedad en incluir a éstos en sus dinámicas de progreso. ▶



Xavier Pomés.

Lo que distingue al hombre de la mayoría de los otros animales es su capacidad para interaccionar con el medio ambiente mediante instrumentos o tecnologías. La capacidad de los humanos para modificar el curso “natural” de las cosas depende en gran medida de su habilidad para manejar distintos instrumentos que ha ido elaborando, moldeando y perfeccionando a lo largo del tiempo, en ocasiones décadas o siglos enteros. Otra característica diferencial de los humanos es su noción del ser, y su conocimiento y certeza de su contingencia temporal, de su transitoriedad.

La medicina, la sanidad en general, arranca probablemente/quizá de esta doble circunstancia de los humanos: de su capacidad para tecnológicamente modificar el curso de las cosas y de su contrariedad ante la posibilidad de una enfermedad o de la muerte. Tal es la preocupación ante estos hechos que una parte no despreciable de la evolución tecnológica ha sido diseñada o aprovechada en favor del manejo de la enfermedad, de sus causas o de sus consecuencias. Eso no parece haber cambiado en los últimos tiempos, más bien al contrario: el gasto anual en I+D sanitario se sitúa ahora entre el 0,2% y el 0,3% del Producto Interior Bruto (PIB) anual de los países de la UE y se ha doblado en las dos últimas décadas {OECD, Eur Pol St}.

El conocimiento del futuro, y por tanto la aproximación a sus determinantes y a su probabilidad de realización forman también parte de esa

necesidad humana. Conocer un posible futuro es el primer paso para intentar adaptarse a él y al mismo tiempo para modificarlo, acercándolo a lo que nosotros quisiéramos que sea.

La medicina, la más científica de las humanidades, la más empírica de las artes y la más humana de las ciencias (ED. Pellegrino) fundamenta gran parte de su conocimiento en el estudio de la actualidad, y muy especialmente de la proyección de esta al futuro, recomendando intervenciones para modificar su curso “natural”. A esa capacidad de predicción en términos médicos se denomina pronóstico, y curiosamente, el pronóstico, la virtud de apuntar consecuencias futuras en medicina, está virtualmente ausente de la educación médica y sanitaria, quizás por su dificultad objetiva, por la incertidumbre que genera, el error inherente que conlleva, o simplemente por obligar a tomar decisiones y emprender acciones que de otra forma se podrían dilatar en el tiempo.

Ustedes quisieran que yo les aporte ideas de lo que considero pueden ser las claves de ese futuro. No es poco, o como mínimo considero que se trata de un ejercicio de gran responsabilidad, que me honra que me hayan solicitado y por el que espero no defraudarles.

Partiendo de la situación actual, intentaré exponerles cuáles son los escenarios posibles y los que yo considero deseables en tres grandes ámbitos: el de los enfermos, el de los proveedores de salud entendidos en un sentido amplio, y finalmente el de las administraciones, entendiendo que éstas son las mayores garantes del sistema, aunque no las únicas.

Los Enfermos

Tradicionalmente hemos acordado que los enfermos son los individuos que están afectados de una enfermedad, y que son esos los que deben recibir las atenciones del sistema sanitario. Parece lógico

que dediquemos nuestros esfuerzos a resolver los problemas médicos de los enfermos, pero si nos limitamos a eso, rápidamente veremos que nuestra labor es insuficiente.

Atendiéndonos a la definición de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**¹, la salud va mucho más allá de la enfermedad, y engloba los aspectos sociales de individuo y al mismo tiempo, aunque de forma indirecta, también los aspectos económicos y culturales. Por tanto, la primera y quizás una de las más importantes diferencias a tener en cuenta cuando hablemos de futuro y de sus consecuencias es que el objeto de nuestras acciones ya no será un individuo desvalido afecto de una dolencia más o menos manifiesta, más o menos angustiante, más o menos invalidante, sino que deberemos considerar como nuestros interlocutores a todo el espectro social que acompaña a ese individuo.

Lógicamente eso no significa eliminar la confidencialidad de la relación enfermo-sanitario sino que hay que ampliar el espectro de interacción de los profesionales para intentar recabar las opiniones y comentarios de los distintos afectados dándoles su justa valoración y relevancia, porque también de su bienestar dependerá el bienestar del enfermo que estamos tratando. Las consecuencias de este cambio a nivel organizativo se las pueden imaginar: más tiempo para interactuar con los familiares, mayor formación para poder interpretar sus mensajes, una mejor capacidad de comunicación de los profesionales para hacer llegar sus mensajes y especialmente también una mejor comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso para unificar criterios y dar mensajes únicos e unívocos.

Debemos además tener en cuenta que los familiares y los propios enfermos serán cada vez indi-

viduos con mayor conocimiento y con mayor capacidad para acceder al conocimiento. De ahí arrancan dos consecuencias: en primer lugar que deberemos conocer cuáles son las fuentes de ese conocimiento, puesto que no todo lo que se escribe, publica y repite es necesariamente cierto o cierto en todos sus extremos, y en segundo lugar, que la relación con los enfermos (a partir de aquí entiendan por favor enfermos siempre los enfermos y su entorno) ya no podrá ser tan jerárquica como hasta ahora, en la que el sanitario tenía la única opinión, sino que habrá que incorporar de forma progresiva el principio de autonomía de los pacientes.

El mismo principio de autonomía supone la existencia de un sujeto competente e informado, y en consecuencia habrá que explorar en cada caso cuál es el nivel de información que el enfermo posee, cuál es la veracidad de esa información, y lo más importante, habrá que suplementar esa información hasta que el individuo sea capaz de tomar libremente una decisión. No significa eso avasallar a los enfermos a información, sino darles las claves que les permitan interpretar los escenarios que se plantean ante su dolencia.

La información facilitada a los enfermos debe ser veraz, comprensible y asimilable, y debe englobar no sólo los aspectos relacionados con su enfermedad sino también con los condicionantes de la misma, los aspectos y consecuencias sociales, así como las posibles repercusiones de las decisiones a nivel laboral. Y como no puede ser de otra manera, también deberán ser contemplados los aspectos más íntimos y trascendentes relacionados con sus convicciones religiosas. La asistencia espiritual a los enfermos será cada vez más no una opción sino una obligación.

Ser informado de las distintas alternativas es un derecho de los enfermos.

1- La Organización Mundial de la Salud en 1948 definió la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud del que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social".

Y ese es otro punto importante, los derechos de los enfermos tendrán cada vez más peso, y en muchas ocasiones se percibirán como derechos lo que actualmente consideramos discrecional. Una de las dificultades mayores que el profesional sanitario tendrá será discernir con justicia lo que es o no necesario, y hasta qué punto las demandas de los enfermos emanan realmente de necesidades de salud o sencillamente responden a patrones y arquetipos adquiridos en la comunidad.

Decíamos antes que los enfermos tendrán mayor y mejor acceso a fuentes de información y eso, como en la obra de *Moliere El Burgués Gentilhombre*, también dará lugar a multitud de individuos falsamente informados, insuficientemente informados o desconocidamente desinformados quines, creyendo poseer la verdad y enarbolando el principio de autonomía, demandarán unos servicios para los que no tienen indicación médica, no son tributarios o tienen exceso de riesgo.

El consumo de recursos sanitarios se impondrá de forma paulatina, más cuanto más opulenta sea la sociedad, y los profesionales sanitarios serán relegados a una mera gestión de los mismos. El consumo, presente de una forma masiva en la vida cotidiana de las sociedades postindustriales, ha penetrado también en la sanidad. Muchos son los que fomentan esa visión que asimila los cuidados sanitarios a otros bienes de consumo, y al cuerpo humano con una máquina a la que se le pueden agregar o modificar sus piezas al antojo del cliente.

Esta visión del siglo XIV *Andrea Vesalio* en *De humani corporis* fabrica, que en el siglo XIX había sido substituida por visión más epicúrea de la unidad homeostática o más recientemente por la de un elemento de cohesión de *Gaia* (*L. Margulys*), parece imponerse de nuevo, y de eso no podemos solo culpar a la sociedad y a una visión mercantilista del mundo, sino que también somos los sanitarios en parte los culpables. Porque hemos banalizado la enfermedad, porque proyectamos una imagen infalible de los avances médicos, porque al competir por la excelencia lo hacemos proyectando sólo los casos extremos, sin tener en

cuanta que existen un sinfín de matices al espectro de las patologías y que la salud no es un hecho dicotómico clasificable en presencia o ausencia de enfermedad.

Por el momento les he hablado de cómo serán los enfermos que, progresivamente, creo que iremos encontrando, pero legítimamente también deberemos preguntarnos quiénes serán. Entendiendo que es difícil hacer proyecciones epidemiológicas, sí creo que existen unas tendencias claras. Por un lado, la población irá envejeciendo ya que el recambio generacional es insuficiente.

No querría profundizar en la problemática macroeconómica que esto puede representar pero sí les explicaré que las proyecciones pesimistas quizás no tienen razón de ser.

Me explicaré. Si bien es cierto que la población envejecerá, no es menos cierto que esta misma población no enfermará hasta edades más avanzadas, y por tanto, requerirán menos servicios sanitarios. Del mismo modo, requerirán de menos servicios sociales porque, por promedio, su nivel o estado de salud al llegar a edades adultas será mucho mejor.

Por otro lado, la mortalidad materno-infantil difícilmente podrá reducirse más y la mortalidad por algunas causas agudas en la población adulta joven quizás tenderá a estabilizarse sino a mejorar discretamente.

Así mismo, tendremos que estar muy alerta a las enfermedades importadas, las enfermedades que creíamos haber erradicado de nuestro país y que con la llegada de flujos migratorios de países severamente empobrecidos puede hacer rebrotar.

Desgraciadamente, esta población joven -alrededor de los 30 años- importará de sus lugares de origen muchas enfermedades relacionadas con la pobreza, que se traducen en enfermedades infecto-contagiosas crónicas (tuberculosis, infección por VIH, parasitosis,...) y enfermedades del desarrollo, sin duda causadas por nutriciones desequilibradas y/o insuficientes.

Será importante disponer de los recursos suficientes para tratar a esta población joven de manera que se puedan reincorporar rápidamente al trabajo que es el motivo de su presencia aquí. Y además lo tendrán que hacer de manera discreta, sin estigmatizar. De nada serviría tener los dispositivos asistenciales necesarios si una vez tratados los enfermos, éstos estuvieran marcados socialmente y arrinconados por una sociedad que ya plantea demasiadas dificultades para convivir con ellos.

Y finalmente, habrá que hacer sobre esta población inmigrante un doble esfuerzo para que no adopten hábitos de vida no saludables. Ya que éstas no son condiciones heredables y que están íntimamente ligadas al nivel socioeconómico, tendremos que hacer un sobreesfuerzo en políticas de prevención y de promoción de hábitos de vida saludables, y esto incluye también una educación específica en temas que ahora nos parecen tan básicos como higiene, alimentación o salud reproductiva.

Por tanto, será necesario modificar nuestro espectro de acción, porque aunque siga estando centrado en el enfermo, abarcará a más personas, y esas personas más -aunque no mejor- informadas demandarán de nosotros relaciones más mercantiles, con garantía de éxito y arreglo a sus deseos. Y aunque es cierto que debemos priorizar cuanto sea posible las preferencias expresadas por los enfermos y sus familiares, no debemos caer en una complacencia absoluta, sino que como garantes de su salud deberemos aconsejar razonadamente según criterios sanitarios y no mercantiles.

Los proveedores

Se trata éste de un capítulo muy amplio en los que se pueden englobar a la mayoría de los actores que intervienen en la prestación sanitaria. Quisiera sin embargo distinguir tres grandes grupos que sí son representativos de la casi totalidad del espectro sanitario: lo que en términos del sector se denomina

la Industria, los profesionales y, lógicamente las Instituciones dónde los dos anteriores se encuentran para ser administrados a los enfermos.

La Industria

La Industria entendida de forma genérica, es una amalgama muy heterogénea de empresas que están vinculadas al sector sanitario por ser proveedoras de las mismas. Sin embargo quisiera yo referirme de forma expresa a dos subtipos muy concretos: las que generan nuevas tecnologías o las introducen en nuestro mercado y la industria farmacéutica.

A los creadores de nuevas tecnologías debemos reconocerles el mérito de ser en gran parte los agitadores del sistema, el acicate necesario que estimula a yodo el sector con sus propuestas. Pero no sólo es eso. Son ellos los que arriesgan su dinero en nuevos proyectos, los que invierten en Investigación y Desarrollo, y los que generan beneficios económicos muy importantes fuera del sector. Demasiado a menudo se considera que la Sanidad es un pozo sin fondo que sólo genera gasto, y no se tiene en cuenta a todos estas empresas que a caballo de la Sanidad generan bienestar en el propio sector y en sectores paralelos.

Hace no mucho, los empresarios del sector reivindicaban su papel y el papel de las nuevas tecnologías que de su mano llegan a los pacientes y a los profesionales.

Actualmente hay agentes independientes, normalmente vinculados a las Administraciones que evalúan cuánto hay de cierto en las aseveraciones de estos comerciantes. Su labor es sin embargo insuficiente por el elevado número de productos que cada año se presentan al mercado, y las autoridades, a día de hoy, se limitan a evitar que los productos nuevos lesionen los intereses de salud de la población y/o de los enfermos.

El creciente número de tecnologías que se nos van a presentar nos puede avasallar y convertirnos en dóciles compradores, pero en ese sentido debemos ser más rigurosos y reflexivos que antaño.

Los elementos necesarios de evaluación deberán también aplicarse en el caso la industria farmacéutica, y habrá que escudriñar los resultados de sus investigaciones.

En resumen, debemos estar preparados para un análisis sosegado y racional de la avalancha de nuevos productos que nos pueden presentar, para tomar decisiones basados en pruebas, no en suposiciones y debemos también preparar a nuestros profesionales para una cierta sequía en el campo de los nuevos tratamientos.

Los Profesionales

Creo que todos estaremos de acuerdo que el gran capital de la sanidad son sus profesionales. La capacidad de los mismos está fuera de toda duda, pero su incardinación en la actual tesitura sanitaria sí que está mostrando signos de agotamiento o de dificultades.

A mi modo de ver, las dificultades vienen por distintas circunstancias. En primer lugar, los profesionales han sido formados para ejercer un trabajo en base a unas reglas científicas y humanísticas, pero no dentro de estructuras jerarquizadas. La creatividad que demuestran los sanitarios pone en dificultades a los administradores de las mismas, y creo que eso en parte es fruto de una formación académica muy extensa y exigente, pero que también puede ser frustrante por no poder ser ejercida en plena libertad.

En segundo lugar, los profesionales se ven sometidos a responsabilidades legales crecientes, sin un marco de seguridad jurídica clara, ni unos límites de su profesión nítidamente definidos de

sus deberes para con las crecientes exigencias de los pacientes. Decíamos antes que los enfermos cada vez estarán más (que no mejor) informados, pero también más desinformados de cuáles son sus derechos.

Y en tercer lugar, los profesionales no son -o no quieren ser- todavía conscientes que el ejercicio de la profesión médica ha cambiado, y desde mi punto de vista a peor, porque a cambio de una seguridad laboral se ha perdido la iniciativa y la voluntad de esfuerzo. Los incentivos, por tanto han cambiado radicalmente: de buscar un reconocimiento profesional como vehículo para obtener más "clientela", se ha pasado a buscar -siendo asalariados como son- un mayor ingreso por un igual o menos esfuerzo.

Cabe decir también que los temas de conciliación familiar y laboral han sido bien aprovechados por los profesionales con jornadas habitualmente concentradas en la franja de la mañana, y dando opción legalmente reconocida a unos mayores ingresos por la tarde.

Por otro lado, la nula planificación sobre la necesidad de profesionales en nuestro país, hará que en los próximos años, éstos ganen protagonismo y poder, y que desde los colegios profesionales se nos amenace con lo que otros han denominado "el lampista polaco", profesionales teóricamente menos bien formados, con titulación reconocida por ser miembros de la Unión Europea y dispuestos a jornadas laborales más largas y pesadas.

En resumen, el colectivo de los profesionales sanitarios es escaso, quizás mal remunerado, pero en cualquier caso desmotivado, por lo que será difícil retenerlos en sus puestos de trabajo si no se les ofrecen contrapartidas -esencialmente económicas- que desde mi punto de vista no son absolutamente justificables.

Las Instituciones

Desde mi punto de vista, las instituciones deberán adaptarse a los nuevos tiempos, o verse sometidas a importantes tensiones. Y las adaptaciones deberán llevarse a cabo a distintos niveles, pero lo más importante es que deben adaptarse a un nuevo ritmo.

De la pericia de los profesionales y de sus administradores dependerá la capacidad de las Instituciones de abrazar y alinearse con los deseos de los pacientes y de su entorno, de saber modificar sus estructuras a las nuevas demandas de los pacientes. De la misma manera, serán los administradores de las instituciones los que deberán determinar hasta dónde tienen que llegar las reorganizaciones de las plantillas para dar mayor agilidad y competitividad a las prestaciones.

Y serán también los y las gerentes de estas mis-

mas instituciones los deberán interactuar con la industria para poder obtener los máximos beneficios de ellas.

Sin embargo, depende de todos los componentes de las instituciones, pero especialmente de sus líderes y de sus referentes difundir un mensaje de dinamismo a la institución. Hemos visto que la industria, que es nuestra contraparte, ha entrado en una espiral vertiginosa de novedades, y que ha ideado mecanismos para hacernos llegar sus mensajes, a veces contradictorios, con más o menos acierto. Y nos siguen mandando centenares de mensajes, y debemos estar atentos a todos ellos y ser capaces de adivinar cuáles son más o menos importantes.

Y hay que estar atentos a lo que otras instituciones hacen, para poder seguir el ritmo que se está marcando. La lentitud en la toma de decisiones, en un mundo tan cambiante como el actual es un



agelectric

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

lujo que no nos podemos permitir, porque para cuando tomemos la decisión el escenario puede haber cambiado, y ser una decisión muy aceptada y meditada pero errónea.

Lo que hace poco parecía una gran innovación, hoy ya es un estándar y, a veces, hasta un atraso. Hay que poder adaptar plantillas, espacios, mentalidades a estos nuevos avances que han probado ser realmente beneficiosos y eficientes, pero hay que hacerlos con rapidez porque, probablemente, dentro de poco volverán a cambiar.

Y si es importante demostrar adaptabilidad en la prestación de servicios, también lo es mantener los signos de identidad como marca imborrable y como signo distintivo. Ser capaces de crear una marca que distinga a los distintos proveedores será probablemente otro de los grandes caballos de batalla.

Todos creemos que aplicando modelos de calidad conseguiremos la credibilidad que nos es necesaria, pero debemos recordar que la Calidad tan sólo es la forma como hacemos las cosas y no qué cosas hacemos ni el porqué las hacemos.

Es cierto que no destacar en ningún rasgo no deja de ser en sí mismo un rasgo, pero que apunta hacia ninguna parte y no aporta valor a lo que hacemos. Por el contrario, si forjamos una reputación, un estilo, un 'savoir faire' que entronque con valores inamovibles de la sociedad, como la justicia, la equidad y el respeto, tendremos una parte del camino recorrido hacia el cuidado de la salud de nuestros pacientes.

La Administración

Sin duda hablar actualmente de la Administración Sanitaria, y más hacerlo con una cierta perspectiva de futuro es poco menos que aventurado. No es que yo crea que existen en el horizonte grandes

inquietudes en lo que son los pilares básicos del sistema sanitario, sino que distintas administraciones autonómicas pueden tomar distintos rumbos en función de demandas no sanitarias sino políticas.

La devolución de la administración sanitaria a las comunidades autónomas ha politizado más el debate puesto que han aumentado los interlocutores y los agravios comparativos. Por ese motivo me permitirán que para esto me apoye en las conclusiones de un grupo nominal patrocinado por la **Fundación Abril Martorell** y la **Fundación Salud Innovación y Sociedad**, del que tuve el honor de formar parte, que evaluaba el "**Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado**".

Quizás una de las conclusiones más llamativas es que el Consejo Interterritorial, a pesar de haber sido creado como un órgano galvanizador y de cohesión de los distintos sistemas autonómicos de salud, se prevé se convierta en un mero órgano consultivo. El fundamento de la descentralización estribaba en crear un órgano a nivel Ministerial de cohesión del sistema, en el que las grandes líneas estratégicas a nivel de políticas de medicamentos, de salud pública, de profesionales... el paraguas aglutinador que permitiera una libertad de acción de los distintos gobiernos pero dentro de unos límites acordados entre todos y remarcados por el Ministerio.

Lamentablemente, y tras unos pocos años de funcionamiento lo que hemos visto es que el Consejo Interterritorial se ha convertido en un órgano disgregado, absolutamente politizado, donde se libran disputas entre Comunidades y entre éstas y el Gobierno, sin que necesariamente estas tengan que ver ni con la Sanidad ni con los deseos de los enfermos ni con los problemas reales de la población.

Otra de las grandes líneas de consenso que se podía extraer del Grupo Nominal, era que a pesar de no ser un elemento deseado por la mayoría de los participantes, sí se iba a imponer de forma paulatina en los sistemas públicos era una cartera

básica de productos o prestaciones, un paquete básico de servicios, más allá de los cuales los individuos deberían contratar pólizas individuales de seguro para cubrir gastos.

Tomando como referencia que es imposible, insisto, imposible, que el sistema sanitario de cobertura a la totalidad de los servicios o prestaciones en el número demandado por la población, un sistema económicamente racional de atajar ese problema es seleccionar aquellos procedimientos que por su singularidad son considerados como más esenciales o beneficiosos y esos sí ofrecerlos a todos y en un número ilimitado.

La experiencia no es nueva, y me recuerda mucho al intento del Estado de Ohio (EEUU) en la década de los noventa de seleccionar las prestaciones más eficientes, más coste-efectivas decían ellos. El fracaso fue estrepitoso y parece que aprendemos poco de la historia.

Aunque pueda ser eficiente desde un punto de vista económico, la Sanidad debe comprender también valoraciones más allá de lo monetario e incluir en sus reglas de decisión los valores de la sociedad, criterios que permitan salvaguardar los intereses de los más desfavorecidos.

Si esto no es así, y la selección de un paquete básico no deja de ser un primer paso, damos entrada a más desigualdades, y a largo plazo a una población dividida entre los que están sanos y tienen acceso a la sanidad y otros que porqué están enfermos no tienen acceso al trabajo, ni a las pólizas de seguro ni a la sanidad.

Tampoco significa eso que la Sanidad deba proveer de todo para todos, sino que siguiendo normas explícitas debe señalar cuáles van a ser sus criterios de priorización para el acceso a los distintos servicios que estén en marcha, abarcando la cartera de servicios un amplio abanico de posibilidades que de cabida también alas preferencias de la población, y en el que no se incluyan de forma sistemática las prestaciones cuya eficacia no haya sido demostrada.

La preocupación por la contención del gasto que revela la posibilidad de una creación de un paquete básico de servicios se ve a menudo también azuzada por la posibilidad de introducir distintas formas y niveles de copago en la sanidad.

En este campo el debate es intenso, y aunque yo defiendiendo la introducción del mismo para limitar el abuso del sistema, tengo que reconocer que el panel del Grupo Nominal no mostraba un consenso ni en lo que era deseable ni en lo que era previsible.

En cualquier caso, sí que se deberían introducir los mecanismos de salvaguarda suficientes para evitar caer en un mayor desequilibrio en el acceso a los recursos.

Mi opinión es que la imposición de medidas de copago es una medida poco probable por el fuerte rechazo político que pueda suscitar, y que en ausencia de otros mayores males ninguna fuerza política va a defender de forma beligerante. No diría lo mismo en lo referente a la imposición de nuevos impuestos finalistas, como el céntimo sanitario de las gasolinas, que en opinión del Grupo Nominal sí eran una medida previsible y deseable.

Aunque los impuestos finalistas sean aceptados mayoritariamente por la población con una cierta resignación pero sin demasiado enfrentamiento, sí debemos considerar que se trata de un impuesto indirecto y regresivo, que afecta por igual a todos los ciudadanos independientemente de su poder adquisitivo y que grava el uso de un o distintos bienes (gasolina, alcohol, tabaco...) para trasladar los beneficios a otro sector.

Estamos todos de acuerdo en que la financiación del sistema es insuficiente, pero quizás sería mejor aumentar la dotación de los presupuestos por la vía de impuestos directos, más proporcionados y socialmente justos. Tengo que reconocer que esa es también una medida poco probable, por la coyuntura nacional e internacional, que tiende a reducir la carga fiscal directa para trasladarla a los impuestos indirectos.

Por tanto, creo que es prudente creer que la cohesión del sistema nacional de salud no va a mejorar y que el necesario aumento de recursos necesario para vitalizar al sistema vendrá por la vía de imposiciones indirectas que pueden castigar a los más necesitados.

Hasta ahora les he expuesto, no sin riesgo por mi parte, cuáles creo que pueden ser los grandes ejes de la Sanidad en tres grandes campos: el de los enfermos, el de los proveedores y el de las Administraciones.

He pretendido que, bajo el prisma del principio de realidad, fuera también una visión esperanzadora en la que se viera que, a pesar de las incertidumbres, no hay grandes amenazas directas en el campo de la salud.

Quizás la lección más importante es que, como siempre ha pasado, habrá cambios pequeños ajustados a los que habrá que irse adaptando. Enfermos más reivindicativos y con más necesidad de respeto a su intimidad, profesionales muy capacitados pero quizás menos independientes y creativos e instituciones sometidas a más presiones por parte de la Industria y de las Administraciones. Y más necesidad de recursos, que vendrán desde donde siempre han venido, de la población, de una manera más o menos directa pero seguro -a corto o medio plazo- socialmente más injusta.

Pero quizás el mensaje fundamental que creo les debo transmitir es que, como en otros momentos, afrontamos un futuro rico y abierto, en el que habrá que trabajar muy duro, demostrar capacidad de adaptación a una realidad cambiante desde el punto de vista clínico y social, en el que habrá fuertes tensiones económicas y probablemente sociales por la presencia de una fuerte inmigración.

Antes les decía que la incertidumbre del futuro nos impresiona, nos angustia pero nos motiva a

intentar cambiarlo. Espero haberles dado alguna clave de lo que creo está por venir, y de cómo habrá que afrontar este futuro. Pero también creo que no es justo pensar que el futuro es negro y poco esperanzador. El futuro está allí y, queramos o no, deberemos afrontar retos tecnológicos, sociales y económicos y evidentemente sanitarios, pero sin perder de vista que, históricamente, estamos en uno de los períodos de crecimiento sostenido más largo. Que este mayor crecimiento signifique bienestar no sólo depende de nosotros, pero sí que se traduce en mejor salud y mejor calidad de vida.

La calidad en la acción pastoral.

> Juan Bautista Llinares Lloret, O.H.

Capellán Hospital Sant Joan de Déu. Palma de Mallorca

Licenciado en Estudios Eclesiásticos y postgrado en Pastoral de la Salud.

El Hospital de Sant Joan de Déu de Palma de Mallorca está enmarcado en la consecución de las certificaciones de calidad del Modelo Europeo de Excelencia (EFQM), obtención de la certificación del Sello de Plata; para el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER) que está compuesto por un equipo interdisciplinar de varios profesionales (médico, enfermería, trabajo social, capellán, agente de pastoral,...), ha supuesto un gran esfuerzo el integrarse en esta dinámica de calidad total y mejora continua, aplicando los conceptos de calidad a la fundamentación, gestión, organización y praxis del propio Servicio, ya que no existe ningún tipo de bibliografía específica sobre este tema de la calidad en la acción pastoral, y también, máxime cuando el lenguaje y la conceptualización de los criterios de calidad parecen, en principio, tan lejanos a las conceptualizaciones y semántica que se utiliza en la pastoral de la salud.

Este esfuerzo integrador ha dado como resultado el poder participar y apoyar la dinámica de gestión del centro, con todas las ventajas que ello supone, y en poder realizar en nuestro propio Servicio acciones de mejora de calidad en la atención pastoral. ◻



Juan Bautista Llinares Lloret.

1. Concepto y definiciones de calidad.

Últimamente el término de calidad se está utilizando con mucha frecuencia en diferentes contextos, puede parecer que está de moda y que utilizarlo “queda bien”, o también nos puede dar lugar a pensar que efectivamente existe un deseo de mejorar en diferentes ámbitos, este término que aunque generalmente se relaciona más con el entorno empresarial e industrial, también se está utilizando con frecuencia en el sector sanitario, y por ello, se empieza a demandar a los Servicios Religiosos de los hospitales que realicen su actividad con ciertos criterios de calidad, donde no sirve solamente actuar con buenas intenciones, es además imprescindible hacer bien las cosas y conseguir resultados tangibles, de ahí que cada vez surja el término “calidad pastoral”.

Concepto, que en sí mismo es difícil de definir y que puede llevar a la confusión. Por esto es importante antes de comenzar con un acercamiento al concepto y a las diferentes definiciones.

La calidad es un factor inherente en la actividad humana, siempre ha existido con más o menos desarrollo, *la primera referencia se hace en el Génesis*, al narrar la creación del mundo, al final de cada día y una vez terminada su obra, “Dios veía que era bueno” (Gn 1).

Concepto de Calidad Asistencial Pastoral:

Definir Calidad Asistencial Pastoral es algo más complejo de lo que a simple vista pudiera parecer. La razón es muy sencilla. Todos nosotros al oír hablar de calidad asistencial enseguida nos hacemos una idea muy clara de qué significa. Sin embargo, cuando conversamos con otro colega la práctica nos dice que es frecuente encontrar ideas distintas de qué es calidad.

El interés del agente de pastoral y de los destinatarios de la atención pastoral es que las atenciones que dispensan los primeros sean **efectivas** (ejercen un efecto positivo en los niveles de salud integral de los segundos), **eficientes** (ese efecto debería lograrse a un valor asumible y, por ejemplo, no impedir la atención de otros pacientes que lo necesiten), **aceptables** (para el paciente que lo recibe y en opinión del conjunto de la profesión), **accesibles** (para el paciente en términos de esperas, facilidad de acceso al agente de pastoral, etc.), ser **valoradas** como útiles por los propios pacientes (por ejemplo en términos de calidad de vida experimentada a partir de la aplicación de una atención determinada) y deben estar basadas en **evidencias** (decisiones tomadas sobre la base del conocimiento y no en intuiciones).

De este modo, cabría puntualizar la calidad asistencial por ejemplo, en **términos** del:

- Desarrollo de un **proceso pastoral estandarizado (Plan de Pastoral y Historia de Pastoral)** y, como consecuencia, un resultado óptimo de la atención espiritual (para lo que juegan un papel destacado los estudios sobre la eficacia comparada de los tratamientos pastorales, los estudios sobre las necesidades espirituales multicentro, etc...);
- **Uso eficiente de los recursos** empleados en cada caso (basado en una planificación de los recursos y una gestión adecuada de los mismos).
- **Mínimo riesgo para el paciente en de los tratamientos** pastorales practicados (como mínimo no perjudicarlo).

- Nivel de satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.

Tradicionalmente, se ha buscado incrementar la calidad de la asistencia, en general, merced a:

- La definición y difusión de **protocolos, guías de práctica clínica** y vías clínicas elaborados basándose en la mejor evidencia disponible y que minimizan los riesgos de decisiones inadecuadas y las variaciones debidas a estilos de práctica peculiares. Esta ha sido, sin duda, una de las formas más clásicas en las que se ha procurado, por parte de los profesionales sanitarios, asegurar la calidad de la asistencia que prestan, identificando qué hacer, a quién y cómo y documentando este tipo de decisiones.
- Fomentando **foros de discusión científica** para responder a cuestiones o necesidades clínicas allá donde la evidencia es insuficiente o cuando la realización de estudios presenta problemas, normalmente de tipo ético. Las sesiones clínicas, habituales en nuestros centros sanitarios, constituyen uno de los ejemplos clásicos de este tipo de método de mejora de la calidad asistencial.
- **Evaluación y difusión de la evidencia**, procurando clasificar los datos sobre la efectividad, eficiencia y seguridad de las alternativas terapéuticas para, posteriormente, difundir esta información entre los profesionales. Esta información debería tener un efecto beneficioso ya que garantizaría las decisiones clínicas de los profesionales en función de la evidencia disponible en cada momento.

El **concepto actual de Calidad** se relaciona con la idea de la **mejora continua**. La idea es sencilla. Más que definir un nivel a alcanzar, lo que se busca es **introducir sistemáticamente mejoras** ya sea en los procesos de trabajo o en los resultados alcanzados.

Una vez comprobada la eficacia de estas medidas,

volveremos a **evaluar** la situación y a **definir** qué otros elementos o factores pueden mejorarse y así sucesivamente, lo que cierra el ciclo de mejora.

En realidad, la aplicación de los **modelos de Calidad Total**, por ejemplo: las recomendaciones del Modelo Europeo de Excelencia (conocido por sus siglas **EFQM**) o las normas internacionales de estandarización (**ISO**), actualmente se están aplicando al sector sanitario y cada vez con más intensidad.

Definición de calidad pastoral

- Capacidad de satisfacer las necesidades y expectativas pastorales de los **ENFERMOS, FAMILIAS, PROFESIONALES,...** (“Clientes”).

2. Paciente/Cliente/ beneficiarios/usuario.

La palabra “cliente” en la Relación de Ayuda Pastoral, no se utiliza mucho, incluso puede estar “mal visto”, si que se utiliza en la Psicología Humanista de **Carl Roger**, de la que derivan los instrumentos terapéuticos de la Relación de Ayuda Pastoral, se suelen usar más los términos paciente, enfermo, usuario, beneficiario o destinatarios de nuestra acción pastoral, etc. ..., pero si respondemos a la pregunta de: *¿Quién debe ser atendido y satisfecho para que nuestro Servicio obtenga resultados?*, entonces es totalmente aplicable el concepto y podremos utilizar toda la literatura, investigación y estudios que ya existe sobre los “clientes” y aplicarlo a los Hospitales, aunque no utilicemos específicamente la palabra “clientes”.

Se pueden distinguir varios tipos de clientes o beneficiarios de nuestra atención pastoral:

- **Primario:** El paciente y Familiares.

- *Secundario*: El equipo, profesionales, voluntarios, colaboradores.
- *Interno*: Personas dentro de la organización que trabajan para la misma. Los profesionales, colaboradores, los pacientes,...
- *Externo*: La iglesia local, la sociedad,..
Es necesario saber exactamente que es lo que los Enfermos, Familiares, Profesionales, Iglesia Local,... esperan del Servicio de Atención al Espiritual y Religiosa, una vez esto este bien definido habrá que medir y comparar hasta que punto se están cumpliendo o no esos compromisos mediante indicadores. En la medida que se cumplan los compromisos se podrá decir que se está prestando un servicio de calidad.

3. Diez mandamientos o principios básicos de calidad en la acción pastoral.

1. *Orientar la actividad hacia la satisfacción de las necesidades espirituales y expectativas del destinatario de nuestra atención pastoral (pacientes, familiares,...)*: El énfasis primordial debe ser *“la satisfacción del cliente o la adaptación a sus deseos y necesidades”* (Black y Porter 1.995).

Todos los resultados y éxitos dependerán de la manera que seamos capaces de adaptarnos a sus necesidades espirituales y expectativas, al perfil del paciente y a los destinatarios de nuestra acción pastoral.

Adaptándose en la medida de lo posible.

2. *Liderazgo y compromiso de la dirección con la calidad*: Este principio es un requisito

básico e imprescindible, sin una fuerte implicación y compromiso con la mejora y gestión de la calidad por parte del Comité de Dirección o Junta de Gobierno, cualquier intento que se pretenda hacer en este sentido será sin ninguna duda un fracaso.

Liderazgo como alentador, generador y estimulador de la calidad, tal y como indica **“James C. Hunter”**, en su libro **“La Paradoja”** concibe liderar como **“El arte de influir en la gente para que trabaje con entusiasmo en la consecución de objetivos en pro del bien común.”**

3. *Participación y compromiso de los miembros del Hospital en la asistencia integral (bio-psico-social-espiritual)*: Implicación, cooperación y responsabilidad de la tarea de todos los miembros del Hospital. Misión compartida, aceptada y sentida como propia por todos los miembros del Hospital.

Este es otro de los mandamientos o principios básicos y fundamentales no solo de cualquier organización, sino mas aun de un centro donde se trabaja con personas y para personas, si la misión de una asistencia integral no se vive y se entiende como propia, será muy difícil que exista implicación y participación.

Técnicas que se utilizan para hacer conscientes a todos los miembros de la organización de los logros realizados mediante la apropiada comunicación de estas al resto de la organización, también **“ayudan a obtener mayor motivación y esfuerzos futuros”**. (O'brien y Walley 1.994)

4. *Trabajo en equipo interdisciplinar*: Elemento clave en el enfoque de la gestión de la calidad en un Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, es consecuencia de los principios anteriores. El trabajo en equipo ha sido enumerado por numerosos autores como un factor clave para la excelencia.

Está demostrado que cuando **un colectivo de personas con una intención común**, clara y

precisa, se unen para que colectivamente y de forma sistematizada aporten el resultado de sus esfuerzos y de sus actividades, el resultado que se produce es mucho mayor que lo que cada uno conseguiría por sí solo, es decir cuando se trabaja en equipo $2 + 2 = 5$, lo que también se denomina sinergia, pero además en un Hospital donde el equipo, las personas, el trato, ambiente y clima es fundamental, ya que se atiende a los pacientes durante las 24 horas al día, si no hay trabajo en equipo y se realizan las actividades de manera aislada, existen competencias, rivalidades o falta de comunicación se puede afirmar que en este caso $2 + 2$ será igual a 3.

Según (Moreno-Luzón y Martínez) “Esta forma de organizar el trabajo facilita la participación de los miembros de la organización en la resolución de problemas”. Para que el trabajo en equipo se desarrolle, según (Moreno-Luzón, Peris y González) es necesario que se cumplan una serie de condiciones:

- Debe de estar formado por personas que tengan los conocimientos necesarios para alcanzar los objetivos planteados.
- Deben tener la capacidad de decisión y actuación adecuada.
- Deben de tener asignados claramente cuales son los objetivos a conseguir.
- Utilizar técnicas y herramientas definidas.
- Contar con los recursos necesarios para actuar.

5. *Colaboración con los beneficiarios del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER):* Una buena dinámica de colaboración y trabajo entre los clientes internos y con los clientes externos, hace que se haga el trabajo más fluido y eficiente. Establecer una relación estrecha con el cliente principal (enfermo y familia) hace que se obtenga información y feed-back sobre sus necesidades espirituales y expectativas para así poder atenderlas.

6. *Formación:* Es necesario que todo el personal del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, colaboradores y directivos, estén formados en

las habilidades para desempeñar un trabajo interdisciplinar, una asistencia integral y un conocimiento de lo que son, como se evalúan y como se tratan las necesidades espirituales, las buenas intenciones no son suficientes por sí solas, es preciso conocer las técnicas y herramientas básicas, tener unos conocimientos básicos para desempeñar esta labor (uso de herramientas, técnicas y actitudes, y, como la escucha activa y la cooperación,...).

7. *Gestión y mejora del proceso o actividades del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa:* Se parte del principio de que la forma más efectiva de obtener buenos servicios es actuando sobre los procesos que hacen posible conseguirlos. Entendiendo como proceso el conjunto de actuaciones, decisiones y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga las necesidades espirituales de los beneficiarios de nuestro servicio pastoral. En otras palabras, un proceso no es más que la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar la actividad pastoral. En el caso de un proceso pastoral, diríamos que es la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia pastoral. La lógica es sencilla debe de “hacerse lo correcto” y “debe hacerse bien”.

El trabajo que se realiza en el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa puede ser descompuesto en diferentes tareas o actividades. Cada una de esas tareas de valor agregado (*sirve para aumentar la calidad*) en las que han intervenido las personas, puede ser mejorado, incidiendo en los procesos se obtendrán mejores resultados.

No todos los procesos tienen valor agregado, una tarea sin valor agregado es un esfuerzo de trabajo no esencial, es importante identificarlas, pues en ocasiones puede llegar a ser un obstáculo.

La gestión y mejora de procesos se basa en actuar y mejorar sobre los procesos clave, aquellos que generan más valor añadido. Para mejorar los procesos habrá que documentar y

escribir que es lo que se hace y como se hace, por eso es necesario implementar y mejorar el Plan de Pastoral si se quiere mejorar **habrá que documentar, escribir y argumentar adecuadamente el porqué y el como se hacen las tareas y actividades.**

Una importante decisión a tomar será el **grado de formalización** que debe tener la documentación de los procesos. Un sistema elevado de exigencia esta ligado a los sistemas de aseguramiento y control de la calidad como *“las certificaciones ISO” en las que “un nivel alto de formalización de cómo se ejecutan todas y cada una de las actividades, introduce elementos rígidos en el comportamiento organizativo imprimiendo un sello burocrático”* (Minitzberg, 1.979).

Guías y protocolos representan la forma básica en que se planifica, organiza y ordena la actividad asistencial de la que deben ser objeto los pacientes para evitar introducir elementos inoperantes, poco efectivos o ineficaces y, en esencia, para garantizar las atenciones de las que son objeto el paciente.

El Servicio de Atención Espiritual y Religiosa puede crear sus propios protocolos, pero quizás sea mas factible que participe activamente en la creación de protocolos asistenciales, en la que la **actividad pastoral pueda integrarse de manera interdisciplinar.**

Guías y protocolos se suman también las denominadas **vías clínicas o mapas de cuidados**, de reciente aplicación en nuestros hospitales, que se definen como planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible”.

Su utilidad reside en su capacidad para organizar los cuidados y atenciones que prestan a un conjunto de pacientes similares características los distintos profesionales: médicos, enfermeras, psicólogo, trabajadora social, agente pastoral, etc.

8. Administración basada en hechos y apoyada en indicadores y sistemas de evaluación:

Es clave establecer **indicadores de medida y retroalimentación** para seguir el cumplimiento de objetivos y actividades. La gestión y actividad cotidiana necesita ser medida y comparada para saber si efectivamente se están alcanzando objetivos, aquello que no se conoce y no se mide difícilmente se podrá mejorar.

Las **mediciones permiten saber si las cosas están funcionando bien o no** y en que medida, saber donde hay que hacer cambios para conseguir mejoras, o determinar si los cambios efectivamente han conducido a mejoras o no.

Los indicadores deberían por una parte medir la consecución de los principios básicos anteriormente descritos, los elementos clave del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa.

Para ello habrá que previamente **definir que cuales son los aspectos clave** de los que depende el éxito de nuestro Servicio.

Los indicadores de calidad pueden ser objetivos o subjetivos, mas adelante se profundiza sobre diferentes tipos de indicadores aplicables a comunidades terapéuticas.

9. Clima y ambiente:

El clima y el ambiente es consecuencia y aplicación de los anteriores principios, no se genera por si solo. **Cuando existe un clima y un ambiente adecuado, el mismo clima en si se convierte en un factor terapéutico**, sirviendo este así mismo como un elemento para volver a incrementar los propios principios que han ayudado a producirlo, estableciéndose una espiral positiva de incremento y mejora de la calidad.

En la creación de un clima positivo y adecuado influyen muchos factores, pero uno de los mas importantes son las relaciones humanas, las relaciones entre el equipo, las relaciones del equipo con el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, de éste con los pacientes y familiares.

Según **James C. Hunter** *“una relación de simbiosis que funcione con los clientes, los propietarios, los empleados y los proveedores es un seguro para que un negocio funcione”, “el elemento más importante para que una relación funcione es la confianza sin confianza mutua, es imposible mantener una buena relación”.*

Cuando existen problemas internos suelen estar generados por desconfianzas. En los cuestionarios de satisfacción que se distribuyen a los pacientes del hospital, el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, sale como uno de los Servicios que más le han gustado, lo valoran positivamente.

Evidentemente el clima es la consecuencia de todo un conjunto de factores, el cual puede y debe ser medido para darnos pistas de donde y como mejorar.

10. Definición misión, visión y valores:

La misión, visión y valores del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa dentro del propio Hospital de Sant Joan de Déu de Palma de Mallorca vienen definidas en la Carta de Identidad, Constituciones y Estatutos Generales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, entre otros, que ayudan llevar a éxito los objetivos de calidad.

De todas formas es interesante añadir: **La persona enferma**, en su globalidad, es el lugar teológico y el punto de referencia de nuestra pastoral de la salud. El enfermo es el núcleo, donde se enraza nuestra acción pastoral: es el centro sobre el que gira y al que tiende y en el que viven los valores del amor, fraternidad y servicios a los hombres.

Definimos **Pastoral de la Salud** como el derecho fundamental del enfermo a recibir una asistencia espiritual y religiosa y como una obligación de nuestro hospital de ofrecerla.

Nosotros lo asumimos como un **derecho del enfermo**. No sólo posee este derecho sino también

la facultad de exigir una asistencia de calidad, es decir el buen cuidado de su salud y los medios que lo posibiliten: profesionales competentes con acceso a los servicios sanitarios de nuestro hospital adecuados y dignos; ser tratado como una persona y no como un número o una patología; se le respete su autonomía; a ser informado.

Esta experiencia nuestra, **nace desde la concepción integral** que pretendemos darle a la asistencia.

A la hora de acercarnos, preocuparnos y ocuparnos del disminuido psíquico, lo hacemos por el modelo configurativo que tenemos de la persona, el cual perfila la asistencia que nuestra institución se plantea.

El **modelo antropológico del que partimos**, es considerar a la persona como una realidad plural, constituida por las **dimensiones**: somática, psíquica, social y espiritual.

Las **necesidades espirituales se expresan** de muchas maneras. Todas ellas las podemos clasificar **en tres grandes bloques**: las preguntas que el enfermo se formula, los sentimientos que manifiesta y la preocupación por la búsqueda de sentido.

Los **rituales**, tanto a nivel humano como religioso, facilitan la expresión de unos procesos y de unas experiencias que pueden favorecer el crecimiento y la maduración de quienes afrontan momentos difíciles y decisivos de su vida.

Los enfermos concretan **demandas espirituales** entorno: a la preocupación por el propio sufrimiento; la búsqueda de sentido en la enfermedad, el dolor y la muerte; el balance de la propia vida; la necesidad de reconciliarse consigo mismo, con su pasado, con su familia y con los demás; las preguntas acerca del futuro.

Las necesidades religiosas aparecen y se concretan entorno a una **experiencia de fe**; vinculada a una comunidad de creyentes, que comparte un proyecto de vida; abierta a un sentido trascendente y a una relación personal con Dios.

A los profesionales también les afectan las necesidades espirituales. Es conocida la frustración personal del médico tras muchos esfuerzos por sacar adelante en enfermo en situación crítica, sin llegar a conseguirlo; el desgaste profesional que supone, a veces, la difícil gestión de recursos limitados o los retos de la competitividad; el delicado diálogo entre la ciencia y la fe... La búsqueda de sentido es un empeño que define al ser humano como tal, sin que se pueda obviar. Conviene estar, pues, respetuosamente atentos a esta dinámica que busca encontrar quizá la trascendencia aun a veces rechazándola, y siempre prontos al diálogo, al anuncio de la buena noticia.

Además, potenciar y promover la sensibilidad religiosa De los profesionales creyentes ha de ser una responsabilidad a cuidar por los miembros del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa.

Las cuatro dimensiones son necesarias, consti-

tutivas y esenciales en la persona humana. Están interrelacionadas hasta el punto, que cualquier disfunción que se produzca en alguna de ellas, a la hora de plantearnos la asistencia desde una concepción integral de la misma, deben de estar todas contempladas y asistidas por profesionales cualificados y competentes.

Esto, en el intento de acercarnos a la persona enferma, desde una **concepción integral e integradora de la asistencia**: significa que los diversos miembros deben sus conocimientos específicos y sus habilidades concretas en la tarea de la formación y normalización del enfermo.

Nuestro hospital está viviendo un periodo de cambio, donde se busca un **nuevo modelo funcional de organización** para ofrecer calidad y calidez a nuestros enfermos, esto también exige en el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa nuevas formas de presentar el mensaje religioso.

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15

Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90

08022 BARCELONA

4. Indicadores de calidad y procesos.

La calidad puede y debe ser medida, los indicadores nos ayudan a saber hasta que punto nos estamos desviando de los estándares que hemos establecido como adecuados y poder así tener pautas concretas para mejorar o para saber donde y cuanto hay que cambiar y si los cambios realizados están siendo efectivos.

Los indicadores pueden tener diferentes enfoques:

- **Índices objetivos** también denominados duros, son mediciones de cantidades, mediciones de tiempo, porcentajes, números y datos objetivos.
- **Los índices subjetivos** también denominados blandos, están enfocados hacia las percepciones y actitudes que tienen los clientes respecto a la calidad del servicio, el tratamiento recibido o hacia la actitud de los empleados y sus percepciones respecto al clima y ambiente laboral.

Indicadores Objetivos:

- Son establecidos por la organización para establecer un cierto nivel de calidad, se han de **medir de manera fácil** y han de ser conocidos por todos los miembros.
- Deben de **reflejar los criterios clave de éxito** considerados por la propia organización.

Indicadores objetivos utilizados en el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa:

- **Nº HISTORIA DE PASTORAL**
- **Nº REUNIONES INTERDICIPLINALES**
- **Nº ACCIONES FORMATIVAS**
- **Nº PERSONAS ASISTENTES A LAS ACCIONES FORMATIVAS**
- **Nº COMUNIONES EUCARISTIAS**
- **Nº COMUNIONES EN HABITACION**
- **Nº ASISTENCIA MEDIA A EUCARISTIA:**
personas /Domingo y personas/diarias

- **Nº EXITUS**
- **Nº UNCIÓNES DE ENFERMOS.**
- **Nº UNCIÓNES DE ENFERMOS CON ACOMPAÑAMIENTO Y PACIENTE CONSCIENTE** (para valorar si se ha hecho un trabajo previo con familia y personal antes del sacramento)
- **Nº VISITAS FORMALES APROXIMADAS**

Indicadores Subjetivos:

Son aquellos basados en las percepciones de los propios pacientes y familiares, de los profesionales, de los pastoralistas y de todo aquellos que reciben un servicio directo del Servicio de atención Espiritual y Religiosa.

Hoy en día es muy importante saber que es lo que piensan los pacientes, conocer en que medida estamos atendiendo a sus necesidades espirituales y lo que esperan de nosotros, aunque siempre tendremos nuestras pero seria mas completo, si tuviésemos además un sistema metódico y continuo para tener en cuenta su percepción obteniéndola directamente de ellos.

Algunos de estos pueden ser:

- **Cuestionarios encuesta de satisfacción del paciente y familiares**
- **Percepción de los profesionales.**
- **Uso metódico de las quejas y reclamaciones de los pacientes y de los profesionales como oportunidades de mejora.**

La calidad como una cultura, filosofía o manera de actuar en el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (EFQM):

Es importante favorecer y tratar de crear esa filosofía y cultura a través de los principios básicos de calidad que anteriormente se han mencionado, si no existe esta filosofía será muy difícil prestar una atención espiritual con calidad, antes de realizar cualquier implantación de control o

aseguramiento de la calidad, el **Hospital de Sant Joan de Déu de Palma de Mallorca** está enmarcado en la dinámica del Modelo Europeo de Calidad **EFQM**, y como tarea de mejora está la de realizar el mapa del proceso del Servicio Espiritual y Religioso.

PROCESO

La lógica es sencilla. Debe “hacerse lo correcto”, y debe “hacerse bien”. Por **proceso** entendemos la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad. En el caso de un **proceso de atención pastoral** diríamos que es la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una asistencia pastoral al paciente.

Guías y protocolos representan la forma básica en que se planifica, organiza y ordena la actividad asistencial de la que deben ser objeto los pacientes para garantizar las atenciones de las que es objeto el paciente.

A guías y protocolos se suman también las denominadas **vías clínicas o mapas de cuidados**, que se definen como *“planes asistenciales inter- o multi-diciplinar que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible”*.

Su utilidad reside en su capacidad para organizar los cuidados y atenciones que prestan a un conjunto de pacientes con similares características los distintos profesionales involucrados desde médicos, enfermería, psicólogos, agentes de pastoral, etc.

Las vías clínicas coordinan las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos de calidad científico-técnica (optimización de la atención y coordinación entre profesionales sanitarios), como los relativos a información, participación y ajuste de las expectativas de los pacientes, sin olvidar la atención integral.

- Orientación hacia el paciente, cumplir y superar sus expectativas.

El paciente es verdaderamente el eje entorno al

cual debe girar toda la atención y todos los esfuerzos, él es la razón de ser del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa se debe conseguir atender adecuadamente a los paciente, familiares y colaboradores.

- La calidad la produce el personal.

El personal el capital más valioso que tiene el Hospital, misión, visión y valores compartidos son necesarios para obtener un nivel de implicación y compromiso adecuado. Favorecer el clima y el ambiente Las relaciones y la confianza son las bases necesarias para desarrollar un buen clima que puede ser en si mismo un elemento favorecedor y terapéutico.

- El trabajo en equipo

Factor clave de la excelencia empresarial. Los miembros del equipo deben de estar formados y preparados técnicamente, tanto al inicio como de manera continuada. Mejora de procesos. Actuar y mejorar los procesos clave, sobre todo en aquellos que generan más valor añadido.

- Toma de decisiones basada en hechos.

Gestión soportada en hechos medidos y contrastados, establecidos por la organización y conocidos por todos los miembros.

- Herramientas e indicadores para medir.

Indicadores objetivos y subjetivos, es imprescindible establecer claramente con los beneficiarios de nuestra atención espiritual, que es lo que quieren y que espera del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa para poder satisfacer sus demandas y elaborar entonces indicadores que puedan medir objetivamente si se consigue.

5. Instrumentos o administración para la acción pastoral:

Procedimientos en el ingreso del paciente.

Se mantendrá una descripción de las condiciones y procedimientos de admisión, incluyendo:

- a). información que se obtiene de cada paciente mediante el listado diario que ofrecerá el Servicio de Admisión del Hospital donde se incluye: cama, nº epi/nhc/nº exp, apellidos y nombre, fecha nacimiento, médico, garante, fecha ingreso, diagnóstico);
- b). procedimiento a seguir ante los nuevos ingresos: entrega de guía informativa, visita pastoral;
- c). diagnóstico y tratamiento de necesidades espiritual si procede.
- d). comunicación de este diagnóstico a personal asistencial.

Historia de Pastoral

Se mantendrá un registro escrito de cada paciente, en función de sus necesidades, la Historia Clínica al que se le haya hecho un diagnóstico del sufrimiento espiritual, que incluirá anotaciones firmadas y fechadas acerca de:

- a). Información para la identificación del paciente;
- b). Necesidades espirituales orientadas al paciente y a la familia;
- c). Diagnóstico/Valoración espiritual-religiosa;
- d). Plan individualizado de acción pastoral;
- e). Tratamiento: acciones de apoyo espiritual y tratamiento.

Se salvaguardará esta documentación respetando la ley de protección de datos aplicará con un plan

para la preparación, almacenamiento, uso, seguridad y confidencialidad de la Historia de Pastoral.

Se utilizará la información sobre la evaluación del paciente para diseñar, revisar y actualizar el plan individualizado de tratamiento y el seguimiento del paciente.

Se aplicará un plan de tratamiento individualizado, registrado por escrito en la Historia de Pastoral, que podrá registrar: a) estará basado en las necesidades del paciente; b) señalará las metas y criterios de finalización del tratamiento; c) aplicación individualizada de las técnicas de intervención y e) estará bajo la responsabilidad directa de un miembro del equipo de pastoral.

Relación con la comunidad y con otros servicios.

El Servicio de Atención Espiritual y Religiosa no será un fin en sí mismo, sino que intentará integrarse en la asistencia integral, con un trabajo interdisciplinar.

Se mantendrá una relación de trabajo con la Iglesia Local:

- Participación en el Equipo Asesor de la Delegación Pastoral de la Salud Diocesana.
- Participación Junta de la FERS de les Illes Balears.
- Participación Consejo Parroquial.

6. Evaluación.

- El Servicio de Atención Espiritual y Religiosa elaborará una memoria anual, incluyendo:

- a). estadísticos sobre indicadores del Servicio y su Actividad;
- b). descripción de programas y actividades desarrollados;
- c). composición del equipo, formación recibida y proporcionada por el mismo;

- d). índices de efectividad del Servicio;
- e). actualizaciones y cambios en los recursos y actividades.

- Se desarrollará estudios internos para valorar su modelo de intervención e identificar factores asociados a los resultados del tratamiento y colaborará en lo posible desarrollo actividad científica e investigadora, que va a realizar la Provincia nivel de necesidades espirituales.

- Se realizará periódicamente una evaluación de la efectividad que incluye la opinión y satisfacción de pacientes y otros usuarios. La información resultante serán suministrados al equipo, y al responsable de la pastoral de la Provincia y se integrarán en una lógica de progreso y mejora del plan de pastoral.

- Se documentará la atención espiritual y religiosa planificada y suministrada a los pacientes. Es evaluada y adaptada a las necesidades de estos, mediante reuniones para el estudio de casos y auditorias de atención al paciente. Para estos procesos se utilizará la información almacenada en la Historia de Pastoral del paciente y se tomarán medidas correctoras validadas mediante estudios de seguimiento. Los resultados de los estudios de casos y auditorias de atención al paciente son integrados en otras funciones de garantía de calidad: planificación de estrategias de tratamiento y actividades. Los resultados y recomendaciones elaboradas, serán informadas al equipo de pastoral.

Bibliografía

- ASOC. JAPONESA DE RELACIONES HUMANAS.

El Libro de las ideas para producir mejor,
Ed. Gestión 2000, 1997

- BLACK, S. A., PORTER, L. J. (1996).
Identification of the Critical Factors of TQM.
Decision Sciences, v 27, 1 - 21.

- CLUB GESTIÓN DE LA CALIDAD.
Nuevo Modelo Europeo de la Excelencia,
1999

- FORUM QALITAT,
Documentos de Gestión 90 casos prácticos,
Ed. Milenio, 1997

- GUTIERREZ, M. :
Nociones de Calidad Total,
Ed. Limusa, 1997

- HOROWITZ, J Y JURGENS PANAK, M.:
La satisfacción total del cliente,
Ed. Mc Graw Hill

- HUNTER, JAMES C.
La paradoja: un relato sobre la verdadera esencia del liderazgo.

Barcelona: Urano, 1999.

- LLORENS, F.J. Y FUENTES, M.M. CALIDAD TOTAL. Fundamentos e implantación.

Ed. Pirámide, 2000.

- Martín Pozas, J. E.

Criterios de calidad en comunidad terapéutica.

Girasol Fundación. <http://www.unad.org/documentos/criterios%20de%20calidad>.

- MINTZBERG, H).

The structuring of organizations: A synthesis of the research.

Prentice-Hall (Englewood Cliffs, N.J.). 1979.

- MORENO-LUZÓN, MARÍA D., GONZÁLEZ CRUZ, TOMÁS F, PERIS BONET, FERNANDO J.

Gestión de la calidad y diseño de organizaciones: teoría y estudio de casos.

Madrid: Pearson Educación, 2001.

- UGO FEA.

Competitividad es Calidad Total,

Ed. Marcombo 1993.



* - Exposición realizada en el ENCUENTRO INTERPROVINCIAL DE PASTORAL DE LA SALUD celebrado en mayo de 2006.

Atención pastoral en la unidad de medicina interna del Hospital San Juan de Dios de Córdoba*.

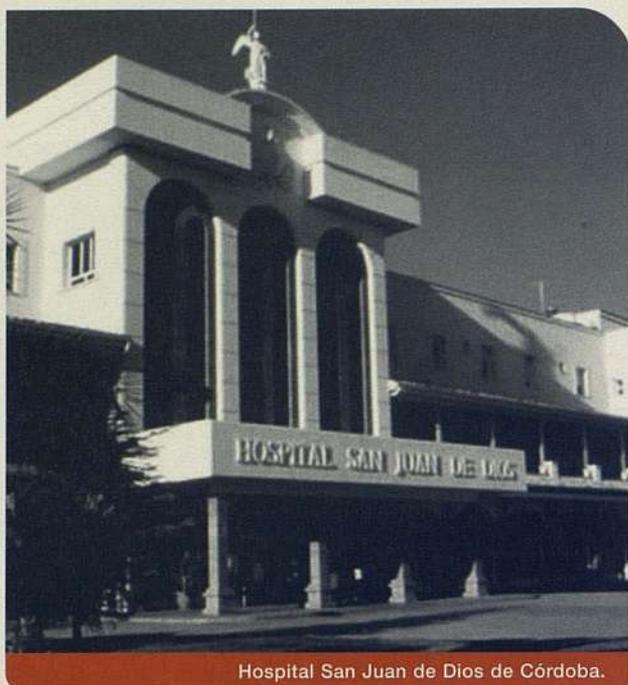
> Rafael Lora González.

*Pastoralista Clínico. Hospital San Juan de Dios de Córdoba.
Responsable de Pastoral de la Salud del Sector de Hospitales
Provincia Bética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.*

El Prof. Lora nos muestra cómo es su trabajo en el Hospital San Juan de Dios de Córdoba mediante una definición de lo qué un servicio de pastoral y cómo un modelo que integre las necesidades espirituales en la atención integral permita a los profesionales realizar su trabajo.

También nos indica los instrumentos para detectar las necesidades espirituales de los enfermos así como los métodos de abordaje y la evaluación del proceso, así como las estrategias que permitan a los profesionales sanitarios afrontar esta tarea con responsabilidad, eficacia y eficiencia cuando sea necesario.

Se propone un enfoque pragmático de la espiritualidad y de las necesidades espirituales, en el marco de los Cuidados Integrales, centrado en las respuestas observables - verbales y no verbales - del enfermo y como desde un manejo adecuado, puede contribuir a atenuar su sufrimiento y su dolor, un dolor a veces difícilmente medible y cuantificable por ser inmaterial. ▶



Hospital San Juan de Dios de Córdoba.

El Servicio de Pastoral de la Salud o de Intervención Pastoral

El Servicio de Pastoral de la Salud se integra en el Centro concretamente en el Equipo Asistencial Interdisciplinar de Medicina Interna y Cuidados Paliativos, entre otros, realizando la importante tarea de Acompañar, Evangelizar, Humanizar y Celebrar la Fe y los Sacramentos con los enfermos, familiares, comunidad de hermanos de San Juan de Dios y profesionales del Centro.

Componentes del Equipo Interdisciplinar

- Médico Internista
- Médico Rehabilitador
- Coordinadora de Enfermería
- Coordinador de Fisioterapia

- Coordinadora de Logopedia
- Trabajadora Social
- Psicólogo Clínico
- Pastoralista Clínico (Agente de Pastoral de Salud)

Plan Marco del Sector de Hospitales de la Provincia Bética

El carisma de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios nos introduce de lleno en el compromiso de atender, cuidar, sanar, acompañar y promocionar al ser humano, apostando por prestarle una atención integral u holística que avance en calidad, en humanización y en complementariedad integradora pluridimensional o al menos tetradimensional, contemplando estas cuatro dimensiones: Biológica; Psicológica; Sociológica y Espiritual.

Nuestro Reto:

1. Transformar nuestros gestos de curación en auténticos gestos de evangelización a través del cuidado asistencial.
2. Transformar nuestro lugar de atención integral al enfermo y su familia en lugares significativos de evangelización.
3. Pretendemos que Evangelización y Humanización formen una unidad indivisible.

Objetivo General:

Que garantizando la Evangelización y promoviendo la Humanización, celebrándola desde la Fe y los Sacramentos, atendamos las Necesidades Espirituales de los enfermos, sus familias, al estilo de San Juan de Dios, contribuyendo así a que en el momento más crítico de su vida, como es la enfermedad, encuentren sentido a la vida, fundamento y realización.

Objetivos específicos:

a). En la Evangelización y la Humanización

- Favorecer el acompañamiento pastoral personalizado tanto en el enfermo como a su familia.
- Facilitar la Relación Pastoral de Ayuda.
- Favorecer las Actividades Pastorales en Grupos Homogéneos, si se demanda.
- Colaborar con Formación, Docencia e Investigación formando en Habilidades de Relación de Ayuda a los profesionales del Centro (Cursos de dos años de duración) y colaborando en actividades de investigación y publicaciones.
- Facilitar el Asesoramiento sobre cuestiones éticas, religiosas y/o morales.
- Colaborar en la formación de los Voluntarios del Centro, en el Carisma Juandediano y en Habilidades de Relación de Ayuda de cada al acompañamiento efectivo y práctico a los enfermos.
- Colaborar en la Promoción de una Asistencia Humanizada.
- Trabajar estrechamente en Equipo Interdisciplinar.
- Garantizar el funcionamiento del Servicio de Pastoral de acuerdo con el Plan Marco del Sector de Hospitales.
- Garantizando la integración en el Área de Pastoral de la Salud de la Provincia Bética y en la Pastoral de Conjunto de la Iglesia Diocesana.

b). Celebrando la Fe y los Sacramentos

- Promoviendo la Celebración de los Sacramentos sobre todo de la Reconciliación, de la Unción de Enfermos y la Eucaristía como centro de la vida cristiana.

- Promoviendo encuentros de Oración.

- Promoviendo la Catequesis (hasta ahora con un grupo de confirmación con los trabajadores del Centro).

Destinatarios

de la Acción Pastoral

1. A personas con enfermedades agudas, crónicas o en situación terminal que se encuentren en régimen de hospitalización o ambulatorio. Se les ayuda a vivir con sentido su enfermedad, a elaborar pérdidas parciales, a orar, celebrar la fe y los sacramentos si lo demandan, a proporcionarles un pastor si son de otra religión y sobre todo a que vayan integrando y aceptando su propio final respetando siempre su libertad y su dignidad y su ritmo de integración.
2. A los familiares de los enfermos. Acompañándoles en el pre-duelo y duelo no patológico, cuando mantienen relación con el Centro, casos que no son habituales, ya que al fallecer el enfermo, desconectan totalmente con nosotros.
3. A los colaboradores de estos servicios o unidades con peligro de Burn-out. Ayudándoles a que no los aborde el quemamiento profesional y sepan poner límites, a que desarrollen su trabajo con sentido cristiano o al menos que respeten nuestra identidad cristiana, que desarrollen en su trabajo el Carisma de la Hospitalidad y que ofrezcan al enfermo y a su familia un excelente testimonio técnico, humano y si es posible cristiano.

Detección de las

Necesidades Espirituales

- A través de la entrevista personal a su ingreso.
- Durante la estancia en el Centro a través de visitas programadas y en las visitas diarias no programadas.
- A demanda del Equipo Interdisciplinar, recogida en las sesiones de trabajo semanales.
- A través de las colaboraciones de los profesionales del Centro de las distintas áreas que componen el resto del Equipo de Pastoral y que están atentos en su labor cotidiana en la detección de las Necesidades Espirituales demandadas.
- Se están confeccionando Protocolos de actuación conjuntamente desde el Sector de Hospitales de la Provincia Bética con objeto de ir aunando criterios y esfuerzos en la consecución de estos objetivos. El Protocolo no es lo más importante, si lo es el enfermo, pero nos sirve de herramienta de actuación efectiva.

Estructura y composición del Servicio de Pastoral de la Salud

La dependencia del Servicio es directamente del Superior-Gerente y lo componemos:

- Capellán del Centro (Responsable del Servicio)
- 1 Agente de Pastoral a tiempo completo
- La Comunidad de Hermanos
- 1 Colaborador / trabajador por cada Servicio / Área del Centro

- Y recibiendo apoyo del Voluntariado del Centro.

Creemos que esta estructura no es suficiente, pero esperamos que se vaya completando gradualmente en función de las necesidades y presupuestos del Centro.

Formación del Servicio de Pastoral

La formación continuada se asume como necesaria y permanente y está centrada en:

- Espiritualidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.
- En Teología .
- En Pastoral de Salud (Master de Pastoral de la Provincia Bética).
- En Bioética (Master de Bioética mas Foros Locales de Bioética).
- En Habilidades de Relación de Ayuda y Comunicación.
- En Talleres de Crecimiento Personal

Necesidades Espirituales al final de la vida

Es necesario subrayar que la dimensión espiritual y la dimensión religiosa, íntimamente relacionadas e incluyentes, no son necesariamente coincidentes entre sí.

La dimensión espiritual pertenece al dominio interior del ser humano, a su conciencia y a la percepción de uno mismo en el universo. Se percibe como vinculado al significado, al propósito, a la intención, al proyecto de vida personal, al sentido último de las cosas. Se asocia a la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación de los valores y se conjugan tres elementos: Los valores que dan sentido y razón a la vida, los ideales que mantienen viva la motivación para la elección de las metas en la vida y el sentido último de las cosas y las opciones fundamentales en la vida.

Necesidades Religiosas

Comprende la disposición y vivencia de la persona, de sus relaciones con Dios dentro del Grupo religioso al que pertenezca como creyente y en sintonía con sus modos concretos de expresar la fe y las relaciones con Dios.

Detección de las Necesidades Espirituales y competencias de Abordaje.

La detección de las Necesidades Espirituales, se va abriendo camino justamente promovido por: la filosofía de los Cuidados Paliativos y la Medicina Interna de Larga Estancia, por un estilo relacional Holístico, centrado en la persona y no en el problema aunque el problema sea importante, y desde un estilo participativo Empático. Tiene que ver con la Pluridimensionalidad de la persona donde se contemplan al menos estas dimensiones: física, emotiva, social o relacional y espiritual o noética.

Poco avanzada parece estar la construcción de

herramientas para detectar las Necesidades Espirituales. Parece que aún nos movemos en un terreno poco explorado y con muchas dificultades. En este Centro lo estamos intentando siguiendo las siguientes fases que nos llevan hasta un abordaje adecuado tanto para el enfermo como para la familia.

1. Desde la visita personal, o desde el protocolo de acogida, se lleva a efecto la primera autoexploración. Desde esta visita se marcan los ejes sobre el que va a girar el diagnóstico y que hay que tener en cuenta. Estos ejes son: La relación con el tiempo; La etapa de desarrollo; La unidad de cuidados; La potencialidad; se describen limitaciones o vulnerabilidades que limitan o especifican el tema a abordar; se señala topología importante.
2. Seguidamente se marcan indicadores que son importantes en la valoración detectados en la primera autoexploración. Estos son: ubicación del paciente; relación consigo mismo; relación con los demás; relación con Dios o con lo divino; actitud de amor consigo mismo y con los demás; actitud de perdón hacia si mismo y hacia los demás; equilibrio personal y/o familiar; en cuanto al afrontamiento del sufrimiento, la enfermedad y la muerte y las creencias, valores e ideales que ayudan a orientar su vida y le permiten canalizar su espiritualidad.
3. Se señala el diagnóstico pastoral.
4. Se detalla en tipo de intervención que se va a llevar a efecto y si procede, el plan de abordaje de las Necesidades Espirituales demandadas.
5. Al final de valoran los resultados.
6. Se evalúa y mide el estado, la conducta y la actitud.
7. Se revisan los indicadores de actividad que han ayudado a mejorar la calidad asistencial.

Todo este proceso está comprendido en tres fases:

1. En la primera fase de autoexploración, donde

escuchamos, atendemos, exploramos, acogemos, captamos, percibimos y todo, desde las expresiones verbales y no verbales.

2. En la segunda fase, intentamos reunir todos los datos, signos, expresiones, sentimientos que han fluido de la exploración, viendo la posible relación de unos con otros.
3. Y en la tercera Fase, elaboramos un Plan de Acción para el enfermo y su familia y desde el enfermo y su familia, donde se les ayude a crecer en la enfermedad, cuidando sus Necesidades Espirituales. Otras veces sólo será posible ayudarle a integrar su propia muerte.

Un método de abordaje necesita dejar claro que:

1. La meta no es dar consejos o plantear soluciones fuera del ayudado (enfermo o familiar), sino despertar los recursos necesarios para que uno u otro elabore su propio plan de acción.
2. A veces el mismo acompañamiento y el diálogo entre ambos ya ha provocado el cambio.
3. En algunas ocasiones no queda más remedio que requerir un cambio.

Cuestionario de Valoración, Abordaje, Evaluación de las Necesidades Espirituales

Todo este proceso está recogido en un Cuestionario de Valoración, Abordaje y Evaluación de cada paciente acompañado en el cuidado de sus Necesidades Espirituales. Aunque parece muy complicado, no lo es, lo que sí necesita es formación y adiestramiento para un manejo efectivo. No sirve sólo la buena voluntad sino la formación permanente.

Seguimiento desde el Equipo Interdisciplinar.

Si queremos atender, curar, sanar, cuidar integralmente a nuestros enfermos y sus familiares, necesitamos cubrir toda esta demanda pluridimensional a través de un Equipo Interdisciplinar que como su nombre indica, es el único que puede dar respuesta a todas las expectativas humanas.

Necesitamos aplicar todas las disciplinas disponibles, al objeto de poder cubrir el todo llamado ser humano y así poder obtener una visión de conjunto de la persona que tenemos delante y diseñar su mapa cartográfico.

Ninguna disciplina se puede bastar a sí misma. Todas necesitan ayuda unas de otras.

Otras Herramientas

Como ayuda a estas habilidades, destrezas y actitudes, necesitamos contar con otras herramientas que nos faciliten la labor:

- El uso de un Programa Informático que nos facilite tanto el soporte de la Historia de Pastoral como la posibilidad de investigar sobre lo que estamos haciendo, y que nos permita realizar escalas, diagramas secuenciales, estudios científicos, etc.
- Una Historia de Pastoral que nos permita hacer seguimientos a los pacientes.
- Estadística Pastoral, que nos permita obtener tablas de producción y de atención por Servicios, Facultativos, Patologías, edad de pacientes, etc.
- Protocolos de actuación que nos sirva como referente para nuestras intervenciones regladas.

- Indicadores de Calidad.

- Memoria de Pastoral.

El acompañamiento espiritual es un servicio de mediación a la persona que busca el sentido de su vida desde la coherencia interna, la interiorización de significados y las propuestas de futuro. Sabemos que este servicio no es fácil, que diagnosticar lo inmaterial es complejo, pero no por ello nos vamos a rendir.

También sabemos que existe mucha confusión en este campo pero lo importante es ir hacia delante. Entre muchos ilusionados, estudiando, elaborando planes de actuación y de intervención adecuados, investigando sobre este proyecto, al final, levantaremos el edificio.

Aunque sintamos pobreza en el tema, y sintamos las heridas que produce el contacto con el dolor, es bueno seguir adelante. Lo que sí es cierto una cosa, que queremos apostar por el enfermo y por la atención integral y que por tanto vamos a seguir contribuyendo a ello con todo el rigor y el esfuerzo necesario.

Seamos buenos comunicadores de consuelo, misericordia, esperanza y técnica.

Referencias bibliográficas

- V.V.A.A. ESTUDIO DE ENFERMOS DE LARGA ESTANCIA DEL SECRETARIADO PERMANENTE INTERPROVINCIAL / *Orden Hospitalaria de San Juan de Dios* / Año 1988.

- V.V.A.A. El Servicio Pastoral de la Salud / *Orden Hospitalaria de San Juan de Dios* / *Provincia Bética* / Año 2.003.

- BERMEJO J.C. Aspectos Espirituales en los Cuidados Paliativos / *Clínica Fundación Pro Dignitate Hominis* / *Santiago de Chile* / Año 2.000.

- LORA GONZÁLEZ, RAFAEL. En la Atención Integral: Cuidemos los Aspectos y Necesidades Espirituales / *Hospital San Juan de Dios* / *Córdoba* / Año 2005.

Variaciones sobre el cuerpo humano.

> Agustí Cortés Soriano
Obispo de Sant Feliu de Llobregat.

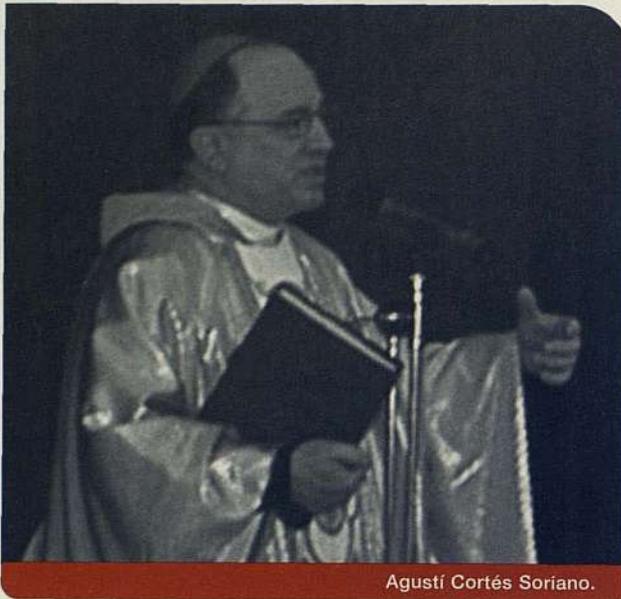
A lo largo de sucesivas semanas del año 2006, Mons. Agustín Cortés Soriano, obispo de St. Feliu de Llobregat -diócesis a la que pertenece la sede de LABOR HOSPITALARIA- fue publicando, como parte de su Magisterio, en el "FULL DOMINICAL" (Hoja Dominical) de la misma una serie de artículos en torno al cuerpo humano. Ya desde los primeros pudimos intuir una línea de pensamiento que, con rigor al tiempo que con sencillez, nos iluminaba a todos cuantos accedíamos a ellos.

Iba pergeñándose una especie de antropología cristiana en la que la reflexión sobre la corporalidad ocupaba el lugar que le pertenecía dentro del inconmensurable misterio del ser humano. Enseguida valoramos la conveniencia de ofrecer a nuestros lectores semejante hallazgo. Para cuantos nos movemos en torno al ser humano, y de una forma más específica abordamos su dimensión corporal en el mundo de la salud, puede resultar especialmente iluminador.

No pocos planteamientos de conflicto en bioética encuentran su solución o, por el contrario, se encallan como problema por la nebulosa en la que con frecuencia se halla ubicada la antropología subyacente de quienes abordan dicho conflicto.

Las divisiones en las que se halla repartido el documento corresponden a las diferentes entregas en las que fue publicado.

Agradecemos a Mons. Agustín Cortés no sólo el servicio pastoral que con esta reflexión nos ha hecho sino su total disponibilidad para su publicación en nuestra revista de la misma. ▶



Agustí Cortés Soriano.

Por razones más que evidentes (bien lo saben los profesionales del marketing) durante las vacaciones de verano el cuerpo humano adquiere un protagonismo muy especial. Un protagonismo que se añade a la atención, a veces desmesurada, que ya le presta la civilización del bienestar.

No precisamente por este hecho, sino desde siempre, para los cristianos *“saber vivir nuestro ser corporal”* (la condición corporal de nuestra persona) es un reto de extraordinaria importancia.

Porque, frente a lo que pensaban filosofías y doctrinas antiguas, que ahora precisamente están de moda (como la de los gnósticos del *“Código da Vinci”*), los cristianos creemos que el cuerpo humano no es un elemento negativo que nos viene encima por una desgracia o un castigo, sino que es un verdadero regalo de Dios, modelado por sus propias manos.

Para los cristianos el cuerpo humano, todo él, está lleno de alma. Parece que no se le puede reconocer mayor dignidad. Pero aún hemos de decir algo más.

Lo explicaré con un pensamiento que me viene a la mente con frecuencia cuando doy la comunión. Según manda la liturgia, digo mostrando la Eucaristía: *“El Cuerpo de Cristo”*.

Y entonces pienso que para Jesucristo el cuerpo era algo tan valioso que quiso dejar entre nosotros su presencia corporal. Pero además me doy cuenta de que este cuerpo “divino” va a otro cuerpo precisamente “humano”, lo que me hace pensar que de ninguna manera Jesucristo se avergüenza de nuestro cuerpo (como decía la *Carta a los Hebreos, 2,11*: *“no se avergüenza de considerarnos hermanos”*).

Y me fijo en la mano que se abre para recibir el Cuerpo de Cristo, descubriendo en ella una cierta revelación de la persona: a veces es la mano de un campesino, amplia y fuerte, con la piel endurecida, que revela muchas horas de pesado trabajo; a veces es la mano de una persona mayor, ya deformada por el reuma y la artrosis, que revela horas de dolor; a veces es la mano pequeña y suave de un niño, que todavía puede hablar de inocencia...

Manos y cuerpos con alma, que por eso mismo pueden tocar y recibir el Cuerpo de Cristo.

- No sólo somos cuerpo, pero nuestro ser es corporal. Esto quiere decir, entre otras cosas, que todo nuestro cuerpo es personal.
- Aunque podemos disimular y hacer teatro, nuestro cuerpo nos sirve para revelar lo que somos por dentro.
- Aunque podemos llegar a un grado considerable de insensibilidad y autocontrol, nuestro cuerpo nos sirve para recibir estímulos del exterior.

Parece que todo nuestro cuerpo, con todos sus órganos y su funcionamiento, que podría rayar con el misterio, está hecho para la comunicación.

Pensaba que Jesucristo con su Cuerpo se quedaba muy a gusto, no precisamente en aquellas manos, sino en trabajo duro, en el dolor crónico y en la inocencia infantil, que ellas manifestaban.

Al fin y al cabo el cuerpo humano no está hecho para la comunicación, sino para la comunión del corazón.

Para los cristianos el valor del cuerpo humano radica en el hecho de que está todo él “lleno de alma”. Con otras palabras: radica en el hecho de que nada de lo que es o hace deja de ser personal; no es “una cosa”, sino presencia del “yo”; no lo hace él, sino el yo, la persona libre.

Queríamos aplicar este principio fundamental en primer lugar a la valoración del trato sexual. Pretendemos por tanto decir unas palabras esenciales sobre lo que significa para nosotros que el trato físico sexual “está lleno de alma”.

Es necesario hacer hoy, desde la fe, una defensa decidida de la sexualidad. En el marco de una entrevista televisiva el periodista me preguntaba sobre las críticas que había recibido la postura de los obispos ante las cuestiones acerca de la familia, el matrimonio y la sexualidad.

Quise decir que el verdadero problema no era tal o cual cuestión de casuística moral, sino la diferente concepción de cuerpo humano y de sexualidad, incluso de persona humana, que había entre los obispos y quienes les criticaban. Entonces él me preguntó: “*por lo que dice, ¿piensa que hoy se ha banalizado la sexualidad?*”

Le respondí, contento porque nos habíamos entendido, que “en efecto, sin duda; y que al hacerlo se había banalizado la misma persona humana”.

- La práctica de la sexualidad humana, como la de los animales y como otras funciones fisiológicas humanas, va acompañada de placer. Ésta es una reacción mecánica buena, que acompaña, ayudándola, a la función de conservar la vida y la especie.

- Pero una cosa es el placer y otra el gozo del encuentro personal; y una cosa es fabricar seres de la misma especie y otra engendrar personas humanas que llamamos “hijos”.

- Porque la sexualidad humana no sólo es la capacidad para una función fisiológica o una manera

de pasarlo bien, sino un potencial para la comunicación y la comunión personal, de la que puede nacer, como fruto, un nuevo ser personal.

Ahora podemos imaginar qué significaría que el trato sexual y la función fisiológica de concebir y dar a luz nuevas criaturas, además de estar llena de alma, estuviese llena de amor.

Que el lenguaje sexual fuera lenguaje de amor y que tener un hijo fuera la consecuencia natural de este amor, siempre fecundo. Imaginemos que, además, este amor fuese el mismo amor que es Dios: la sexualidad humana se convertiría en lugar y ocasión de su presencia.

No nos debería extrañar, pues San Pablo, haciendo una llamada a la castidad dice:

“El cuerpo no es para la inmoralidad, sino para el Señor, y el Señor para el cuerpo... ¿No sabéis que vuestros cuerpos son miembros de Cristo?... ¿No sabéis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo que habéis recibido de Dios y que habita en vosotros?... Glorificad a Dios en vuestro cuerpo” (1Co 6,12-20).

Como decíamos, la práctica de la sexualidad, lejos de ser una mera función fisiológica, un juego ligero e intrascendente o un medio para pasarlo bien, constituye en los humanos una ocasión de encuentro y comunión personal en el amor. Puede llegar a ser, por ello, lugar del amor de Dios.

Pero de hecho, así como nos encontramos con una grave degradación de la persona humana en el mundo del trabajo, de la economía o de la convivencia, así también entre nosotros hay prácticas sexuales, tratamiento del sexo y maneras de entenderlo, que degradan la persona humana hasta el límite de reducirla a puro objeto.

Hace un tiempo, impresionado por un artículo de la famosa sexóloga **Shere Hite**, titulado “*¿Se ha*

vuelto occidente una sociedad pornográfica?”, escribí que esta defensora de la liberación sexual, oráculo de tantos “maestros”, había hecho una confesión estremecedora.

En efecto, a propósito del carácter erótico-masquista de las fotos donde aparecían prisioneros de guerra torturados en Iraq, decía ella que esta imagen podía ser representativa de una mentalidad hoy dominante en occidente, después de cuatro décadas de liberación sexual...

No hemos de simplificar las cuestiones, pero el hecho es que entre nuestros adolescentes, que no han sufrido ninguna represión en este sentido, hay más obsesión por el sexo que nunca. Y la pornografía o en general el uso comercial del sexo parece ser un negocio en alza.

- Quien desee jugar o pasarlo bien en su vida sexual lo tiene hoy muy fácil. Pero piense que tarde o temprano oirá los gritos de protesta de sus sentimientos más íntimos, que no se conforman con ser olvidados sistemáticamente.
- Quien quiera ganarse los otros, su consideración o su afecto, sólo explotando su propio físico, su capacidad de seducción, sólo obtendrá de ellos su físico. Es la tragedia del o la adolescente, que ha de compensar su propia y natural inseguridad, buscando la mirada y despertando el deseo de los otros.
- Quien, sin embargo, desee amar y dejarse amar de verdad, en el trato sexual, deberá recorrer antes un camino de aprendizaje.

Porque si amar no es fácil, aunque parezca lo contrario, amar integrando el trato sexual, como es el caso de los esposos en el matrimonio, no lo es menos. Porque la sexualidad es una fuerza que ha de apoyar al amor y, cuando lo consigue, añade a la relación una gran riqueza; pero cuando no lo consigue, busca su cómplice en el egoísmo más despótico. Es igual si este egoísmo se viste de formas dictatoriales, de violencia, de formas degradantes o de chantaje afectivo...

La verdadera liberación sexual es aquella que se inserta en el camino hacia el amor. El sexo, de por sí, es espontáneo; el amor sin embargo pide trabajo y proceso de maduración.

No hemos de tener miedo de hablar del cuerpo humano y, en concreto, de la sexualidad. La verdad es que se habla mucho, de manera ambigua, equívoca o superficial. Por eso conviene hacer diccionario de vez en cuando.

Ya hemos dicho qué quiere decir, según nuestro criterio, “liberación sexual”. Considerada sólo como exoneración de toda responsabilidad o ruptura de todo condicionante, puede producir una de las más graves esclavitudes. Entendemos la liberación sexual en relación con otro concepto muy importante: “la educación sexual”.

La “educación sexual” es el camino que hace la persona humana intentando integrar toda su capacidad sexual en el amor. En este sentido, la educación sexual es una de las tareas más urgentes y trascendentes de la maduración humana.

Se entiende pues que no podemos considerar “educación sexual” lo que generalmente se presenta como tal (p. ej. en determinados programas escolares): la mera información sobre la anatomía y la fisiología del cuerpo humano y, menos aún, la simple instrucción sobre las maneras más eficaces de obtener el máximo placer.

Cuando el amor en el cual se desea integrar la sexualidad es el mismo amor de Dios, es decir, el amor con el cual Dios nos ama, la educación sexual coincide con lo que llamamos “castidad”. La castidad es la virtud que nos capacita para vivir la sexualidad amando como Dios nos ama.

Ello supone renunciar a determinadas acciones o conductas que nos pide la sexualidad. Para algunos toda renuncia es represión. Pero “represión sexual” es una especie de negación o ahogamiento

de los impulsos sexuales mediante una fuerza psicológica propia o ajena. Generalmente obedece a un concepto muy negativo de la sexualidad.

Muy diferente es lo que desde la psicología se denomina “sublimación de los impulsos sexuales”. La sublimación es la acción interna por la cual uno mismo renuncia consciente y libremente a una determinada expresión de la sexualidad, no porque sea mala, sino por un valor superior, que lo es de hecho y se vive como tal.

Benedicto XVI habla de “purificación” (del “eros”). Nosotros preferimos hablar de “transformación en amor”.

- El lenguaje que se usa para hablar de sexualidad muchas veces es totalmente grosero. Con ello no se hace sino rebajar la sexualidad y la persona misma.
- Una de las palabras más adecuadas para designar la sexualidad es la de “don de Dios”. Porque es impulso y expresión, determinación personal y tendencia hacia el otro.
- Es en este sentido como el lenguaje sexual alcanza su más elevada dignidad, hasta servir para expresar la relación mística con Dios, según la interpretación tradicional judía y cristiana del Cantar de los Cantares.

Hemos de hacer de nuestro cuerpo motivo de oración. Hemos de dar gracias a Dios porque nos ha dado la capacidad de amar como hombre o mujer.

Al mismo tiempo hemos de pedirle sinceridad y fortaleza para llegar a ser nosotros quienes, desde nuestra libre voluntad, integremos la potencia sexual al servicio del amor.

Decíamos que hemos de hacer oración con motivo de nuestro cuerpo. Después de haber dado gracias

por la sexualidad, como don y fuente de compromiso, nos sentimos atraídos por dos clases de cuerpos, más bien, por dos personas, cuyos cuerpos merecen una cuidadosa oración: un tetrapléjico y una modelo al servicio de la moda.

Vienen a ser como representación de dos polos extremos. Hemos hecho un elogio del cuerpo humano desde convicciones de fe cristiana. Pero a veces el cuerpo humano es algo bien distinto del espíritu.

Una enfermedad grave puede hacer que un espíritu muy noble y digno habite en cuerpo deformado e incluso inútil (como también un espíritu mezquino puede habitar en un cuerpo perfecto).

Por eso, quizá no haya una experiencia más elocuente de la dignidad de la persona, más allá de su cuerpo, que el contacto con un enfermo de parálisis crónica. La experiencia pastoral nos ha permitido encontrar la grandeza de espíritus, que apenas podían manifestarse en la mirada o en una leve sonrisa.

De ahí que me pregunte con frecuencia dónde hay más belleza, si en la sonrisa de un niño paralítico o en la sonrisa de una bella modelo, de cuerpo perfecto, que posa para hacerse una foto publicitaria. El caso es que sólo esta sonrisa ocupa las primeras páginas de las revistas.

Oración de un paralítico:

“Señor, has permitido que este cuerpo sea más un reto constante a mi espíritu, que un motivo de gloria.

“Me costó una dura lucha interior aquél primer paso, iniciando el camino de tu voluntad: aceptar que este cuerpo es realmente mío y que yo soy también este cuerpo.

“Pero aún es más duro aceptar el día a día, el mañana y el pasado mañana y el otro. Porque ser generoso y humilde una vez parece estar a nuestro alcance. Pero serlo siempre parece quedar reservado a los héroes de la santidad... Y naturalmente no lo soy.

“Haz que aprenda a dejarme querer, sin que mi orgullo se rebele: querría ser autosuficiente. Hay gente con buena voluntad que me ayuda y querría agradecer incluso sus excesos y su paternalismo, que me hacen más inútil de lo que soy. Sé que me ayudan a mí, no a mi cuerpo, a pesar de no ofrecerles un rostro muy atractivo.”

“Pero también sé que puedo y debo amar a los demás. Creo que les puedo amar mejor, porque este sufrimiento mío me ha despertado la compasión hacia el que sufre... Hay muchos enfermos de parálisis en el corazón, que están peor que yo. Sólo por ellos quisiera no perder la alegría.”

“¿Querrás concederme que pueda mover el espíritu, la agilidad y la movilidad del corazón, que es lo que tú me pides y mis hermanos necesitan de mí?”

“Gracias por el don de la vida. Casi pienso que este cuerpo mío puede ser también motivo de gloria.”

La vida nos ha demostrado que el espíritu está sometido a una dura prueba cuando desfallece el cuerpo. Esta prueba puede hacerle caer en lo más negativo y oscuro. Pero también puede triunfar, alcanzando un grado insospechado de finura y perfección. Entonces habrá triunfado la vida humana y Jesucristo, que es su Señor.

Si para valorar cristianamente el cuerpo de una modelo al servicio de la moda mantenemos los mismos criterios que hemos utilizado mirando el cuerpo de un tetrapléjico, quizá tendremos que subvertir el modo de pensar dominante de nuestra opulenta sociedad.

El cultivo de la imagen física y de la belleza corporal ha llegado a ser entre nosotros una verdadera obsesión. Y por el camino de esta obsesión nos encontramos con enfermedades, como la anorexia y la bulimia, que, sin entrar en la

responsabilidad personal de quienes la padecen (pueden ser también víctimas), nos tendrían que avergonzar a todos. En efecto, se trata de enfermedades sociales, propias de nuestra sociedad enferma de opulencia y superficialidad, de exceso de imagen y de falseamiento sistemático.

Una enfermedad social es semejante a una epidemia: se contagia y, en definitiva, no sólo perjudica a la sociedad en su conjunto, sino que también produce personas enfermas.

El mismo diagnóstico merecen otros síntomas, como el exceso del recurso a la cirugía estética a costa de gastos absolutamente desorbitados (y moralmente injustos) o la obsesión por disimular el envejecimiento natural del cuerpo. En el tercer o cuarto mundo no existen estas enfermedades.

Habría que hablar de otras causas que contribuyen a esta patología en referencia al cuerpo humano. Pensemos en la competitividad encarnizada de nuestra vida social y personal. Pero, a nuestro entender, todo apunta a una causa profunda: el vaciamiento de la persona.

Es urgente recuperar lo que constituye la persona y su propio valor. Cuando comparábamos un tetrapléjico con una modelo, no se trataba de decir *“el tetrapléjico puede tener otros valores, como la inteligencia...”*, sino de afirmar la supremacía absoluta del ser persona, del espíritu, tanto de uno como de otro. Porque es el espíritu el que dignifica al cuerpo, no el cuerpo al espíritu.

Oración de una modelo:

“Sabes, Señor, que hoy soy lo que soy gracias a la ayuda recibida y a mi esfuerzo. Pero también sabes que en los momentos de sinceridad, especialmente delante de ti, reconozco que soy lo que soy por el don recibido: nunca podría ser la artífice de mi cuerpo. Hoy te agradezco tu fuente de vida y tu mano providente que, mediante una cadena inmensa, ha llegado hasta mí. Te bendigo y te doy gracias por este cuerpo que me has dado.”

“Este trabajo me permite disfrutar de muchas cosas, pero también me hace sufrir mucho. Sé que cuando hago la pasarela o poso ante el fotógrafo no soy yo, sino una imagen. ¿Quién sabrá de mis llantos?; ¿a quién le interesará lo que pienso y siento?; ¿quién me amará cuando el cuerpo desfallezca?”

“Haz que no olvide nunca que los elogios y la admiración van más al personaje que a mi persona. Pero no querría renunciar a mi cuerpo como mío. No querría hacer de él un mero instrumento de trabajo. ¿Cómo permanecer sincera y cómo cultivar la belleza de mi espíritu?”

“Señor Jesús, no permitas que caiga en torbellino de los intereses comerciales o en cualquier otra esclavitud. Tú que asumiste un cuerpo humano y no te avergonzaste de ser expuesto a la burla de todos, lleno de heridas y sangre, concédeme la sencillez de espíritu, el rostro más digno y bello del ser humano.”

La tarea de recuperar el espíritu, que incluye a un tiempo recuperar el cuerpo, nos corresponde a todos: tanto a los que venden imagen, como a los que la consumen, tanto a los que explotan, como a los que imitan. Está en juego, no sólo la sociedad y la misma civilización, sino también la misma persona humana.

Hablábamos de enfermedades que empezaban en la cabeza y acababan siendo verdaderas enfermedades del cuerpo, como la anorexia. Ahora hablamos de enfermedades del cuerpo que interpelan al espíritu. Hasta tal punto somos seres unitarios.

Uno de los momentos en los que se tiene una conciencia más viva de “ser corporal” es cuando sobreviene la enfermedad física o el envejecimiento.

Uno y otro momento ponen a prueba el espíritu, porque entonces parece que el cuerpo se impone como señor exigiendo obediencia inapelable. El cuerpo sigue sus propias leyes y el espíritu no puede huir de ellas.

Según los principios y la lógica que vamos aplicando para hablar del cuerpo humano, hemos de decir que no hay cuerpos enfermos, sino personas enfermas. La enfermedad “es mía”, no de mi cuerpo.

Por eso resulta tan importante que, al tiempo que integramos el cuerpo, lo aceptamos y valoramos como corresponde, también integremos todo lo que le es propio, tanto su fuerza y su belleza, como sus debilidades y limitaciones.

En este sentido, para el creyente, la enfermedad es un momento muy significativo dentro del

BancSabadell



itinerario de la fe, un momento de importancia proporcional a su gravedad.

Un día le preguntaron a **Jesús** delante de un ciego: “*Rabí, ¿quién pecó para que éste naciera ciego, él o sus padres? Respondió: no ha sido por ningún pecado, sino para que se manifiesten en él las obras de Dios*”

(Jn 9,2-3).

- Somos responsables de algunas enfermedades. Un espíritu inconsciente, incontinente, que no quiere cuidar su salud, puede ser causa de las propias enfermedades físicas. Espíritus inhumanos son todavía más gravemente responsables de enfermedades de los otros, como en el caso de la contaminación.

Pero, frente a lo que pensaban los contemporáneos de Jesús, fuera de estos casos, no hay relación de causa-efecto entre la enfermedad y el pecado.

- Lo que hemos de saber es que una enfermedad del cuerpo se convierte en interpelación a nuestro espíritu. Concretamente a su autosuficiencia, a su orgullo, a su vanidad, a su mal genio.

- Y por esta vía nuestro cuerpo y “su” enfermedad llegan a ser un elemento fundamental en nuestra historia de salvación. Son así lugar y ocasión de “manifestarse las obras de Dios”.

Una obra importante de Dios es el mismo esfuerzo del mundo de la medicina, la técnica, el trabajo de las personas e instituciones, las ayudas de amigos y familiares, los profesionales...

Y una obra todavía más importante de Dios es el trabajo que hace el Espíritu dentro del corazón del enfermo, provocando que desde su libertad, asuma el reto que su condición corporal le pone delante: llegar a ser verdaderamente un espíritu encarnado, dispuesto a crecer en humildad, en abandono, en conocimiento de Dios, en compasión, en amor maduro.

Bendecimos, pues, a Dios que, al darnos un

cuerpo, nos ha regalado igualmente la capacidad de hacer de él ocasión para su gloria: “*Glorificad a Dios en vuestro cuerpo*”, dice **San Pablo** (1Co 6,20).

El segundo momento de intensa presencia del cuerpo en nuestra vida es cuando llega el envejecimiento. En principio es un fenómeno del cuerpo que, como la enfermedad, se impone inexorablemente al espíritu.

El envejecimiento no es una enfermedad, sino un proceso natural. Pero hoy somos víctimas, entre otros, del mito de la juventud. No tanto la realidad (que apenas interesa), cuanto la apariencia juvenil, abre puertas, despierta admiración y envidia, facilita incluso encontrar trabajo.

Y como poco a poco los años van pasando y dejando su huella, se deben inventar y aplicar mil técnicas para disimular la realidad de un cuerpo debilitado y maltrecho. Ni qué decir tiene que esta pretensión frecuentemente traspasa el umbral de lo ridículo.

El psicólogo y antropólogo italiano **A. Cencini** afirma que muchos desequilibrios psicológicos tienen su origen en el error de hacer descansar la propia identidad (la conciencia de sí, el equilibrio y la estabilidad emocional) en el cuerpo y su apariencia. Este cuidado excesivo por disimular la decadencia del cuerpo casi siempre coincide con un real envejecimiento del espíritu.

Quisiéramos reivindicar la dignidad de un rostro viejo, que transluce sabiduría, serenidad y paz. La de un cuerpo viejo que va mostrando con sencillez el honor de una vida trabajada; la de un mayor que, lejos de avergonzarse del bastón, hace esfuerzos por andar poco a poco, sin perder la alegría y el buen humor, dejando que los jóvenes corran atolondrados a su lado. Éste es uno de los triunfos del espíritu.

San Pablo hablaba de la degradación del cuerpo

humano como si hubiese en nosotros dos hombres: uno exterior y otro interior. Sentía que ambos seguían un proceso inverso: mientras el hombre exterior iba desfalleciendo, el interior ganaba vida (2Co 5,1).

- Llegado el indefectible desfallecimiento del cuerpo, todo el bagaje de recursos, o también todas las deficiencias, del espíritu se despiertan y pasan a la acción. Es una de las pruebas más profundas de la vida, donde se manifiesta lo que *“verdaderamente hay en el corazón de cada uno”*.

- La primera llamada que se debe escuchar en ese momento es la aceptación realista del hecho. Para algunos significará llamada a la resignación, para otros, llamada al crecimiento en la luz de la verdad.

- Y la verdad es que puede existir dentro, quizá escondida bajo la apariencia del cuerpo, otra vida que va renovándose de día en día, cada vez más intensa y más fuerte, como una fuente de donde brota vida eterna

(Jn 4,14).

Puede pensarse legítimamente que vivir es un largo proceso de aprendizaje para envejecer... y, ¿porqué no decirlo?, para morir.

R. Guardini decía, hablando de los mayores, que *“poseen una dignidad que procede, no de los logros de su actividad, sino de su ser mismo. En su propia naturaleza se hace presente algo que apenas se puede caracterizar de otra manera que mediante el concepto de lo eterno”*

(“Las etapas de la vida”, p. 101).

Hemos insinuado que la serenidad, la paz e incluso la alegría de un anciano con el cuerpo maltrecho o muy limitado físicamente es un triunfo del espíritu.

Sin dejar de mirar el cuerpo humano, pueden

hallarse otros triunfos del espíritu aún más visibles. Me refiero a aquellas imágenes en las que se hace bien patente el dominio del espíritu y, en consecuencia, donde el cuerpo cumple una de sus finalidades para las que ha sido creado.

Consideramos, en este sentido, por ejemplo, el cuerpo de un trabajador manual, el de una bailarina y la reproducción del cuerpo humano en una obra de arte del Renacimiento.

Verdaderamente es admirable cómo la fuerza y la habilidad del cuerpo humano se ponen al servicio del espíritu para transformar la materia en un producto útil, una obra más perfecta.

Decimos que la fuerza y la habilidad son del obrero o del artesano, pero él nada podría haber hecho sin su cuerpo.

El cuerpo que obedece al espíritu transformador de la materia ha llegado a tal identificación con la persona que prácticamente es ella misma. Aporta al ser personal la posibilidad de contacto y manipulación de la materia y, por extensión, de todo el cosmos.

El cuerpo humano alcanza también una cima de sentido y perfección cuando se pone al servicio de la creación artística. El cuerpo de una bailarina de ballet, como el de un artista de mimo, es todo él expresividad, comunicación de un espíritu (el del artista) a otro espíritu (el del espectador).

Son casos sublimes de transparencia al servicio de la comunicación de sentimientos y mensajes.

Si, además de expresividad y comunicación de sentimientos, hay creación de belleza, la contemplación de la cual atrae y encanta, tendríamos una cumbre de elevación del cuerpo humano transparentando el espíritu.

Es el caso de los cuerpos humanos reproducidos tan profusamente por los artistas del Renacimiento; verdaderamente humanos, pero

todos ellos empapados de espíritu, llamando e interpellando la sensibilidad estética de una mirada hecha para la belleza.

- La obra transformadora, la expresividad, la belleza artística son efectos del maravilloso consorcio del cuerpo con el espíritu humano. Cada uno necesita al otro.
- Pero la inteligencia, la habilidad, la comunicación, la creatividad, radican en el espíritu. El cuerpo se pone a su servicio y, al servirle, alcanza todo su valor, se hace él mismo fuerza transformadora, comunicación y belleza.
- Que esto sólo acontece después de largas horas de esfuerzo y aprendizaje no es ningún secreto. Pueden decir un obrero, una bailarina o un artista, cuántas horas, días y años les ha costado poner sus cuerpos al servicio de sus espíritus...

A San Ireneo, luchador contra el espiritualismo desencarnado de los gnósticos, le gustaba representar a Dios creador “plasmando” y “modelando” los cuerpos del hombre y de la mujer: cuando Dios les miraba, como dice la Biblia, veía que “eran buenos y bellos”.

Un Dios trabajador y artista que, al hacer el cuerpo humano, colocaba en él fuerza transformadora, comunicación de grandes mensajes y belleza para ser contemplada. Sólo se precisaba que el espíritu lo tomara en sus manos.

Quizá lo que hemos dicho hasta ahora sobre el valor y las posibilidades del cuerpo humano integrado en la unidad de la persona nos ayude a entender una realidad que a los oídos “profanos” suena extraña: el cuerpo humano e incluso toda la materia, puede llegar a ser transfigurado/a, sin dejar de ser cuerpo y materia, alcanzando así un máximo grado de espiritualización.

Frecuentemente decimos de una persona que

“es muy espiritual” porque vive, piensa y habla sólo de cosas elevadas, más bien abstractas, desentendiéndose de lo material y corporal, de las cosas de la tierra...

Su apariencia suele ser la de un asceta que descuida el cuerpo y parece flotar por la vida como si nada le afectase, los ojos bajos y el rostro impassible.

Una persona “espiritual” en sentido cristiano no es eso. Para los cristianos “espiritual” quiere decir transformado, de arriba abajo, por el Espíritu Santo, bien entendido que el Espíritu nada deja por cambiar o transfigurar: inteligencia, sentimientos, voluntad, afectos, cuerpo...

Ha sido la teología y la espiritualidad oriental de la Ortodoxia quien ha venido a recordarnos que la vida de fe no era sólo “cuestión del alma”.

Desarrollando la teología del Espíritu Santo los ortodoxos han conservado la capacidad de ver el cuerpo y la materia como transparencia del espíritu.

Es lo que vemos en los iconos. **C. Virgil Gheorghiu** comenzaba su famosa novela “*De la hora veinticinco a la hora eterna*”, diciendo que la primera y más bella imagen que había contemplado en su vida era el rostro de su padre: era exactamente un icono, que le mostraba a Dios y el camino del cielo.

Nosotros en Occidente, siempre tan racionales, hemos identificado la luz con “la luz de la inteligencia”. Por eso nos resultan casi incomprensibles las palabras de Jesús:

“La luz del cuerpo es el ojo. Cuando tu ojo es bueno, todo tu cuerpo queda iluminado; pero si es malo, tu cuerpo quedará a oscuras. Mira, pues, que aquello que en ti ha de ser luz no sea oscuridad. Porque, si todo tu cuerpo está iluminado y no hay rincón oscuro, todo él será resplandeciente como cuando una lámpara te ilumina con su claridad”

(Lc 11,33-36).

- Hay cuerpos oscuros y cuerpos iluminados. Oscuridad quiere decir opacidad e iluminación quiere decir transparencia de luz interior.
- La luz es el Espíritu Santo que todo lo invade y transforma.
- La puerta por la cual entra la luz del Espíritu es los ojos de la fe.

Una mirada de ojos creyentes abre la puerta a la transfiguración de todo nuestro ser. Entonces, la vida sexual es también presencia del amor de Dios, la enfermedad física acontecimiento de salvación, el cuerpo perfecto motivo de alabanza, el envejecimiento victoria de la vida, el trabajo, la expresión corporal y también la creación artística, maravillas del Espíritu Santo.

Nada más bello, ninguna fuente de felicidad más plena, que el cuerpo transfigurado de Jesús en el Tabor.

Resulta imposible imaginarse, y menos aún describir, cómo es un cuerpo transfigurado por el Espíritu. Lo han intentado los monjes orientales pintores de los iconos, empleando muchas horas de plegaria y mucha vida buscando la perfección.

Pero evidentemente su obra dista mucho de lo que era el cuerpo de Jesús en el Tabor o en sus apariciones como resucitado.

Sin pretender alcanzar una imagen perfectamente ajustada a la realidad, creemos que es mejor ir por el camino de la persona humana, ya que, al fin y al cabo, no hay mejor icono de Dios que el ser humano. Ya hemos aludido a C. Virgil Gheorghiu, que decía que *“no había visto en su vida un icono más bello que el rostro de su padre”*.

A pesar de no haberlos tratado personalmente, quiero imaginar rostros transfigurados por el Espíritu en la línea y semejanza, por ejemplo,

de **Carlos de Foucauld** o de **Teresa de Calcuta**, más precisamente en sus ojos, su mirada y su leve sonrisa.

Si pintar un icono puede tardar años, llegar a ser icono viviente del Espíritu requiere toda la vida, aceptando, naturalmente, que Dios pueda hacer en nosotros las obras extraordinarias que quiera.

Así se lo plantea San Pablo: *“Él transformará nuestro pobre cuerpo y lo configurará a su cuerpo glorioso, gracias a aquella acción poderosa con la que él someterá a sí todo el universo”* (Ef 3,21).

Habla aquí en futuro (seremos transformados), pero en otros lugares lo hace en presente (vamos siendo transformados): *“Y todos nosotros, reflejando como un espejo la gloria del Señor, somos transformados a su misma imagen, con una gloria cada vez más grande, por obra del Señor, que es Espíritu”* (2Co 3,18).

- Ahora mismo hay entre nosotros rostros y cuerpos que reflejan la gloria de Dios. Sólo lo descubrirán los ojos capaces de captar tanta belleza.
- Pero todos estamos llamados a ser espejo de la gloria de Dios, también en nuestros cuerpos. Tan solo se nos pide dejarnos coger por sus manos.
- Entonces por “su acción poderosa señoreará” sobre nuestro cuerpo, nuestra vida, nuestro universo... haciendo de él un lugar transparente a su luz: trabajo, conversación, descanso, convivencia, deporte, estudio, creación artística, plegaria... un mundo empapado de Espíritu.

Nuestra liturgia, en la que nuestros cuerpos se revisten, se mueven, hacen gestos, con tantos objetos materiales y simbólicos que la acompañan,

¿no es un intento de reproducción de este mundo sometido / transformado por el Espíritu?

Y la materia de los sacramentos, el agua, el aceite, el pan, el vino ¿no son elementos físicos y sensibles como nuestros cuerpos y, al mismo tiempo, los reconocemos transfigurados por el Espíritu, hechos presencia suya sanadora, perdonadora, fuente de vida? Pidamos a Dios que nuestros cuerpos lleguen a ser, como el pan, Eucaristía, sea que trabajen o reposen, que rebosen salud o enfermedad, gocen de fuerza joven o se hallen debilitados por los achaques de los años: en este mundo nuestro habría más luz.

5

En la declaración de la renta no te quedes

en blanco

Foto: Francisco Antonio Rodríguez



Marca la casilla de
Otros fines de interés social.



+



O hazlo conjuntamente con la
de la **Iglesia Católica.**

Cada año, más de 300 ONG realizan casi 1000 proyectos gracias a tu solidaridad. Si no te quedas en blanco, podemos duplicar nuestro trabajo para ayudar a quien más lo necesita.

Declara tu solidaridad. No te cuesta nada.

www.plataformaong.org/notequedesenblanco



Plataforma de ONG
de Acción Social

El sabor de la experiencia

Medirest es la división especializada de Eurest que cubre las necesidades específicas de alimentación y hostelería en los segmentos Seniors, Sanidad y Social.

Dentro del sector de las Residencias de la Tercera Edad, atendemos a un gran número de clientes, procurando su satisfacción y uniendo en nuestro trabajo diario la sensibilidad, la gastronomía y la calidad nutricional.

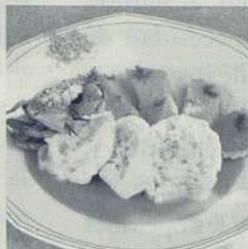


MEDIREST
— La alimentación sana con la garantía de Eurest —

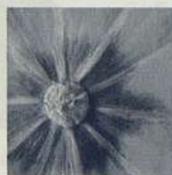
Eurest Colectividades, S.A.
Camino de la Zarzuela, 19-21
Aravaca - 28023 Madrid
Tel.: 91 542 53 39

Delegaciones y Oficinas

A Coruña	Tel.: 981 63 61 74
Alicante	Tel.: 96 568 20 30
Barcelona	Tel.: 93 470 29 80
Bilbao	Tel.: 94 454 15 88
Girona	Tel.: 972 47 40 13
Las Palmas	Tel.: 928 57 44 16
Madrid	Tel.: 91 542 53 39
Málaga	Tel.: 95 226 11 11
Oviedo	Tel.: 98 511 35 80
Palencia	Tel.: 979 16 59 35
P. Mallorca	Tel.: 971 49 14 53
Sevilla	Tel.: 95 418 57 55
Tenerife	Tel.: 922 25 60 40
Valencia	Tel.: 96 337 83 10
Valladolid	Tel.: 983 35 35 61
Vigo	Tel.: 986 26 56 30
Zaragoza	Tel.: 976 22 63 07



La salud y el bienestar son nuestros retos principales.



Nuestros valores en Medirest son:

ESPECIALIZACIÓN: Nuestros profesionales son verdaderos especialistas en alimentación geriátrica.

PERSONALIZACIÓN: Cada cliente es diferente. Cada residente es especial. Medirest se adapta a cada lugar y circunstancia.

COMPRESIÓN: En Medirest comprendemos las problemáticas asociadas a la alimentación de los mayores.

INTEGRACIÓN: Con los objetivos de la organización a la que prestamos servicio.

ACERCAMIENTO: Nuestra vocación de servicio se basa en la cercanía: escuchar, atender y servir.

Medirest: Profesionales al servicio de la alimentación y la nutrición



Otras marcas de
Compass Group en España



Restauración



Restauración



Restauración



Alta



Servicio de

www.sanjuandedios.net

