



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

**Repensando
la Hospitalidad.**

**El acompañamiento
de la familia
al enfermo.**

**La relación
médico-enfermo
en un mundo
técnico.**

**Padre Pierluigi
Marchesi, OH
(1929 - 2002).
Padre y maestro
de política
sanitaria.**

**Seminario
Prosac 2012.
La crisis
económica y sus
repercusiones
en la asistencia
sanitaria.**

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

n.303

MAYO/JUNIO/
JULIO/AGOSTO

2/2012

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

Año 62. Tercera Época
Mayo/Junio/Julio/Agosto
Número 303. Volumen XLIV

Consejo de Redacción

Dirección - José Luis Redrado, O.H.

Coordinadores

Ética de la Salud - Margarita Bofarull, rscj

Pastoral - Rudesindo Delgado

Humanización - Amèlia Guàrdia

Administración - Dolores Sáenz

Coordinación - Lluís Guàrdia i Roche

Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

Humanización - Anna Ramió,

Laura Martínez, Javier Obis

Pastoral - Abilio Fernández,

Marije Goikoetxea, Jesús Martínez

Ética de la salud - Juan Ramón Lacadena,

Manuel de los Reyes López, M^a Pilar Núñez

Dirección y Redacción

Curia Provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Doctor Antoni Pujadas, 40

Teléfono. 93 630 30 90

08830 Sant Boi del Llobregat - Barcelona

curia@ohsjd.es

Fotografía

Joan B. Carbó, O.H.

Información i suscripciones

revistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

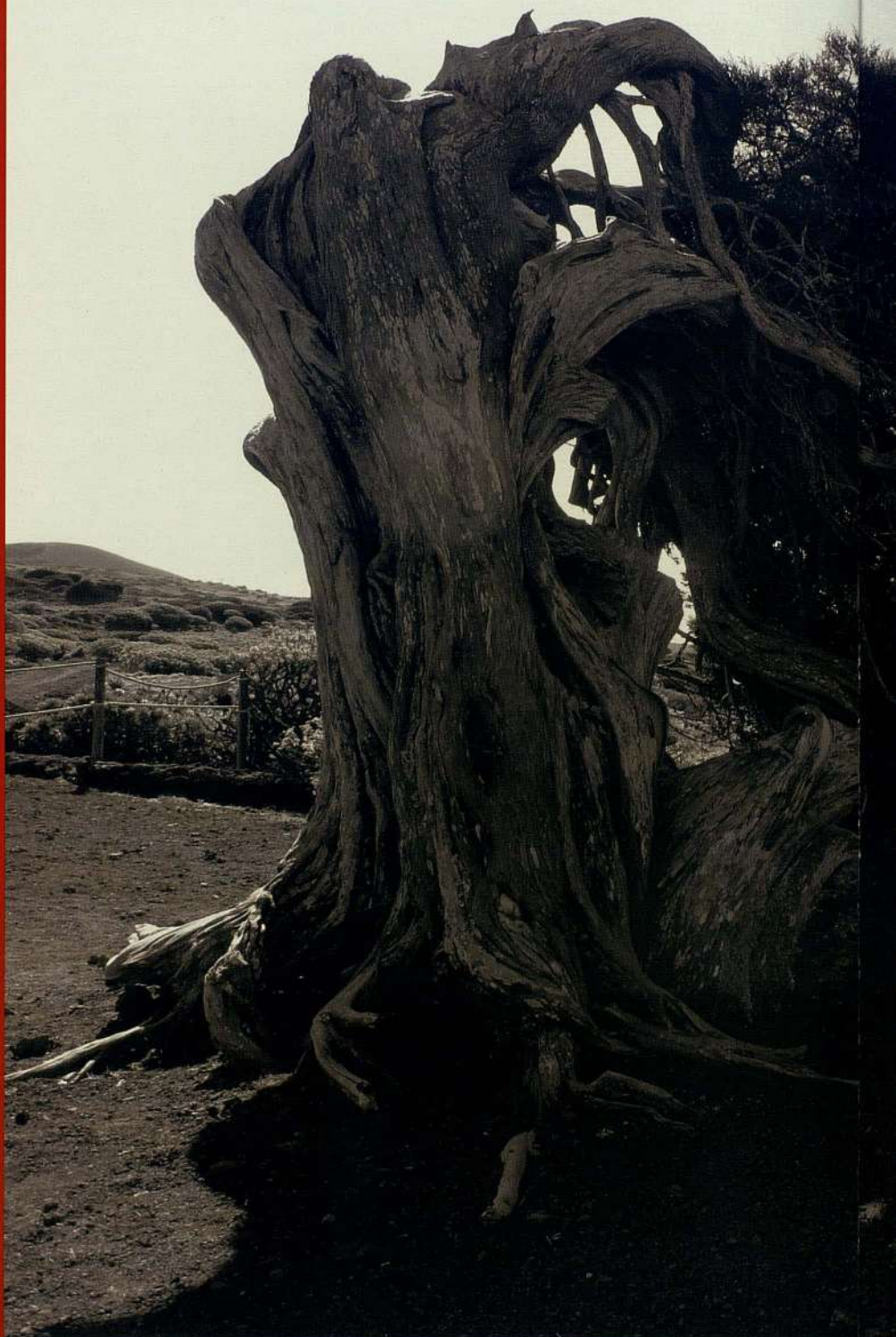
Publicación autorizada por el Ministerio

de Sanidad como soporte válido.

Ref. SVR n°. 401

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

COLOR DIGITAL - BCN



Editorial. p6

01/Repensando la Hospitalidad. p8

Diego Gracia Guillén

02/El acompañamiento de la familia al enfermo. p18

P. Arnaldo Pangrazzi.

03/ La relación médico-enfermo en un mundo técnico. p24

Rubén García Cruz,
M^a Pilar Núñez-Cubero

04/ Padre Pierluigi Marchesi, OH (1929 - 2002). Padre y maestro de política sanitaria. p38

José Luis Redrado, O.H.
P. Pietro Quattrocchi

05/ Seminario Prosac 2012. La crisis económica y sus repercusiones en la asistencia sanitaria. p54

Comisión Nacional
de la Asociación PROSAC

Boletín de suscripción

LH

Año 2012

España **36 €**
Zona Euro **50 €**
Resto **50 \$**

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

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

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

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

Indique con una X la forma de pago que le interese

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

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

Banca o Caja de Ahorros

Titular de la cuenta

Entidad

Oficina

DC

Núm. de cuenta

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

Fecha

Firma



editorial

Labor Hospitalaria llega a vuestras manos en esta segunda edición después del cambio de Dirección de la misma, tal como pudisteis observar en el número anterior que esperamos hayáis visto y **“revisto”**; mejor aún, que lo tengáis impreso en vuestro **“computer humano”**, para echar mano de él, sobre todo en este año de la fe. No lo olvidéis, se trata de **“El poder curativo de la fe”**. No pongáis el número anterior en lo más alto de la estantería de vuestra biblioteca, tenedlo a la mano, cerca, como un recordatorio al menos durante todo el año de la fe.

Este segundo número del 2012 os ofrece al mismo tiempo temas de mucha actualidad y prácticos: el Seminario de Prosac con una visión panorámica sobre la crisis económica y la repercusión en el campo de la asistencia sanitaria; es una oportunidad, no sólo para una lectura, sino también un material que puede ayudarnos a una reflexión personal y de grupos de estudio.

El Profesor Diego Gracia nos ofrece un artículo con grandes interrogantes sobre la Hospitalidad como valor, una nueva **“tesis”** que integra la Hospitalidad en una dimensión **“categorial”** y la diferencia de la dimensión **“trascendental”**; el entramado del artículo es muy interesante. Lo mismo podríamos decir del tema del P. Arnaldo Pangrazzi sobre la familia y el enfermo, es un tema práctico, un análisis concreto que sería interesante tenerlo presente, tanto las familias, como el personal sanitario; la casuística de conflictos se presenta con cierta frecuencia; el autor nos ayuda a superar procesos negativos y como él mismo nos dice, **“un**

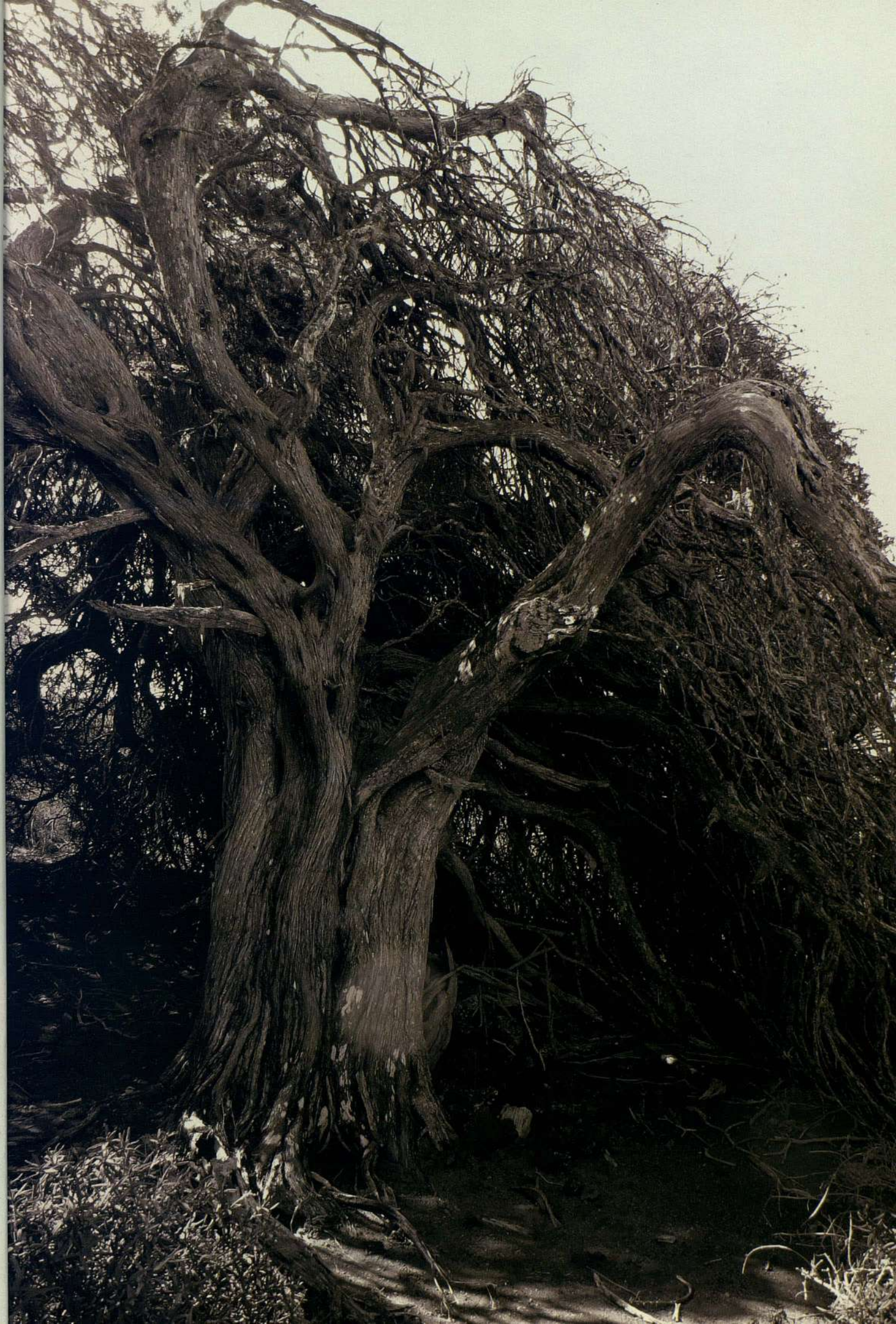
pasado difícil no vuelve a uno desgraciado para siempre”. Otro tema práctico es el desarrollado por la Profesora María Pilar Núñez-Cubero sobre la relación médico-enfermo. Mucho se ha escrito sobre ello y será siempre el **“caballo de batalla”** en un mundo técnico donde nos puede a veces más la misma técnica, los aparatos, que las personas; concienciarse de ello es un primer paso para modificar el lenguaje y las actitudes.

En esta materia de relaciones interpersonales en el complejo campo sanitario y, en especial, en el tema de la humanización, la figura del P. Pierluigi Marchesi se convierte en maestro y profecía en todo lo que se refiere a la hospitalidad, a la política sanitaria y a la atención personalizada a los enfermos. Una lección biográfica y de contenidos es lo que ofrecen los autores. Se trata de un artículo **“homenaje”** al P. Marchesi en el décimo aniversario de su muerte.

+ José L. Redrado, OH
Director

a
o
o
a
e
e
e
r

n
el
ji
a
a
a
e
a
el





01/Repensando la Hospitalidad

Diego Gracia Guillén,

Catedrático emérito de Historia de la medicina.

Universidad Complutense,
Madrid.

Agradecemos al Profesor Diego Gracia Guillén el permiso para publicar en nuestra Revista el texto "Repensando la Hospitalidad". Se trata de una conferencia impartida por el autor a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, durante el Capítulo General en Roma, el día 14 de mayo del 2012. Gracias también a las Hermanas Hospitalarias que nos permiten dicha publicación.

El tema dictado por el Profesor Gracia Guillén comienza con varios interrogantes que ponen en "alerta" al lector, sobre todo para que entienda bien el sentido que tiene hoy la palabra "secularización" que "puede y debe ser aprovechada por las religiones para purificar su actitud y su mensaje", aclarar, dar luz, identificar.

Teniendo en cuenta este elemento de secularización se comprende mejor el discurso central que el autor expone, la Hospitalidad como valor, tesis que defiende el autor para que la Hospitalidad interese a todos en un mundo secularizado.

El discurso se detiene sobre el tema de los valores y "cómo entender la Hospitalidad en tanto que valor". El autor está convencido de que si queremos hacer fecundo el mensaje de la Hospitalidad en el mundo secularizado, hemos de ser capaces de traducirlo a términos también seculares, ver la Hospitalidad como valor e identificarla en la práctica con la promoción de la calidad y la excelencia, tanto técnica como humana. Esta sería la dimensión "categorial", como llama el autor a la Hospitalidad para diferenciarla de la dimensión "trascendental", identificada con el texto de las bienaventuranzas.

Exhortamos a los lectores a una lectura reposada, serena e inteligente del texto. La riqueza de los contenidos se lo merece. Pregunta el autor al final: ¿Cómo pensar y hablar hoy del valor de la Hospitalidad? Y nos responde no con teorías, sino con criterios prácticos. ¡Ojalá los lleváramos a la práctica en nuestras Instituciones sanitarias!. Depende de nosotros.

LH n.303

¿Qué puede significar la hospitalidad aquí y ahora, en un mundo secularizado, en el que las bienaventuranzas evangélicas ya no parecen mover la vida de las personas? ¿Es la hospitalidad una pura antigualla sin ningún sentido actual y sobre todo futuro? Es el tema que intentaré desarrollar a continuación.

1/

Un mundo secularizado.

El fenómeno de la secularización es uno de los hechos históricos que es preciso analizar y comprender en sus justos términos. Es una tarea tanto más necesaria cuanto que no son infrecuentes ideas erróneas sobre él, que lo confunden con el laicismo o con el secularismo.

También estos términos pueden entenderse de distintas maneras, pero lo que resulta importante es diferenciar dos tipos de enfoques críticos de la religiosidad tal como se ha venido ejerciendo en la historia occidental, uno negativo, que busca negar la importancia del hecho religioso, y otro positivo, para el que la vivencia de la religiosidad no puede hacerse hoy de igual modo que en las sociedades de siglos pasados. Llamamos secularización a este último fenómeno, el que busca encontrar el lugar preciso de la religión en la sociedad moderna.

Para entenderlo en sus justos términos, hemos de retroceder en el tiempo. Históricamente, muchas actividades humanas no religiosas se han gestionado como si formaran parte de la religión. El ejemplo paradigmático de esto es la actividad política. Basta mirar a zonas muy próximas a nosotros, el norte de África y el medio Oriente, para ver cómo en las sociedades musulmanas es frecuente identificar religión con política. Es lo que sucedió también en la cultura occidental durante toda la Edad Media y hasta bien entrado el Mundo Moderno. Baste recordar lo que fueron el Cesaropapismo o la Cristiandad gregoriana. Hubo que esperar a los grandes teóricos del siglo XVII y a las revoluciones liberales del siglo XVIII, para que la política se constituyera en disciplina autónoma, por completo independiente de la tutela religiosa. Eso fue un proceso de secularización de una actividad humana, la actividad política. Llegado un cierto momento histórico, se emancipó de su raíz religiosa o eclesiástica y cobró autonomía propia. Eso es secularización. Cabe decir, en efecto, que la actividad política se secularizó, al cobrar autonomía respecto a la matriz religiosa.

Otro ejemplo de esto podría ser el de la medicina. No hay más que leer los libros de Antiguo Testamento para ver cómo en Israel, lo mismo que en todos los pueblos limítrofes, religión y medicina fueron de la mano durante muchos siglos. Fue en la Grecia antigua cuando la medicina comenzó a cobrar una cierta autonomía, que decreció durante la Edad Media y se fue recuperando a lo largo de la época moderna. Hoy todo el mundo entiende que la medicina es una disciplina autónoma, ajena a la religión. Esto cabe expresarlo también diciendo que la medicina se ha secularizado.

En la actualidad nos encontramos en otro proceso de secularización, tan cruento o quizá más que los citados. Se trata de la secularización de la ética, y más en concreto de la ética de la gestión del cuerpo, de la sexualidad, de la vida y de la muerte. De ahí la importancia actual de la Bioética, y el debate sobre si esta disciplina debe concebirse como autónoma o hay que

Si creemos que la Hospitalidad tiene importancia por sí misma, en un mundo secular y en un mundo religioso, hemos de interpretarla como valor

verla como necesariamente unida a la religión. No digo nada nuevo si afirmo que cada día más, la opinión mayoritaria es que debe verse como una disciplina racional y autónoma. No puede admitirse aquello de Dostoievski de que si Dios no existe todo está permitido.

El proceso de secularización de la vida no hace más que crecer y parece imparable. De ahí que a las personas religiosas les asuste. ¿No acabará eso con la propia religiosidad? Mi opinión es que no; aún más, que cabe verlo de modo positivo, como un necesario proceso de purificación de la vivencia religiosa. El problema de la religión en la actualidad es que anda mezclada con muchas cosas que no son la pura vivencia religiosa, de modo que la mayor parte de la gente confunde religiosidad con otras cosas que no lo son, como la aceptación o rechazo de ciertos principios morales, etc. Sólo a través del proceso de secularización podremos purificar la vivencia religiosa. De igual modo que Karl Rahner hablaba de los “cristianos anónimos”, aquellas personas que son cristianas sin saberlo, cabe afirmar que hay también “no cristianos anónimos”, es decir, personas que se creen cristianas, o incluso religiosas, y no lo son. Su error está en que confunden la vivencia religiosa con cosas que no lo son.

Basta plantear el tema en estos términos para darse cuenta de que la secularización puede y debe ser aprovechada por las religiones para purificar su actitud y su mensaje.

La secularización requiere una nueva teología, que sea capaz de identificar lo esencial de la religiosidad, desprendiéndolo de todos esos añadidos históricos que confunden más que aclaran y dificultan más que ayudan.

Quiero referirme a una figura, a un teólogo que dedicó su vida a esto que ahora comento. Se trata del jesuita **Karl Rahner**. El fue consciente de que era necesario distinguir dos órdenes en la vida humana, el orden categorial o de las causas segundas y el orden trascendental o de la causa primera.

La religión se sitúa en este último orden, no en el anterior. El otro es el propio de la ciencia, por ejemplo. Y ahí la religión en principio no tiene ni debe decir nada. Por supuesto que caben excesos por ambas partes. Cabe, en efecto, que la ciencia intente hablar del orden trascendental, en cuyo caso está excediendo sus propios límites.

Pero cabe también lo contrario, que la religión intente inmiscuirse más de lo debido en el orden categorial, traspasando los límites que le son propios. Por supuesto que puede discutirse cuáles son esos límites. Pero de lo que no hay duda es de que la secularización es un proceso histórico que hoy por hoy parece imparable, y que va reduciendo paulatinamente el poder de las religiones en todos aquellos dominios que no son el estrictamente religioso. Esto debemos tomarlo como un dato histórico, como un hecho, y un hecho básico que debemos tener en cuenta en cualquier análisis concreto sobre estas cuestiones, como el que ahora hemos de llevar a cabo.

2/

Los dos discursos sobre la hospitalidad.

Sobre el tema de la hospitalidad cabe identificar dos enfoques o, como hoy les gusta decir a muchos, dos discursos. Uno es el discurso religioso, el propio de las bienaventuranzas y las obras de misericordia.

“Tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; peregrino era, y me hospedasteis; en prisión estaba, y vinisteis a mí.” (Mt 25, 35-36)

LH n.303

La teología convirtió esto en el catálogo de “obras de misericordia” del Catecismo: Visitar a los enfermos, dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento, redimir al cautivo, vestir al desnudo, dar posada al peregrino, enterrar a los muertos.

Otro es el discurso que cabe llamar secularizado. Este se encuentra en las obras de ciertos filósofos muy renombrados del siglo XX. Su representante más característico sería **Emmanuel Levinas** (*Totalité et infini, La Haya, Nijhoff, 1961*). Es un discurso muy teórico y formal, propio de lo que Levinas llama ética primera o filosofía primera, es decir, metafísica. A este nivel pertenece también los textos de **René Schérer** (*Zeus hosapitalier, éloge de l'hospitalité: essay philosophique, Paris, Armand Colin, 1993*), toda la construcción de **Ricoeur** sobre “el hombre lábil” (*Finitude et culpabilité, Paris, Aubier, 1960*) y la de **Derrida** (**J. Derrida y A. Dufourmantelle, La hospitalidad, Buenos Aires, Ediciones de la Flor, 2001**). Este es el nivel en que se encuentran los libros que en castellano se han escrito sobre la hospitalidad, en particular los de **Daniel Innerarity, Ética de la hospitalidad (Barcelona, Península, 2001)** y **Francesc Torralba, Sobre la hospitalidad: Extraños y vulnerables como tú (Madrid, PPC, 2003)**.

Este último discurso se diferencia del anterior en que es más secular que él, pero tiene el defecto de ser en exceso formal, abstracto y teórico, con muy difícil aplicabilidad en la práctica. Por eso resulta necesario enfocar el tema desde un ángulo muy distinto.

No se trata de estudiar la hospitalidad como consecuencia de la condición finita y vulnerable del ser humano, y por tanto como un rasgo que la metafísica del siglo XX, a partir del existencialismo y del “ser-para-la-muerte” de Heidegger, es lógico que haya puesto de relieve, sino como un valor a tener en cuenta en la toma de decisiones y en la mejora de la calidad. Mi objetivo, pues, no es la filosofía sin más sino la filosofía práctica.

Mi tesis es que en un mundo secularizado y plural, es necesario cambiar de lenguaje y con ello de mentalidad. Si la hospitalidad tiene que seguir interesándonos a todos, si ha de seguir siendo importante, no es por su condición de “Obra de misericordia”, como se decía en el catecismo, ni tampoco como expresión de la “Caridad cristiana”, o como “Obra de caridad”, porque eso sólo cobraría sentido para los cristianos, no para todo el mundo.

Si creemos que la Hospitalidad tiene importancia por sí misma, incluso en un mundo secular, o sobre todo en éste, entonces hemos de interpretarla desde nuevas categorías.

Y con nuevas categorías prácticas. Quiero decir con ello que no puede quedarse en un mero discurso teórico sobre la vulnerabilidad y labilidad de la existencia humana y la necesidad de acogimiento que todos tenemos, por importante que esto sea. Es necesario buscar un enfoque más práctico.

Mi tesis es que la Hospitalidad es un “valor” y tiene que ser vista como tal. Lo cual me obliga a exponer qué son los valores y cómo debe entenderse la hospitalidad en tanto que valor.

3/

La hospitalidad como valor y su comprensión.

El lenguaje de los valores tiene la ventaja sobre otros de que es universal. Todos los seres humanos valoramos, y valoramos necesariamente. No podemos ver algo sin valorarlo, positiva o negativamente. De ahí que los valores sean un lenguaje muy propio de una sociedad secular y plural. Basta ver cómo en todos los países se introducen en la enseñanza media asignaturas sobre “Formación en valores”.

Si creemos que la Hospitalidad tiene importancia por sí misma, en un mundo secular y en un mundo religioso, hemos de interpretarla como valor

Es frecuente decir que los valores son subjetivos, y que por tanto sobre valores es imposible ponerse de acuerdo. Así, hay diferentes gustos artísticos, y el refrán popular dice que **“sobre gustos no hay nada escrito”**. El problema de los valores es que son erráticos y que sobre ellos resulta difícil la argumentación racional.

Pero si se analiza detenidamente eso, se verá que tiene mucho de prejuicio. En primer lugar, hay muchos valores, quizá los más importantes, en los que todos los seres humanos coincidimos. No hay nadie que piense que la injusticia es un valor positivo y la justicia un valor negativo. Y esto que se dice de la justicia vale para la paz, la solidaridad, el amor, la salud, la vida, el bienestar, etc., etc. Todos pensamos o imaginamos un mundo bien ordenado, en el que todos los seres humanos puedan vivir de modo digno y pleno. Ese mundo se ha llamado de diferentes maneras en distintas tradiciones. Es el **“reino de Dios”** cristiano, el **“reino de los fines”** en la ética de Kant, el **“paraíso del proletariado”** en la concepción marxista, etc. Pero todos coinciden en que ese mundo realizará plenamente ciertos valores que a los seres humanos nos parecen irrenunciables. Así, en el prefacio de la festividad de Cristo Rey se dice que el reino de Dios es **“el reino de la verdad y la vida, el reino de la santidad y la gracia, el reino de la justicia, el amor y la paz.”** Todos estos son valores, algunos, como la verdad, la vida, la justicia, el amor y la paz, son claramente universales.

Cabría preguntarse si los otros dos, la santidad y la gracia, son o no universales. Mi opinión es que sí, siempre que se entiendan correctamente. La experiencia del don o de la gracia, entendida como la experiencia de lo que se nos da sin ningún merecimiento por nuestra parte, es universal, y además en esa experiencia está el origen de toda religiosidad. Y precisamente porque la existencia, la vida y tantas cosas más las recibimos como regalos, nos mueven a la gratitud o el agradecimiento hacia el origen o la fuente de esos dones, que de ese modo adquiere la condición de **“santo”** o **“sagrado”**.

¿Es la hospitalidad un valor? Por supuesto que sí. Más que como obra de misericordia o como acto de caridad, conviene que lo veamos como un valor, como algo que es valioso en sí.

La hospitalidad es valiosa **“en sí”**. Esto significa que tiene **“valor intrínseco”**. Le sucede lo mismo que a la justicia, o a la paz. No podemos concebir una sociedad humana bien ordenada en la que no haya paz, o no haya justicia, o solidaridad, o los seres humanos no ayuden unos a los otros en sus necesidades. Sin eso, una sociedad se convierte en inhumana.

No todos los valores son intrínsecos. Hay otros que se llaman **“instrumentales”**. Estos tienen valor, pero sólo por referencia a los valores intrínsecos. El fármaco es valioso en tanto en cuanto está al servicio de otro valor, como es la salud, o la vida. Si no mejorara mi salud o preservara mi vida, diríamos que **“no vale para nada”**. Esto significa que los valores instrumentales han de estar al servicio de los valores intrínsecos, que son los que fijan los fines de la vida humana.

El conocimiento del mundo de los **“valores”** es importante, pues desde él adquiere su sentido otro mundo, el de los **“deberes”**, el mundo propio de la ética. La razón está en que nuestra obligación moral consiste siempre en lo mismo, en realizar valores, en promover la realización de los valores positivos y en evitar la de los valores negativos. Porque no está realizada de modo completo la paz, nuestro deber consiste en realizar la paz, etc. Lo mismo sucede con la hospitalidad. La hospitalidad no es sólo un valor sino también un deber, y por tanto un compromiso moral. Y por más que haya gran variabilidad en las creencias religiosas de las personas, es un hecho que todas coinciden en tener deberes morales, en ser sujetos morales. He aquí otro punto en el que se puede encontrar convergencia y coincidencia en un mundo plural.

Las valoraciones son actos personales e íntimos de los seres humanos. Pero como los valores

LH n.303

son el origen de nuestros deberes, y los deberes consisten siempre en realizar o no realizar algo, en hacer o no hacer, resulta que los valores acaban plasmándose a través de nuestros actos.

De ser puramente subjetivos, pasan a objetivarse, a formar parte del mundo. Cuando Velázquez pintó el cuadro de las hilanderas, comenzó imaginando la belleza de ese cuadro en su interior, pero luego pintó el cuadro, y de ese modo la belleza quedó plasmada en él, se objetivó. Esto significa que los valores acaban trascendiendo al propio individuo y objetivándose en la sociedad.

El depósito de valores intrínsecos de una sociedad es lo que llamamos “cultura”, y el conjunto de valores instrumentales, “civilización”. Vivimos en la sociedad más civilizada que ha existido nunca, porque tenemos más instrumentos técnicos que nunca antes (teléfono móvil, etc.), pero no es tan claro que la nuestra sea la sociedad más culta de la historia. La tesis de Heidegger es que la sociedad occidental hizo a partir del siglo XVIII una opción preferencial por los valores instrumentales, en detrimento de los intrínsecos. De ahí la importancia, no sólo religiosa, sino también ética, de promover los valores intrínsecos en ella. Uno de estos es el de la hospitalidad.

4/

El valor de la hospitalidad y su promoción.

A estas alturas es probable que estemos convencidos de la importancia de la hospitalidad como valor, no sólo desde el punto de vista religioso sino también desde el puramente secular, y por tanto en el orden estrictamente ético. El problema es cómo promoverla.

Los problemas de la promoción de la hospitalidad son idénticos a los de la promoción de cualquier otro valor intrínseco. A lo largo de la historia, los valores se han intentado promover a través de tres estrategias o tácticas, que son las siguientes:

- La más clásica ha sido la táctica del “**adoc-trinamiento**”. Es la que se usó en la enseñanza del catecismo. Se trata de transmitir el valor de unas generaciones a otras, de los viejos a los jóvenes, a fin de que el depósito no se pierda. La vida es como una carrera de relevos, en el que unos tienen que pasar el testigo a otros. No se trata de entender, ni menos de discutir el contenido del depósito sino de asumir obedientemente, se entienda o no se entienda. Ni que decir tiene que este modo de formar en valores es impropio de personas adultas. Podrá ser útil en etapas muy tempranas de la vida, pero a los seres humanos adultos no puede tratárseles como a niños, ni cabe pedirles que acaten las enseñanzas por puro criterio de autoridad, o exigiéndoles obediencia ciega. Desdichadamente, este ha sido el modo más frecuente de educar en valores, sobre todo en los medios religiosos.

- En los últimos siglos, y ante la secularización de la vida y el fenómeno del pluralismo, se ha generalizado otra táctica, que a fin de evitar el adoc-trinamiento ha reducido la educación en valores a un mero proceso de “**información**” sobre ellos, evitando cualquier tipo de juicio crítico o de opción por una postura o por otra. La tesis ahora imperante es la de “**neutralidad**” axiológica del docente. Una vez conocida la información, las personas adultas y autónomas juzgarán sobre los valores en juego y decidirán por cuál optar. Frente a la “**beligerancia**” de la primera táctica, aquí se impone la más completa “**neutralidad**”. Formar es meramente informar, preservando la completa neutralidad del informante.

- Mi tesis es que ninguna de esas dos tácticas es correcta. Los valores no se pueden imponer, pero tampoco podemos desentendernos

La hospitalidad no es sólo un valor cristiano sino también humano, del que nuestra sociedad plural y secularizada está tan necesitado como en cualquier otra época anterior.

de ellos. Por más que no sean completamente racionales, los valores necesitan ser “razonables”, y por tanto sobre los valores hay que “deliberar”, tanto individual como colectivamente. De ahí la tercera actitud o postura, la “deliberativa”, que no es impositiva, pero tampoco neutral. A mi modo de ver, es la única actitud con verdadero futuro, por más que sea también la más compleja. Formar en esta nueva actitud es una de las cuestiones más graves y urgentes en el momento actual.

- La formación en valores es muy compleja, porque atañe a la dimensión más profunda y primaria de todos los seres humanos. Los objetivos de cualquier proceso de formación son o pueden ser de tres tipos:

Objetivos de conocimiento: Son los más fáciles de abordar y educar, entre otras cosas porque el sistema nervioso humano puede adquirir nuevos conocimientos hasta edades muy avanzadas.

Objetivos de habilidades: Se diferencian de los anteriores en que no son teóricos sino prácticos. Estos objetivos no se adquieren estudiando sino practicando. No es lo mismo saberse el Código de la circulación que saber conducir. Pues bien, la plasticidad del sistema nervioso para adquirir nuevas habilidades se pierde muy pronto. No hay nadie que aprendiendo a conducir a edad adulta conduzca muy bien, etc.

Objetivos de actitudes o de carácter: Son los más profundos. Las actitudes básicas se adquieren muy pronto en la vida y permanecen indelebles durante toda ella. “Genio y figura, hasta la sepultura”.

De ahí que resulten muy difíciles de modificar. Por otra parte, estas actitudes no se adquieren de modo premeditado y consciente, sino por imitación de los modelos que ven o con los que conviven.

La transmisión primaria de valores se hace de modo inconsciente, por pura imitación de las

pautas de las personas mayores con las que conviven, y a las que quieren y admiran los niños.

Pues bien, el problema de los valores es que tienen que ver no sólo con el primer nivel, el de los conocimientos, sino también con el segundo, el de las habilidades prácticas, y sobre todo con el tercero, el de las actitudes y el carácter. De ahí la necesidad de formar en valores desde el comienzo, desde la infancia. En las personas adultas, las actitudes básicas y los rasgos de carácter no pueden modificarse directamente, sino a través de los conocimientos y las habilidades. Y en esto consiste la “deliberación” como procedimiento. La gestión de los valores no puede hacerse de modo correcto en las personas adultas más que “deliberando”. Por eso este ha de ser el método de la formación en valores, en este caso en el valor hospitalidad.

La deliberación es un procedimiento intelectual, racional, que nos permite hacer conscientes los valores que asumimos de modo inconsciente en nuestra infancia y juventud, y de ese modo reafirmarlos o rectificarlos, y en cualquier caso, analizarlos críticamente y asumirlos de modo autónomo y responsable.

5/

¿Cómo pensar y hablar hoy del valor de la hospitalidad?

Pasemos ahora de la teoría a la práctica. ¿Cómo promover la hospitalidad hoy? ¿Cómo transmitir este mensaje? ¿Cómo hablar de él? El primer problema que existe es el del lenguaje, la propia palabra “hospitalidad”, que no deja de sonar extraña a muchos oídos actuales, hasta el punto

LH n.303

de causar en esas personas un cierto rechazo. No podemos olvidar que el término **“hospitalidad”** viene del latín *hospes*, peregrino, y que con ese sentido cuadra perfectamente en contextos muy concretos; por ejemplo, en la peregrinación a Santiago de Compostela hay centros o lugares de acogida donde se practica la hospitalidad, pero que en el mundo secular, tanto el término peregrinación como el de hospitalidad resultan extraños, precisamente por su enorme carga religiosa. A eso se añade el que la hospitalidad se haya entendido hasta el día de hoy como una **“obra de caridad”**, algo que percibe muy negativamente gran parte de la sociedad, al considerar que muchas de esas obligaciones no son propiamente de caridad sino de justicia.

Al término **“hospitalidad”** no le ha sucedido lo que al término **“hospital”**. Éste se fue secularizando a partir del siglo XVI, y desde el XVIII se ha convertido en un término secular, civil, que no contiene sesgo alguno negativo. Ha perdido completamente su antiguo sentido, cobrando otro nuevo. Pero eso, repito, no ha sucedido, al menos hasta ahora, con el término hospitalidad.

De ahí que no baste con dejar de ver la hospitalidad como una obra de caridad y entenderla como un valor. Es preciso también que nos planteemos si no sería preferible denominar de alguna otra forma menos sesgada ese valor, al menos en el diálogo con el mundo secular.

Mi opinión es que sí, y que lo que el valor de la hospitalidad viene a identificarse con el valor de la **“promoción de la calidad y la excelencia”** en el mundo de la asistencia sanitaria, y más en concreto en el de la asistencia psiquiátrica. Hospitalidad debe hacerse sinónimo de calidad total, o de excelencia, tanto en el orden técnico como en el humano. Y la promoción de este valor puede hacerse quizá con ventaja, volcando sobre él todo lo que sabemos sobre la promoción de la calidad y la excelencia, tanto profesional como humana, en las instituciones de la Congregación.

Soy consciente de que esto es lo que la Congregación ha estado haciendo en sus Centros desde el comienzo, hace más de un siglo. Por eso lo que digo no puede sonar a nada nuevo. La única novedad puede estar en tener claro que si queremos hacer fecundo ese mensaje en el mundo secularizado en que nos encontramos, hemos de ser capaces de traducirlo a términos también seculares.

Y éstos han de consistir, en mi opinión, en ver la hospitalidad como valor, en primer lugar, e identificarla en la práctica con la promoción de la calidad total y la excelencia, tanto técnica como humana.

¿Cabe concretar más todo esto, convirtiéndolo en una política de gestión de los centros? Pienso que sí, y que esa política debería consistir en:

1. Utilizando la terminología introducida por Karl Rahner, sería bueno distinguir la dimensión **“trascendental”** de la **“categorial”** en el tema de la hospitalidad. En el orden trascendental no hay duda de que es un tipo de vivencia religiosa, más en concreto de vivencia cristiana, tal como se expresa en el texto de las bienaventuranzas. Ese es el sentido de la hospitalidad en el orden trascendental. En el categorial creo que debe identificarse con promoción y búsqueda de la calidad total y de la excelencia.
2. La distinción entre estos dos órdenes es importante, porque alguien puede asumir sin dificultades el segundo sin estar de acuerdo en el primero. Esto es importante en unas instituciones como las de esta Congregación. No hay duda de que todas las hermanas han de asumir la dimensión trascendental antes descrita.

Pero eso no es generalizable al conjunto de los trabajadores de los centros sanitarios de la Congregación, porque ello iría en contra del respeto a la libertad de conciencia. En las instituciones sanitarias habrá que exigir el exquisito cumplimiento del contenido de la

La hospitalidad no es sólo un valor cristiano sino también humano, del que nuestra sociedad plural y secularizada está tan necesitado más que en cualquier otra época anterior

hospitalidad en el orden categorial, es decir, la búsqueda de la calidad total y la excelencia, pero sin que ello tenga que ir necesariamente unido a la aceptación del mismo enfoque trascendental. Esto es algo que las instituciones religiosas no acaban de ver claro, y que resulta absolutamente fundamental.

En hecho de que los centros sanitarios sean de la Congregación no significa que todos los que trabajan en ellos hayan de asumir los mismos objetivos trascendentales. Ello sólo sería posible si se identificaran completamente las dos instituciones, la Congregación y el Hospital, cosa que hoy por hoy resulta impensable.

3. Es preciso definir los “**valores institucionales**” de los Centros sanitarios dependientes de la Congregación en la línea indicada más arriba, evitando el enfoque directamente religioso que ha tenido hasta ahora.
4. A toda persona que entra a trabajar en un centro de la Congregación, debe hacersele ver cuáles son los valores y las líneas políticas del Centro en el que quiere trabajar. Debe quedar bien claro que se busca la máxima calidad técnica y humana, y que la selección del personal se lleva a cabo de acuerdo con estos criterios, de modo que quien no los cumpla, es mejor para él y para la institución que no trabaje ahí.
5. Una vez que el profesional asume el compromiso de cumplir con esos objetivos, hay que darle completa autonomía para que los lleve a cabo de modo personal y creativo. No se puede pedir la excelencia y luego coartar la autonomía. Por otra parte, de ese modo se estimula la creatividad de todos, algo que no puede más que enriquecer al conjunto.
6. Hay que evaluar periódicamente la actividad de cada profesional de acuerdo con los objetivos y el ideario del centro. No hay que coartar la libertad, pero sí hay que controlar el cumplimiento de los objetivos y del ideario.

6/

Conclusión.

Y es que la hospitalidad no es sólo un valor cristiano sino también humano, del que nuestra sociedad plural y secularizada está tan necesitado o más que en cualquier otra época anterior. He aquí un bonito reto para todos, y en especial para quienes han hecho de la hospitalidad el objetivo de su vida.



02/

El acompañamiento de la familia al enfermo

P. Arnaldo Pangrazzi

Profesor de Pastoral de la Salud,
Instituto Camillianum, Roma

Traducción: Felipe Blanco



No es la primera vez que el P. Arnaldo Pangrazzi, religioso camilo y profesor del Instituto Camillianum de Roma, escribe en nuestra revista. No es un desconocido para nuestros lectores y para los agentes de pastoral de la salud.

Ahora nos “visita” con un tema de gran actualidad, tanto como los mismos enfermos: el rol de la familia y cómo vive la enfermedad la familia del enfermo. La pista nos la da el mismo autor al inicio cuando dice que “la biografía de cada enfermo es también la biografía de su familia”.

Una realidad constatada a diario en nuestras reuniones en el equipo interdisciplinar, sobre todo cuando se dan casos de “enfermos conflictivos”.

El tema que desarrolla el P. Pangrazzi os parecerá sabido, sobre todo para quienes a diario estáis asistiendo directamente a los enfermos. Una lectura reposada del texto ayudará no sólo a “refrescar” ideas, sino a poner en práctica muchas ya olvidadas y a integrar más y mejor a la familia en todo el proceso del enfermo.

1/

El impacto de la enfermedad grave sobre la familia.

Un diagnóstico infausto, que puede amenazar la vida de un ser querido, produce fuertes cambios estructurales y de relación en la familia. Frente a una crisis que quita la tranquilidad, que amenaza los equilibrios internos y constriñe a asumir nuevos roles y deberes, sus componentes pueden reaccionar con actitudes ansiógenas, agresivas, culpabilizadoras o depresivas.

Cada familia adopta estrategias diferentes en su respuesta ante la enfermedad, siendo las actitudes más frecuentes:

- **el mecanismo de negación:** no aceptar la enfermedad, la conjura del silencio,,;
- **el mecanismo de hiperprotección:** por una parte se esconden los propios sentimientos al paciente, por otra se evita hablar abiertamente sobre su verdadera situación;
- **el mecanismo de idealización:** una confianza excesiva en la “omnipotencia” de los médicos o en el poder milagroso de la medicina, o de los tratamientos;

- **el mecanismo de sublimación:** refugiándose en las seguridades espirituales: “Reza, si quieres curarte”; “El que cree no llora”;
- **el mecanismo de dramatización:** reacciones desproporcionadas, desesperación, reacciones histéricas;
- **el mecanismo de aceptación:** colaboración constructiva con los agentes sanitarios, sano realismo y equilibrio;
- **el mecanismo de regresión:** enclaustramiento y aislamiento social frente a un drama que los otros no son capaces de comprender.

En general, en la respuesta de la familia al advenimiento de la enfermedad es previsible un primer impacto de **desorganización** y de desorientación. Le sigue un momento de **búsqueda:** sus componentes se preguntan cómo hacer frente a esa situación de emergencia y cómo movilizar los recursos del grupo. Una tercera etapa consiste en una **adaptación gradual** del núcleo familiar a los cambios impuestos por la enfermedad.

La resolución positiva o negativa de la crisis depende del sistema familiar, de si es básicamente sano o problemático.

2/

Familias sanas o familias problemáticas.

Virginia Satir ha esclarecido las connotaciones que permiten intuir si un tejido familiar es básicamente sano y capaz de afrontar los momentos críticos o si, en cambio, resulta problemático y contribuye a complicar el impacto con el sufrimiento y la muerte.

Las **Familias Sanas** se caracterizan por la presencia de las siguientes actitudes:

- el equilibrio emotivo de sus componentes;
- el respeto a los individuos y la valoración de la singularidad y diversidad de cada uno de sus miembros;
- la relación positiva del núcleo familiar con respecto a la sociedad;
- el buen nivel de cohesión y de comunicación entre sus componentes;
- una estabilidad general de la estructura familiar basada en normas y reglas claras;
- la flexibilidad y ausencia de rigidez de los roles en su fuero interno.

Las **Familias Problemáticas** se caracterizan por la presencia de los siguientes elementos:

- actitudes de control y de autoritarismo por parte de alguien en relación con los demás;
- la tendencia de sus miembros a la crítica destructiva;
- la ausencia de personas significativas (p. ej. de un progenitor, por muerte o divorcio);
- la carencia de afecto en el trato o unas relaciones basadas en el distanciamiento emotivo;
- la desorganización interna en los roles y en el estilo de vida;
- la presencia de problemáticas específicas, tales como: la enfermedad mental, el alcoholismo, el abuso sexual, la drogodependencia.

Está claro que la pertenencia a familias sustancialmente “sanas” o “enfermas” incide profundamente en el modo de instaurarse o de vivir el hecho de la enfermedad.

En otras palabras, en la aproximación a la enfermedad no se parte de cero, sino del bagaje del propio pasado. Depende mucho del clima creado por los padres, de su relación recíproca y de su modo de relacionarse con los hijos.

3/

Tareas fundamentales.

Dos son las tareas fundamentales que asumen quienes crean una familia:

3/1

Educar al acogimiento y al amor.

Los padres, tras haber acogido la vida, están llamados a educar a sus propios hijos en el desarrollo de vínculos, a sentirse amados y a amar. Esta experiencia les ayuda a sentirse acogidos, aceptados y a tener un buen comienzo en la vida. Por otra parte, donde no hay afecto y calor humano el niño experimenta inseguridad, soledad y, en ocasiones, un sentimiento de abandono.

En general esta primera tarea es llevada a cabo por la madre, que acoge, nutre y sostiene la vida de los hijos.

Existe el riesgo de que un amor excesivo se transforme en afán posesivo o en celos que pueden impedir un sano desarrollo, la autonomía e independencia de los hijos.

3/2

Educar a la separación y al respeto de las diferencias.

El hijo no es una copia de los padres, sino que está llamado a reivindicar la propia individualidad y diferencia. Un proceso de crecimiento sano lo educa a establecer límites, a trazar la línea divisoria entre él y el prójimo de manera tal que no se funda, que no sea absorbido ni se deje arrastrar por los demás. La pedagogía de la separación invita a sacar a la luz la propia unicidad.

Un modo de educar a la separación es mediante el desarrollo de reglas, expresas o presuntas, que los padres transmiten a los hijos. Tales reglas pueden referirse a diferentes ámbitos de la vida: desde cómo administrar las emociones a cómo mostrar intimidad, desde reglas sobre el trabajo a aquellas que se refieren al comportamiento, desde reglas sobre seguridad a aquellas que atañen a la relación con los demás, desde reglas sobre el sexo a aquellas que se refieren a cómo manejarse ante el dolor, la enfermedad o la muerte. Algunas de estas reglas resultan muy útiles y son interiorizadas por los hijos para el resto de su vida, otras en cambio pueden acarrear graves dificultades y bloquear el crecimiento. La tarea de educar a la separación normalmente es llevada a cabo por el padre. Los cambios culturales de hoy en día, la flexibilidad de los roles y el aumento de los divorcios y de las separaciones dan lugar a que un progenitor esté llamado a interpretar entrambos papeles.

Estas dos tareas fundamentales, educar al amor y a la separación, tan esenciales para afrontar la vida con apertura y realismo, encuentran en el nacimiento y en la muerte dos paradigmas de referencia.

4/

La proximidad de la muerte.

La experiencia del morir permite al enfermo y a sus familiares vivir momentos preciosos de intimidad, dar expresión a los sentimientos de recíproca gratitud, establecer una comunicación por medio de la gestualidad y del lenguaje no verbal.

Al mismo tiempo, la proximidad de la muerte requiere el coraje de prepararse a decir adiós, de comunicar lo que se tiene necesidad de decir,

de anticipar la separación pero asegurando la continuidad del vínculo a través del recuerdo, del horizonte de lo trascendente, de la cercanía espiritual.

5/

Los agentes sanitarios y la familia.

La crisis de la enfermedad entreabre las puertas del hospital no solo al enfermo, sino también a su familia. Esta no es mera espectadora, sino protagonista directa de un drama que le atañe. En el acompañamiento al enfermo, permanece siempre en primera línea, en un recorrido que va desde la fase inicial del diagnóstico a la fase aguda del tratamiento, de la etapa de la mejoría y de la esperanza a la de la recaída, en que todo se complica, hasta la etapa final, cuando ya los tratamientos son solo paliativos y se anuncia la separación.

Con frecuencia, sin embargo, y especialmente en las instituciones sanitarias, la familia se siente dejada de lado por el personal sanitario, que dedica su atención exclusivamente a la persona enferma.

Por eso es obligado hacer algunas consideraciones:

- la constatación de que la familia con frecuencia es tenida al margen o incluso olvidada por el personal asistencial;
- se advierten, muchas veces, roces o una pugna entre los agentes sanitarios y la familia en el cuidado del enfermo;
- con frecuencia los agentes sanitarios consideran a la familia como un estorbo o un obstáculo en el proceso de cura del enfermo, y en alguna ocasión también tienen razón;

- las informaciones transmitidas a los familiares sobre las condiciones de su ser querido o sobre la finalidad de los tratamientos, son explicadas de forma apresurada o en un lenguaje médico que a ellos les resulta incomprensible;
- en ocasiones, se advierte la tendencia a apartar a la familia de informaciones o de decisiones que, en cierta medida, le atañen también a ella.

El sufrimiento reclama la colaboración entre agentes sanitarios y familia. En particular, es necesario salvaguardar y promover la unidad familiar frente a un desafío que involucra a todos.

En el ámbito de las instituciones, muchas familias se fían de y confían en los especialistas y en la tecnología para obtener los mejores resultados para su ser querido.

A veces pueden sentirse molestos por la falta de atención o de información, por las limitaciones impuestas por los reglamentos, por las relaciones funcionales, que resultan un tanto despersonalizadoras. Pero sobre todo es en el interior de las paredes domésticas donde la familia se encuentra con que tiene que gestionar en primera instancia la parte más exigente de la asistencia. Muchos se sienten abrumados por un exceso de responsabilidades, faltos de apoyo médico o enfermero, angustiados por los crecientes problemas que comporta el cuidado del familiar.

6/

Desafíos para un mejor acompañamiento de la familia.

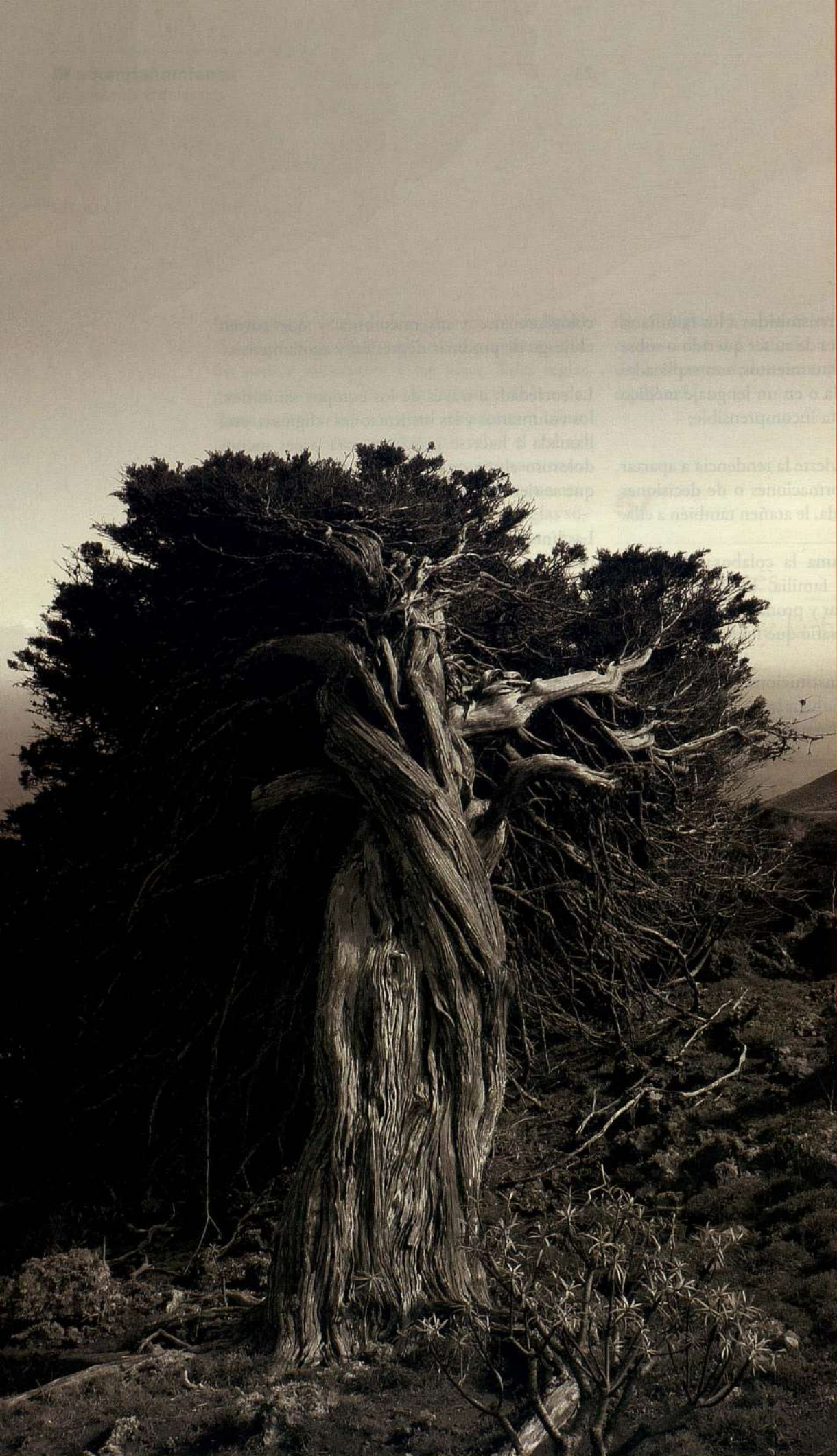
Sobre las espaldas de la familia cargan tareas cada vez más pesadas, que agotan física y psi-

cológicamente a sus miembros, y que corren el riesgo de producir depresión y agotamiento.

La sociedad, a través de los equipos sanitarios, los voluntarios y las instituciones religiosas, está llamada a hacerse próxima, para hacer menos doloroso el vía crucis de estas familias y hacer que se sientan menos solas.

Las líneas orientativas para sostener a la familia incluyen:

- poner en marcha equipos de cuidados paliativos, integrados por médicos, enfermeros, voluntarios y otros profesionales, a fin de responder mejor a las diversas necesidades de enfermos y familiares;
- crear un clima de confianza y de colaboración recíproca para ayudar mejor al enfermo;
- procurar un abordaje global y unitario que tenga en cuenta no solo las necesidades del enfermo sino también las del núcleo familiar;
- prestar atención no sólo a las exigencias físicas, sino también a las necesidades psicológicas y espirituales de dicho núcleo;
- promover una comunicación abierta que favorezca la información necesaria, y que deje tiempo para escuchar y para preguntar;
- observar los cambios que se van produciendo en la familia a nivel de relaciones, de cambio de roles, reestructuración de hábitos, niveles de cansancio, empleo de recursos, señales de ansiedad o de depresión;
- enseñar las técnicas del caring y de la asistencia física y psicológica, con vistas a ayudar a los familiares a cuidar mejor de su ser querido;
- acompañar a los familiares no solamente en las etapas de la aflicción previa, sino también en las sucesivas del duelo y de la adaptación a una vida que ha cambiado para ellos.



03/La relación médico-enfermo en un mundo técnico

Rubén García Cruz,

Alumno 4º curso de Filosofía.
Universitat Ramon Llull, Barcelona.

Mª Pilar Núñez-Cubero,

Médico y profesora de Bioética.
Universitat Ramon Llull, Barcelona.

La relación médico-enfermo padece de inanición y ha empalidecido. Desde el momento en que se ha pretendido que en cinco minutos un médico conozca con claridad el trastorno que ha llevado al enfermo a pedirle ayuda, y que le indique un tratamiento eficaz y seguro para solucionarlo; en ese mismo momento, la relación médico-enfermo deja de ser importante para el arte curativo, y el encuentro entre ambos deja de ser crucial para el ejercicio médico.

Esta situación no deja indiferente a ninguna de las partes, al paciente descontento de que no se haya atendido a su integridad personal, y al médico insatisfecho de no haber llegado a "conectar" con el enfermo y responder a su situación integral.

La relación médico-enfermo es un fenómeno complejo y multifacético que ha experimentado cambios significativos a lo largo de la historia. En el pasado, la medicina era un arte que se basaba en la experiencia y el conocimiento transmitido de generación en generación. El médico era un profesional que se dedicaba a cuidar a su paciente, no solo de su enfermedad, sino de su persona en su totalidad. Sin embargo, con el avance de la tecnología y la especialización de la medicina, la relación médico-enfermo ha cambiado. Ahora, el médico debe tener conocimientos técnicos muy específicos para poder tratar ciertas enfermedades, lo que ha llevado a una fragmentación del conocimiento y a una pérdida de la visión integral del paciente. Este artículo explora cómo la tecnología y la especialización han afectado a la relación médico-enfermo y propone algunas estrategias para mejorarla.

La relación médico-enfermo es un fenómeno complejo y multifacético que ha experimentado cambios significativos a lo largo de la historia. En el pasado, la medicina era un arte que se basaba en la experiencia y el conocimiento transmitido de generación en generación. El médico era un profesional que se dedicaba a cuidar a su paciente, no solo de su enfermedad, sino de su persona en su totalidad. Sin embargo, con el avance de la tecnología y la especialización de la medicina, la relación médico-enfermo ha cambiado. Ahora, el médico debe tener conocimientos técnicos muy específicos para poder tratar ciertas enfermedades, lo que ha llevado a una fragmentación del conocimiento y a una pérdida de la visión integral del paciente. Este artículo explora cómo la tecnología y la especialización han afectado a la relación médico-enfermo y propone algunas estrategias para mejorarla.

1/

Visión filosófica de la crisis actual.

Este dejar-de-ser-importante del encuentro personal en el ejercicio médico no se ha improvisado, refleja una mentalidad en la que ha desembocado el itinerario del pensamiento Occidental, marcado por sus revoluciones científicas, industriales y burguesas, y por las Guerras Mundiales del pasado siglo. El pensar busca la verdad, y Occidente optó, desde la Grecia clásica, por concebir la verdad como **adequatio**. Concebir así la verdad presupone que en la realidad late una idea, una esencia, y que ésta es accesible para el entendimiento humano, o, como mínimo, se produce algún contacto con ella.

La **idea** (esencia) de las cosas reales, sobretudo a partir de la modernidad, creará poseer esa verdad en la descripción precisa de las cosas, y en este proceso, la técnica será decisiva, porque se presenta como el elemento primordial para acceder a la verdad como **adequatio**, y no sólo para penetrar en lo inaccesible para los sentidos, sino como el '**artificio**' que asegura el no desviarse del camino hacia la verdad. La técnica se presenta como garante de la verdad cuando lo que proporciona es una certeza subjetiva. La lógica interna del pensamiento técnico pue-

de tener validez prescindiendo de la realidad. Esto puede llevar a confundir la certeza subjetiva con la verdad objetiva, y provocar posturas totalitarias donde lo subjetivo se absolutiza, o de un relativismo exacerbado.

No obstante, la técnica ejercerá un peso decisivo para la comprensión de la verdad del mundo y del hombre, hasta el punto de ser aupada como categoría de comprensión histórica. Detrás de la mentalidad técnica del hombre contemporáneo occidental se ignora una opción que no es científica, sino filosófica y teológica.

El peso moderno de la relación médico-enfermo se halla en la técnica. Permanece, sin embargo, la confianza de poder penetrar en las causas de la enfermedad a través de sus manifestaciones, de la mano de la razón; pero esta continuidad '**ilustrada**' colisiona con la pérdida de densidad de la realidad, la cual se vacía progresivamente de su ser-verdad, hasta disolver la confianza de que las cosas reales tengan alguna cosa que decirnos.

Por un lado, la técnica supone una ayuda para penetrar en la realidad con una precisión nunca antes conocida, llevando a su máxima expresión la concepción de verdad como **adequatio** (nunca antes se habían definido como hoy las enfermedades y sus tratamientos). Y hoy, todavía parece respirarse en ciertos ambientes un optimismo epistemológico, aunque más moderado en sus pretensiones existenciales que en la modernidad.

Por otro lado, la técnica es la expresión más radical de la '**voluntad de poder**' (Nietzsche). Quien tiene el control de la técnica y su dominio, éste tendrá el poder y la autoridad para ejercerlo, éste podrá determinar lo verdadero y lo justo. Desde la técnica se explicará el continuo movimiento de las peripecias de la vida humana y su desarrollo a lo largo de la historia, que lleva al convencimiento de que es necesario el dominio de la técnica para un '**mundo feliz**' que no tiene en el horizonte a Dios ni a trascendencia alguna.

La técnica ejercerá un peso decisivo para la comprensión de la verdad del mundo y del hombre

El hombre se convierte en un **'animal técnico'**, sin más límites morales que el progreso (contradicción in termini) y la **'voluntad de poder'**.

Estas opciones se respiran en la sociedad y la configuran; y ello se traduce en una nueva concepción de la medicina y su sentido de ser. La mentalidad técnica ha conducido a descubrimientos asombrosos que dan al hombre una especial gloria. Esta mentalidad aspira a un diagnóstico logrado mediante signos puramente objetivos (cifras analíticas, trazados gráficos,...) y a un tratamiento limitado a la fiel ejecución de algunas prescripciones escritas.

El arte de curar no se ejerce tanto a través del logos (diálogo en todos sus dimensiones comunicativas: mirada, palabra, silencio, contacto manual) entre médico y enfermo, como a través de los resultados analíticos de la técnica. Curiosamente, la mentalidad técnica coincide con la mentalidad mágica de las culturas **'primitivas'**: sanar al enfermo sin contacto directo con él. Y esto conduce a ambas mentalidades a separar físicamente al médico del enfermo, los dos extremos coinciden en pretender hacer innecesario o no crucial el encuentro personal entre el médico y el enfermo para el ejercicio médico.

Y si la sociedad configura la relación médico-enfermo, ésta también ha provocado cambios sociales. La entrada del sujeto en la sociedad burguesa tuvo un ingrediente médico. La rebelión del sujeto surgió de un cansancio de ser tratado como titular de una objetividad (el cuerpo) y protestar por el trato en las formas de asistencia médica.

La alta mortalidad que se producía en las clases humildes de las ciudades industriales llevó a un levantamiento. La rebelión no iba contra la relación médico-enfermo, sino que buscaba igualar las condiciones médicas: tanto en la asistencia sanitaria, cuanto en las compensaciones económicas,...y las diferencias entre la asistencia pública y privada. Pero esto desembocó en un cambio en la relación médico-enfermo. El enfermo ya no se acercará confiadamente sin

condiciones al médico, sino que le presentará el cuerpo con la conciencia del derecho a la asistencia que va a recibir; y la ayuda médica dejará de ser un acto de beneficencia hospitalaria y tomará un aire contractual. De esta manera el médico ya no es sólo el **'técnico'** de curar, sino también el representante (impersonal) visible de la sociedad sobre el que recae el deber de la asistencia. Y a partir de ese momento, no sólo se acudirá al médico para enfermedades graves sino que se le exigirá la ayuda médica para toda posible dolencia. La enfermedad no sólo se contemplará como una calamidad, sino también una situación de la que se podrá obtener una indemnización, lo cual provocará la práctica de una **"medicina defensiva"**. El cuerpo se privatiza y ya no se podrá intervenir en él sin prestar su consentimiento.

Esta protesta brota del hecho de haberse sentido tratado como un objeto, valioso o no, y no como una persona que posee una intimidad, una inteligencia y una libertad. **Freud** revolucionará la relación médica tratando al enfermo no como aquél que padece una enfermedad objetiva sino su enfermedad única.

La sociedad ya ha cambiado, en un mundo técnico, surge la soledad del sujeto moderno, el aburrimiento, la asfixia existencial, así como el stress de carácter social. Y esto provoca un nuevo género de enfermedades, donde la neurosis aparece como prototípica, aunque, se podría decir, que en toda enfermedad late alguna neurosis. ¿No es el hombre una unidad psico-somática? Freud intenta rescatar a través de la palabra (del diálogo) lo que late en lo oscuro del subconsciente y traerlo a la luz de lo consciente. Este proceso es único, de manera que la enfermedad se concibe como una recepción subjetiva de una realidad objetiva.

En un mundo, en el que la 'objetividad' técnica se impone a la individualización del diagnóstico y el tratamiento, se hace difícil el equilibrio entre el amor al arte médico (tekne iatriké) y la amistad médico-enfermo (philantropai). Freud intenta dar una respuesta a las necesidades

LH n.303

humanas en un mundo que padece la opacidad de lo técnico. ¿Y hasta qué punto puede satisfacer una medicina que desconoce teóricamente la índole personal de la realidad sobre la que actúa?

Estos cambios en la sociedad y el papel de la medicina y la enfermedad que tiene en ella, han llevado a unas exigencias sorprendentes en la relación médico-enfermo. Mientras los centros de atención primaria y los hospitales se masifican y parte del tiempo de los médicos se dedica a controlar y regular el 'tráfico' de enfermos, éstos tienen el derecho de exigir un tratamiento personal de su médico. Éste sufre la presión de tener que responder ante el enfermo en escasos minutos y con la precisión de una ciencia exacta, sin apenas poder 'desperdiciar' unos segundos en 'mirar' el 'rostro' del enfermo, y así se dirige a la dolencia específica que le ha llevado a pedirle ayuda, y no a la persona que la sufre. No es de extrañar el malestar entre los enfermos que lamentan que el médico se relacione con su trastorno de manera 'objetiva', sin atender a su unidad personal, donde se halla su trastorno.

Carece de importancia en una medicina tan tecnificada el que la unidad de la persona sea algo más que la suma de sus partes. El médico intenta cumplir con el deber encomendado por la sociedad: se le pide que cure el trastorno, y para ello tiene que analizar, descomponer, aislar, para erradicar con precisión la enfermedad. De él se espera que reajuste una maquinaria que fallaba. Sin embargo, tanto entre los médicos como entre los enfermos late un malestar tal como Laín Entralgo recoge de la estadística de **E.Koos** y **R.H. Blum** realizada en Estados Unidos donde se refleja el malestar de la relación médica. (cf. **Laín Entralgo 1983, La relación médico-enfermo. Madrid, Alianza Universidad p: 261-262**)

El desplazamiento del arte curativo del médico a un simple gestor técnico de datos muestra la carencia de algo decisivo para la práctica humana del arte de curar: el encuentro personal entre el médico y el enfermo. Esta es la tesis de Laín

Entralgo en su libro *La relación médico-enfermo*. Sus fundamentos filosóficos, son los de la filosofía personalista, tal y como queda reflejado en su obra *Teoría y realidad del otro*. La estructura de esta relación médico-enfermo que despliega Laín Entralgo en su obra, destaca el aspecto más importante de ella: la comunicación entre el médico y el enfermo, y su importancia para un ejercicio médico que aspire a curar a la persona enferma en su totalidad.

2/

Estructura de la relación médico-enfermo.

A pesar del debilitamiento que ha supuesto la mentalidad técnica, lo más elemental y fundamental en el quehacer del médico sigue siendo la relación inmediata con el enfermo. Esta relación es muy sensible a los cambios de la historia. Los cambios que se producen en la convivencia entre los hombres alteran el fundamento de la relación médico-enfermo. La polis griega, un monasterio medieval o una ciudad del s. XXI, tienen modos de asistencia médica distintos entre sí, con sus supuestos antropológicos, históricos y sociales, que dan un contenido y una forma a las relaciones interhumanas.

Y el médico, al igual que el enfermo, es 'ateniense', 'cristiano medieval', 'londinense' o 'barcelonés'. La relación médico-enfermo es problemática en todas las épocas porque es causada y condicionada por todos los niveles de lo humano -social, psicológico, técnico, moral, religioso. En nuestros días se halla en una profunda y fecunda crisis debido a una doble pretensión. Por un lado, la mentalidad técnica que se ha impuesto en la medicina aspira a curar sin contacto inmediato con el enfermo. Y por el otro, la socialización de la medicina, conlleva una

La técnica ejercerá un peso decisivo para la comprensión de la verdad del mundo y del hombre

alto grado de exigencia a la asistencia médica de nuestro tiempo,

“Vacunar a todos los ciudadanos de un país no es cosa, por lo que vemos, demasiado difícil; tratar psicoterápicamente a todos los enfermos que lo requieren será, si el Estado llega alguna vez a proponérselo, empresa sobremanera ardua” (Lain Entralgo)

Sin embargo, y a pesar de los cambios que ha padecido a lo largo de la historia, la relación médico-enfermo, mantiene una estructura invariable. Lain Entralgo discierne hasta cinco momentos principales:

2/1

El fundamento:

Es la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el enfermo por el hecho de haberse encontrado. Refleja, un fundamento genérico, un hombre ayuda a la necesidad de otro, y una antropología. El hombre como ens indigens, está necesitado: del cosmos energético y material (respira, come, se viste,...); de los otros (compañía, amor,...), y de alguna convicción personal acerca del fin último de su existencia, de una referencia simbólica sobre un horizonte último. Y estas complejas necesidades del hombre se agudizan o aparecen con un especial relieve en la enfermedad; el enfermo pide actos de ayuda, de donación amorosa hacia él. En contraste y como posibilidad del hombre contemplado como ens indigens, está el hombre como ens offerens. Ciertamente que la libertad puede llevar al hombre a la indiferencia o al odio hacia el que sufre o el que está necesitado. Pero será el binomio necesidad-amor el fundamento de la relación médico-enfermo. Este fundamento se especificará según dos direcciones:

a) la histórico-social, que configurará la amistad médica y la forma de concebir la ayuda a la necesidad del otro, y

b) la técnica y el amor a ella. Las diversas situaciones típicas de la existencia humana-polis griega, monasterio o burgo medieval, sociedad moderna, etc., especifican de un modo histórico y social

La ayuda al menester del otro;

el hecho de que el menester se llame ahora “enfermedad” y el acto de ayuda “asistencia médica”, concede a éste su especificación técnica. (Lain)

2/2

El momento cognoscitivo o diagnóstico:

Como en todo encuentro humano, la relación médica pasa del inicial ‘encontrarse con’ a un ‘conocer a’ y un ‘pensar de’. El médico ha de conocer lo que el enfermo tiene. El diagnóstico se realiza en los dos ámbitos en los que la relación médica cobra su realidad propia: el dual, resultante de la mutua vinculación de dos individuos aislados; y el social, determinado por la interrelación de dos entes sociales. Lo que llamamos ‘diagnóstico’ es la fórmula de un conocimiento dual. Pero, ¿de qué tipo será la relación médico-enfermo?

La amistad médica no puede ser una pura relación interpersonal, pero tampoco una pura relación objetivante.

Entre el sujeto-objeto de la objetivación y la díada de la unión interpersonal hay por lo menos dos realidades típicas intermedias, el dúo y la cuasi-díada (Lain)

LH n.303

La amistad médica no es tanto un dúo, dos individuos unidos entre sí para el logro de una meta (la salud) situada fuera de ellos, como una relación cuasi-diádica, ya que no es un *yo* y un *tú* amorosamente fundidos entre sí sin mutua confusión física (diádica), sino una relación de ayuda, donde hay consejo, educación y asistencia médica.

‘...En la relación diádica de la pura amistad interpersonal, la objetivación es desde luego necesaria, pero sólo con necesidad de medio (así contemplan el amigo a su amigo y el amante a la persona amada); lo decisivo y terminal en ella es la coejecución unitiva; al paso que en la relación cuasi-diádica de ayuda se invierten los términos: la coejecución es en ella necesaria de medio, y la objetivación, bajo forma de contemplación, unas veces, y de manejo instrumental, otras, se eleva a fin propio de la relación interhumana, porque lo que con ésta se pretende ahora, aun en el caso del consejo más delicado y respetuoso, es una modificación efectiva de la realidad del otro.

De ahí que de la amistad haya una ascética y no pueda haber una técnica; y recíprocamente, que la actividad de aconsejar, la de enseñar y la de curar estén ordenadas -deban estar ordenadas, si han de ser eficaces- por sus técnicas respectivas, tanto más acusadas y rigurosas, en tanto que tales técnicas, cuando más próximas se hallen a la pura objetivación. Diremos, pues, que dentro del cuadro de las relaciones interhumanas, la relación médica es una cooperación cuasi-diádica de ayuda enderezada hacia el logro del hábito psicossomático que solemos llamar salud; y que, entre todas las relaciones de ayuda -si no se cuenta el caso de salvamento de un naufrago u otros semejantes- ella es la más próxima a la que antes, de un modo genérico, he llamado objetivamente (Laín)

La expresión cognoscitiva de esta relación es el diagnóstico, el cual se realiza en un ámbito cuasi-diádico. No es el conocimiento de un objeto pasivo por una mente activa, sino el resultado de una conjunción entre la mente del médico -activa- y una realidad, la del enfermo, dotada de iniciativa, libertad e intención. La inteligencia y la libertad de la persona condicionan activamente el acto de conocer la realidad de un ente personal, de aquí la peculiaridad de esta relación. No se trata de conocer algo ‘objetual’ o algo que no se piensa a sí mismo, como puede ser una célula, sino a una persona, con autoconciencia y una autocomprensión de sí. Si se aspira a ser integral o personal, y no meramente objetivo, el diagnóstico médico es la configuración cognoscitiva de una relación cuasi-diádica entre el médico y el enfermo. Y esto, no será completo si no es ‘social’, además de cuasi-diádico, es decir, si no se tiene en cuenta lo que en el condicionamiento y en la expresión de la enfermedad haya puesto la pertenencia del paciente a un contexto social concreto y determinado.

2/3

El momento operativo:

La actividad conjunta del médico y el enfermo no se agota con el diagnóstico, sino que este conocimiento debe ordenar y ordenarse para la ejecución de un **tratamiento**. Pero no se trata exclusivamente de ‘diagnósticos’ ni de solo ‘terapias’, sino que el primer acto terapéutico se produce ya en el primer contacto entre el médico y enfermo; el médico es el primero de los ‘medicamentos’ que él puede prescribir, es decir, lo que éste supone para el enfermo tiene ya efectos terapéuticos.

La relación médico-enfermo ideal no solo consiste en dos hombres que colaboran en una empresa, **compañeros de camino**, es también una relación cuasi-diádica, donde el momento terapéutico debe contemplar todos los registros de su personalidad, desde el nivel intelectual hasta las peculiaridades de la vida afectiva. El trata-

miento médico es por su esencia misma un acto social. La eficacia terapéutica de los remedios se halla sencillamente condicionada por el modo de 'estar en sociedad' de aquél sobre el que se actúa.

2/4

El momento afectivo:

En la relación médico-enfermo están mutuamente implicados lo cognoscitivo (diagnóstico), lo operativo (tratamiento) y lo afectivo (transferencia). Lo afectivo posee una trama personal y heterogénea, une a dos personas que se relacionan desde dos situaciones vitales -una como 'enfermo' y otra, como 'médico'- muy diferentes entre sí. Cada uno pone lo suyo, el enfermo pone lo aflictivo, la expectante vivencia de su necesidad y su confianza en la medicina y el médico; mientras que el médico pone su voluntad de ayuda técnica, cierta compasión genéricamente humana, la pasión de gobernar científicamente la naturaleza, y un posible deseo, más oculto o más patente, de lucro y prestigio.

2/5

El momento ético-religioso:

Los actos humanos son constitutivamente morales, la libertad humana lleva en su estructura un 'para qué', una intencionalidad que lleva inscrita una moralidad. Y de esto no es excepción la relación médico-enfermo. El enfermo busca la salud, pero no hay salud plena si no puede responder a la pregunta: ¿para qué salud? Es obvio que no vivimos para estar sanos, sino que estamos y queremos estar sanos para vivir y obrar. A la salud humana le pertenece un 'para qué' no incluido naturalmente en ella misma, de manera que uno pueda desear estar sano moral o inmoralmemente. El médico, en cambio, se halla en una tensión, entre la tendencia a ayudar al enfermo o la de abandonarlo, que debe resolver. Ser médico significa hallarse en disposición favorable de la tensión ayuda-abandono.

La relación médica muestra diversas éticas a lo largo de la historia. La moral de los médicos helenicos no coincide con la moral profesional de los médicos cristianos, y ésta difiere de la ética de los médicos agnósticos o ateos. La ética descansa sobre una visión religiosa del mundo, de manera que la relación médico-enfermo estará explícitamente arraigada en una posición determinada del espíritu frente al problema último de la religión. Y más, teniendo en cuenta que la enfermedad, como todo lo que pone en juego la totalidad de la existencia humana, tiene siempre para el hombre, hasta para el hombre secularizado, un secreto con un halo de sagrado.

Como dice **Henri de Lubac, el respeto del hombre está hecho, en gran parte, por el respeto a su sufrimiento (H. De Lubac)**. Ante la enfermedad, la actitud del hombre es de respeto ante lo que falta y no cae del todo bajo su dominio.

A través de estos cinco momentos, Laín Entralgo explica la estructura permanente a lo largo de la historia de la relación médico-enfermo. Desde su fundamento genérico, el binomio necesidad-amor, que se especifica en cualquier situación histórica y social, hasta su expresión en cuatro direcciones principales: el diagnóstico, el tratamiento, la relación afectiva o **amistad médica**, y la ética-religiosa. Y en todos estos momentos de la relación médico-enfermo está subyacente la comunicación entre ambos.

Es decir, el ideal personalista de la relación médico-enfermo busca quedar plasmado en una **amistad médica** realizada bajo la forma de diagnóstico y tratamiento. Para que esto sea posible, se espera del médico que ponga la suficiencia técnica y la buena voluntad, y que el enfermo confíe en la medicina y el médico. Y esto -la suficiencia técnica, la buena voluntad y la confianza- se hace realidad a través de la comunicación entre sí. En una relación médico-enfermo donde lo técnico predomine, el encuentro personal se reducirá a mínimos; la mirada, las palabras, los silencios o el contacto dejarán de ser importantes, no habrá posibilidad para la **amistad médica** como recurso principal del diagnós-

LH n.303

tico y fundamento científico del tratamiento, no habrá posibilidad del encuentro personal para una práctica humana del arte médica. Encuentro que tiene que tener unos determinados aspectos para que de esa comunicación pueda seguirse una práctica curativa que considere la totalidad de la persona.

3/

La comunicación entre el médico y el enfermo.

La comunicación entre el médico y el enfermo es fuente, medio y resultado de la **amistad médica**. Esta relación es decisiva para una concepción personalista de la medicina, que será vista como elemento central para el diagnóstico y el tratamiento. Esta **amistad médica** se constituye a través de la mirada, de lo que se dice, se escucha, o se calla, y del contacto manual:

3/1

La mirada.

La mirada que es lo primero que se produce en la relación médico-enfermo, es un acto expresivo que, al margen de la intención con que se realice, siempre conlleva un mostrar lo que uno es ('**mi condición humana**', '**mi personalidad**') y lo que pasajeralemente estoy siendo (un estado interior). Los ojos aparecen como el centro vector de la expresión, en ellos se condensa la expresión de toda la corporalidad, así como en la sonrisa toda la corporalidad queda en la boca. Una mirada pertenece a una totalidad expresiva, y no se puede comprender si no es poniéndola en relación con la situación de que surge, ya que como totalidad expresiva, carece de sentido intentar comprender lo que unos

ojos dicen de sí mismos sin ir al más allá de toda la corporalidad a la que pertenecen. Conviene, sin embargo, tener presente, que la enfermedad crea una situación de ambigüedad, y escisión en la vida de la persona, que puede producir una distancia entre la expresión real y la intención expresiva. El médico y el enfermo se miran, y de seguida será la palabra quien guiará la comunicación entre ellos, pero los ojos, seguirán, ahora en un segundo plano, participando y acompañando su comunicación, y dando un peso importante a esa relación. Y, ¿qué sucede entre ellos cuando se miran mutuamente?, se pregunta Laín Entralgo.

La mirada del enfermo expresa su necesidad y su apertura receptiva a quien le puede ayudar. El médico no es para el enfermo un objeto que ocupa un espacio y un tiempo, sino una realidad que es fuente de ayuda. El médico, en una relación ideal, simboliza para el enfermo esperanza. Ciertamente que un enfermo puede estar indeciso ante la medicina o los médicos, y puede tener una mirada evasiva, desconfiada o recelosa, en vez de una mirada de petición. También puede acercarse con una mirada exigente, ya sea desde su situación de dolor o desde su derecho a la asistencia médica. En estos casos, el médico es visto por el enfermo como un dispensador técnico, dificultando el encuentro personal, la **amistad médica**, ya que ha objetivado al médico marcando una distancia, evitando una posible 'invasión' no querida. No se dejará acompañar en su dolor por el médico, sólo le quedará sufrirlo en un silencio íntimo y heroico.

Una mirada ideal del médico posee una intención envolvente, es decir, procura un ámbito de refugio al enfermo, que se le ha acercado pidiendo ayuda.

Encerrar al enfermo dentro de los límites de un conocimiento sólo objetivo, es marcar distancia y pretender curar sólo técnicamente lo '**averiado**', y no la unidad personal que pide una atmósfera de acogida y protección. Una mirada inquisitiva y objetivante resulta incomoda para el enfermo, como si la realidad observada por el médico no fuera su persona. Para que una mirada objetivante atienda a los fines de la rela-

Apoyar por una práctica humana del arte de curar
significa considerar al hombre como una
entidad integrada, como una unidad personal

ción médica debe estar psicológica y éticamente ordenada con una 'intención envolvente'. Pero la mirada del médico no sólo acoge, y no sólo busca algo en la superficie somática del enfermo, sino que también busca el centro vital del enfermo, el contenido de su consciencia, de su alma, de sus intenciones íntimas,... La mirada del médico percibe algo en el cuerpo del enfermo a la vez que le da algo a su persona. Percibe alteraciones y manifestaciones estáticas y/o dinámicas en el cuerpo del enfermo, pero a la vez, da al enfermo un ámbito de refugio y protección. Un médico que no quiera olvidar su condición humana debe aprender a mirar.

3/2

La palabra y el silencio

La comunicación entre el médico y el enfermo se hace de seguida verbal y auditiva. El centro vector pasa del ojo a la palabra. El diálogo entre médico-enfermo es a la vez cognoscitivo y terapéutico, aunque se distingue por una exigencia de carácter metódico cuando predomina la intención diagnóstica o la terapéutica.

El diálogo médico-enfermo tiene una formalidad y un contenido; su expresión comunicativa es la palabra, y con ella se dice algo. Tiene una intencionalidad y comporta un contenido.

3.2.1. En la comunicación verbal del enfermo al médico hay que considerar tres elementos principales:

a) Las expresiones sonoras paraverbales, suspiros, respiraciones profundas, exclamaciones más o menos reprimidas, interrupciones en la frase,... Estas manifestaciones dependen en parte del medio social donde ha crecido y vive el enfermo, de su cultura, como también de su personalidad, su particular situación, su estado emotivo, ya sea por la enfermedad o por otras circunstancias. En lo paraverbal se realizan importantes transferencias, y un explorador agudo es capaz de convertir estos

'sonidos' en 'señales' con significado.

b) Otro elemento es la expresión verbal o la palabra.

El hombre es el ser que tiene sentido para la palabra y que en la palabra descubre el sentido del ser,

dice el filósofo **Josep M. Coll** ya que la palabra llama, notifica y representa. Cuando el enfermo dice, 'doctor, sufro mareos', con esto llama al médico, le notifica un particular estado psicosomático de su persona y nombra la índole de su estado: 'mareos'. La palabra interpela, seduce o repulsa al oyente, pero es el medio de la intercomunicación que pone fin a una lucha de miradas objetivantes, porque por ella se hace un solo mundo entre dos personas, un mundo nuevo en una determinada comunión.

Las cosas no interpelan porque no tienen voz. Es a través de la palabra que comunicamos nuestra interioridad, y por ella nos damos. Permite clarificar, ordenar, purificar; al enfermo le produce sosiego el poder decir su trastorno a alguien que puede ayudarle. Pero la palabra es tal palabra en cuanto es recibida, no lo es tanto en la boca del quien la pronuncia como en el oído del que la escucha. La palabra llama, notifica y representa una realidad personal que puede ser comprendida y así entrar en comunión con otra.

c) Finalmente, el último elemento que destaco en el habla formal del enfermo es el silencio. El silencio tiene una gran importancia en la vida humana, no solo somos animales que hablamos, sino también seres que guardamos silencios significativos. Si alguien tiene una palabra significativa es porque ha sido capaz de callar. Sobre el silencio se alza sonora la palabra, en él germina y cobra sentido. Pero el silencio también puede ser significativo:

LH n.303

cuando pudiendo hablar se calla, este silencio dice algo. También puede ocurrir que alguien no tenga más remedio que recurrir al silencio para comunicar una realidad que ninguna palabra pueda expresar como puede hacerlo el silencio. El silencio sirve al hombre para entender y pensar, para culminar una comunión interpersonal que empezó con palabras y acciones, y es lo último que le queda al hombre ante el abismo de la muerte, inaccesible en último estado a la retórica. En la comunicación entre el médico y el enfermo hay silencios. El silencio del enfermo puede significar muchas cosas. Puede callar porque le resulta penoso hablar abiertamente de algún suceso, o para evitar que le escuche alguien que no sea el médico, o porque la enfermedad le ha evocado el riesgo de la muerte. También puede ser porque no sepa decir lo que le pasa, ya sea por incapacidad de expresarse verbalmente, por falta de recursos o porque no entiende lo que le pregunta el médico. Raro, pero posible, es que el enfermo no quiera hablar, y deje al médico en la situación de preguntarse que esconde ese silencio taciturno, ¿desconfianza, pudor mal entendido,...?

3.2.2. El médico tiene también unos elementos formales en su expresión verbal

- a) Las expresiones sonoras paraverbales deberían manifestar las emociones que voluntaria y técnicamente quiera manifestar, evitando al mínimo aquellas manifestaciones involuntarias. Estas expresiones han de servir para favorecer un ámbito de acogida, de protección al enfermo, de sosiego, por lo que deberían ser tenues, para no generar recelo y desconfianza.
- b) Es importante que la palabra del médico sea sentida por el enfermo como dirigida a él, que sus palabras no sean impersonales. Cuando interroga que utilice preguntas abiertas, que no exijan una respuesta inmediata. Pero al mismo tiempo ha de tener el arte de evitar que las respuestas y explicaciones del enfermo se vayan 'por los cerros de Úbeda'. El médico

ha de dirigirse a aquello que le interesa realmente. No hace falta que el médico nombre los hallazgos ante el enfermo, más bien ha de tener la prudencia de saber en qué ocasiones le conviene al paciente oír una designación precisa del síntoma que padece. Ha de ser consciente de que toda palabra dirigida al enfermo cumple una función suasoria.

- c) El silencio del médico tiene que ser significativo, que muestre su disposición acogedora y comprensiva, para desde ahí poder realizar su arte de curar. Pero también un silencio elocuente, que haga que el enfermo se sienta acompañado y pueda tomar consciencia de que se le trata con interés, por lo que ha de evitar, cualquier palabra que pueda parecer frívola y vacía.

3.2.3. El contenido de la expresión verbal. Se distingue el contenido en el enfermo y en el médico:

- a) El enfermo habla de su realidad, de la enfermedad, de lo que considera que tiene que ver con ella y de lo que en relación con ésta le pregunta el médico. Puede hablar de sí mismo, del mundo en el que vive, de su cuerpo y de su intimidad, en cuanto tiene relación con su dolencia.

El hombre puede ser, según Zubiri, 'agente' de sí mismo (como sucede con las operaciones fisiológicas y psicológicas), pero también 'actor' de sí, cuando ejecuta su papel en el escenario del 'mundo', o 'autor' de sí mismo, cuando muestra la originalidad de su propia vida. Esto se refleja en la enfermedad, la cual pertenece a la vida del hombre, de manera que ante ella y con ella, el hombre es 'agente', 'actor' y 'autor', y, a la vez, por su lado pasivo, dirá Laín, es 'paciente', 'espectador' e 'intérprete'. Vive el sentimiento de su enfermedad, la contempla desde su biografía, desde su condición, e intenta 'leer' el significado que tiene para él el estar enfermo. Esto es lo que el enfermo intentará transmitir al médico. Por un lado, tomará distancia de su dolencia

Apostar por una práctica humana del arte de curar significa considerar al hombre como una realidad integrada, como una unidad personal

para intentar objetivar los fenómenos en que se manifiestan (manchas en la piel, dolores abdominales,...); por otro lado, explicará su vivencia subjetiva como testigo del mundo exterior donde se produjo la dolencia, testigo de su propio cuerpo y de su intimidad en relación a su enfermedad.

- b)** Y el médico, ¿de qué habla cuando conversa con el enfermo? ¿A qué realidades se refieren sus palabras y silencios? Se refiere a la enfermedad del enfermo y de todo cuanto considere que se halla en relación con ella. Lo hace a través de preguntas sobre la vida del enfermo y de todo cuanto tenga que ver con su enfermedad. Hay preguntas generales, que se repiten de un enfermo a otro, que buscan una anticipación diagnóstica que espera confirmarse con las respuestas concretas del enfermo y de la exploración posterior.

Fuera de estas preguntas generales donde el médico se acerca al enfermo, sus palabras se adentran a la realidad singular del enfermo, siempre con la intención de inspirar confianza, ánimo y apoyo. El médico incita a que el enfermo explique su relato completo, sabiéndolo orientar, interrumpiendo en lo irrelevante y encauzando lo relevante. Las palabras del médico simbolizan la esperanza para el enfermo, pero a los ojos de éste, se convertiría en un mal médico si no promete curar lo curable e intentar curar lo incurable, por lo que deberá saber acompañar con su silencio cuando la actividad terapéutica llegue a su límite.

El coloquio entre el enfermo y el médico deberá ser, por parte de éste, un continuo tránsito de la objetivación hacia la coejecución interpretativa, y de ésta hacia aquella. (Laín)

El médico debe saber hablar al enfermo, para ello, Laín Entralgo habla de una actualización del logos kalos platónico, con el fin de

cumplir en nuestro tiempo las dos exigencias fundamentales del logos kalos de Platón: adecuación real a las necesidades del paciente y empleo de la palabra 'según arte', diciéndola bien y sabiendo en todo momento qué se dice con ella y por qué es precisamente eso lo que entonces se dice (Laín)

3/3

El contacto manual

Después del coloquio, el médico explora con sus manos al enfermo. Y lo hace por los tres procedimientos clásicos de la exploración manual: palpación, percusión y auscultación. Pero, ¿qué representa el contacto manual en la estructura de la relación médica?

Para percutir un tórax o palpar un riñón, el médico aplica sus manos sobre la superficie del enfermo. Pero además de darle noticias sobre el estado físico del cuerpo, la vivencia del tocar, el contacto sensorial con el 'mundo', ofrece al hombre una 'impresión de realidad'.

Esto sucede con todos los sentidos, aunque el modo de cómo se percibe una realidad varía si es vista, saboreada o tocada. El tacto, no obstante, es el sentido por excelencia por el que se nos patentiza la efectiva realidad del mundo exterior. El médico, pues, a través del contacto sensorial, no busca dominar ni modificar el cuerpo del otro, sino conocerlo. Y tocar el cuerpo viviente de un hombre no es tocar un objeto, es, ante todo, adquirir una experiencia táctil de una libertad ajena. Hay una intención de palparlo de forma objetiva con el fin de conocer las notas de su peculiar resistencia (si está duro o blando, áspero o suave, si tiene relieves otros fuera de la normalidad...). Y a la vez, si no se quiere traicionar la unidad personal del enfermo, hay otra intención la de palparlo como el cuerpo de una persona. La palpación que objetiva parece tocar una realidad; lo complejo es conocer a la vez lo expresivo e intencional de la persona que padece una dolencia y que se expresa a través de su

LH n.303

corporalidad. El contacto manual, en esta relación cuasi-diádica entre el médico y el enfermo, favorece un ámbito de acogida y protección, y en él se considera la realidad, dignidad y el bien de la persona enferma. Las palpaciones suelen ser molestas y dolorosas. Ayuda que el contacto manual sea pensado como lo son las caricias, que tranquilizan, relajan y generan confianza.

El enfermo se siente confiado en una relación médica ideal para ser explorado, acogiendo la incomodidad desde este ámbito de acogida que se ha generado entre el médico y el enfermo. El enfermo vive de modo pasivo la sensación y el sentimiento de 'ser tocado'. Puede que algún enfermo, por los motivos que sea, rechace el contacto. Lo habitual es que la tangencia sea recibida sin resistencias, y sea vivida como una autoafirmación, y también como un alivio y una compañía. Una exploración táctil con prisa no podrá ser una 'caricia-para-otro',

todo esto requiere tiempo,
habilidad manual, delicadeza
moral y delicadeza estética (Laín)

Un buen médico debe poseer el arte de tocar.

4/

Conclusiones.

La crisis contemporánea de la relación médico-enfermo se produce en un mundo impregnado de una mentalidad técnica. El desplazamiento del centro de gravedad del ejercicio médico hacia la técnica ha restado relevancia al encuentro personal entre médico y enfermo. Una pretensión de curar sin el contacto personal se asemeja a la aspiración de la medicina mágica, y refle-

ja una sociedad mediatizada por la técnica (los profesores se comunican a través de ella con sus alumnos, los amigos se 'encuentran' hoy en lo virtual de la cibernética,...). La técnica sin la **amistad médica** deja la relación médico-enfermo en un desequilibrio; el enfermo se reduce a un objeto, a una máquina con una avería, en la que un técnico de la medicina (no un científico que aspira a conocer el significado último) dispensa su saber. Sin **amistad médica** el arte de curar deja de ser una práctica humana. La técnica médica podrá recetar objetivamente a todos los hombres pero jamás llegará a todo el hombre, que dice Laín Entralgo.

Como en cada época, la nuestra, regida por esta mentalidad técnica, tiene sus propias enfermedades. La neurosis aparece como la enfermedad prototípica de nuestro tiempo. En cada enfermedad hay una neurosis que se manifiesta, reflejo de la soledad, el aburrimiento y la asfixia existencial en que se halla el sujeto moderno, sometido a un intenso stress de carácter social. Freud revolucionó la relación médico-enfermo con la intuición de que no hay enfermedad objetiva sino su enfermedad. Maraón nos dijo también que no había enfermedades, sino enfermos.

Tiene que haber una acogida subjetiva y única de una realidad objetiva. Ahí reside el núcleo del encuentro personal entre el médico y el enfermo. Pero, ¿cómo se traducirá esta relación en una sociedad burocrática y técnica?

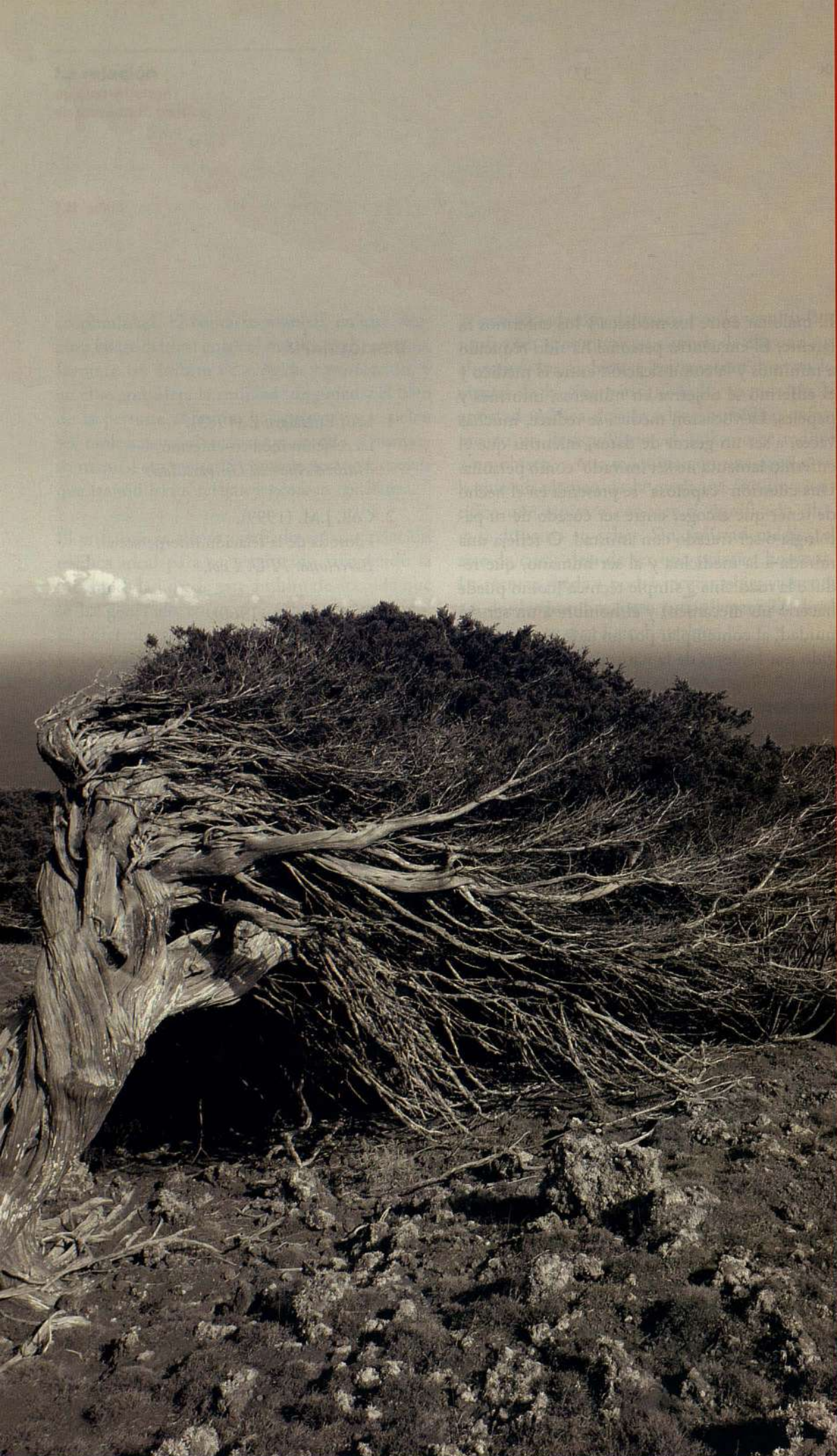
La revolución burguesa marcó la aparición del sujeto en la sociedad. Las consecuencias en la relación médico-enfermo es que ésta ya no descansa en la **amistad médica** que habían intuido los griegos, ni en el sentido de hospitalidad cristiano (como una expresión nueva de esta amistad), sino en un contrato. El enfermo tiene derecho a una asistencia sanitaria personalizada, y el médico se convierte en el representante de la sociedad que tiene el deber de asistir. El fundamento de la relación médico-enfermo que mueve el arte de curar, y el binomio necesidad-amor, se especifica en un contrato mediatizado por la técnica y la burocracia.

El malestar entre los médicos y los enfermos es latente. El encuentro personal ha sido reducido a mínimos y la comunicación entre el médico y el enfermo se objetiva en números, informes y papeles. La vocación médica se reduce, muchas veces, a ser un gestor de datos, mientras que el enfermo lamenta no ser 'mirado' como persona. Una cuestión "capciosa" se presenta en el hecho de tener que escoger entre ser curado de tu patología o ser tratado con amistad. O refleja una mirada a la medicina y al ser humano, que reduce la medicina a simple técnica (como puede hacerlo un mecánico) y el hombre a un ser sin unidad, al contemplar por un lado el cuerpo regido por las leyes de la naturaleza, y por otro su vida psicológica y afectiva, o bien estamos ante el gran reto de la consideración personalista y holística del ser humano en todas sus dimensiones.

Apostar por una práctica humana del arte de curar significa considerar al hombre como una realidad integrada, como una unidad personal. Y esto se reflejará en cada uno de los momentos de la relación médico-enfermo. La comunicación tendrá un relieve no sólo técnico, sino también personal, teniendo en cuenta que la relación médica no puede ser puramente horizontal, sino que es cuasi-diádica. A través de la mirada, de la expresión verbal con todo su repertorio de expresiones sonoras, palabras y silencios, y del contacto manual, médico y enfermo se comunican desde su realidad, uno como persona enferma, el otro como persona capaz de ofrecer una ayuda técnica, pero los dos como personas. Esto supone una expresión del binomio necesidad-amor, fundamento de una relación mutua, y no solo unidireccional, de un diálogo fecundo entre médico y enfermo para buscar aquello que está fuera de ellos y hacia lo cual caminan, la salud. En esto consiste la **amistad médica**, la relación entre dos personas, una necesitada y la otra dispuesta a ofrecer su ayuda teniendo ambos la capacidad técnica y humana para hacerlo.

BIBLIOGRAFIA

1. Laín Entralgo, P. (1983).
La relación médico-enfermo
Madrid Alianza Universidad
2. Coll, J.M. (1999).
Filosofía de la relación interpersonal.
Barcelona: PPU. I vol.
3. De Lubac, H. (1966).
Paradojas y nuevas paradojas.
Barcelona: ed.62.
4. Descartes, R. (1985).
Discurso del método.
Madrid: Espasa-Calpe.
5. Gracia, D. (2004).
Como arqueros al blanco.
San Sebastián: Triacastela
6. Nuñez-Cubero, M^a Pilar,
apuntes de clase,
2011
7. Ocampo-Martínez, J.
La bioética y la relación
médico-paciente [en línea]
Mediagraphic literatura biomédica.
Cirugía y cirujanos.
Vol. 70, nº1 (2002).
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=10&IDARTICULO=3185&IDPUBLICACION=453> [consulta: 16 mayo 2011].
8. Platón (1987).
Parménides.
Madrid: Alianza editorial.



04/**Padre Pierluigi Marchesi, OH** (1929 - 2002)* **Padre y maestro de política sanitaria**

Mons. José L. Redrado, O.H.

Secretario del Pontificio Consejo
para los Agentes Sanitarios (1986-
2011)

Prof. P. Pietro Quattrocchi

Colaborador de los Hermanos de San
Juan de Dios

Hace 10 años moría en Milán el P. Pierluigi Marchesi, un profeta de la hospitalidad, era el 2 de marzo del año 2002. Su muerte despertó en mí y en muchos otros religiosos y laicos sentimientos y recuerdos de experiencias vividas al filo de la hospitalidad, concretizada particularmente en la humanización, en la proyección pastoral y en la alianza con los colaboradores.

Se nos marchó el P. Marchesi con una agenda repleta de proyectos. En muchas ocasiones, sobre todo durante su "generalato", se asomó a las páginas de nuestra revista con mensajes llenos de fuerza y de entusiasmo. Hoy nuestra revista hace memoria de su gran personalidad con motivo del décimo aniversario de su muerte, para recordarlo con afecto fraterno.

El texto que ofrecemos a continuación pertenece a uno de los congresos organizados en Roma por el Cardenal Angellini al que le unía una gran amistad; era el Congreso "Volto dei Volti", en octubre 2010. Preparado para aquel entonces con la aportación también del Profesor Pietro Quattrocchi, un estrecho colaborador y amigo del P. Marchesi, hoy lo hacemos público en nuestra revista porque conserva toda su "frescura" y, sobre todo, porque fue escrito con gran afecto y con gran amor hacia la persona del P. Marchesi. Se trata de un fraterno agradecimiento de parte de los autores y de muchas, muchísimas personas. Un agradecimiento a su coraje y profecía que siempre imprimió en la Orden Hospitalaria y que, seguro, habrá sido la "carta de identidad" a la hora del abrazo con el Señor.

Gracias, P. Marchesi; te fuiste, pero permaneces vivo entre nosotros.

*. Intervención en el Congreso "Il Volto delle Creature ad immagine e somiglianza di Cristo. Roma, 9 y 10 de octubre de 2010.

NOTAS BIOGRÁFICAS DEL HNO. PIERLUIGI MARCHESI

El Hno. Pierluigi Marchesi nace en Cardano al Campo (VA) el 22 de marzo de 1929. Siendo aún joven, en 1940 entra en el Postulantado de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios - Fatebenefratelli - en Brescia.

En 1946 hace su profesión de los Votos Simples de pobreza, castidad, obediencia y hospitalidad y de los Votos Solemnes el 30 de marzo de 1953. Desempeña el cargo de Secretario Provincial, de Superior, de Consejero Provincial y de Provincial de la Provincia Lombardo Veneta, servicio que desempeña desde 1968 hasta 1976.

En el Capítulo General de 1976 es elegido Superior General, permaneciendo en la guía de la Orden durante dos mandatos, hasta 1988. La muerte le llega cuando es Consejero Provincial y Responsable del Centro de Estudio y Formación de su Provincia Religiosa. También a nivel eclesial el Hno. Pierluigi brinda su sabio aporte: desde 1986 es Miembro del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios; desempeña también el cargo de Presidente de la Asociación de los Hospitales Católicos, y en esta función es delegado de la Santa Sede como su representante en importantes congresos y encuentros internacionales.

Durante su servicio de General da un considerable impulso a la renovación post conciliar a través de importantes documentos y puntuales discursos que han marcado profundamente la vida de la Orden y del mundo de la salud. Muere en Milán el 2 de marzo de 2002 en el hospital San Giuseppe de los Hermanos de San Juan de Dios.

1/

Humanización y política sanitaria.

Las personas que a su paso marcan la historia tienen la capacidad de descubrir nuevos conceptos, formular nuevas ideas, pero particularmente logran crear conexiones que hacen que el pensamiento sea original y la acción sea creativa. En nuestro caso se ha tratado de unir los tres conceptos de humanización, sanidad y política en una confrontación teórico-práctica e indicar los objetivos que se pueden alcanzar mediante la armonización equilibrada de sus respectivas instancias. En este terreno se ejerce, se expresa y se mide incluso el sacrificio de sí mismo, el espíritu profético y la vida misma del Hno. Marchesi.

1/1

Dar un rostro humano a la sanidad.

Su pasión se manifiesta de manera original en 1981 en un texto programático bajo forma de carta a todos los Padres Provinciales de la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, con un título intrigante:

La humanización, respuesta del religioso de San Juan de Dios en un cambio histórico.

Dicho texto es considerado hoy como un clásico de la literatura sanitaria, por su espontaneidad y lo concreto revolucionario de sus propuestas, actuales también fuera de las estructuras administradas por los religiosos. Un diseño preciso que tiende a involucrar a todos los que trabajan en el ámbito sanitario para no pasar más allá del

El fin y el centro de cada institución sanitaria debe ser la persona enferma a quien se dedica el servicio de otras personas

hombre, para impedir que un enfermo pierda su humanidad, para ponerse en relación de reciprocidad solidaria en cuanto personas humanas, curantes y curadas, responsables de un destino común. El proyecto de cada hombre que, según el cristianismo es crecer, llegar a ser una persona adulta y ayudar a otras personas para que crezcan; proyecto divino que precisamente ponen en riesgo la enfermedad, los sufrimientos y la corrupción intrínseca en el ser humano.

Por esa razón, a la cultura deshumanizadora que funda el bienestar sólo en categorías económicas y sociales, se debe oponer una cultura entendida como proceso activo de humanización para proteger la vida humana, desarrollar las facultades intelectuales del hombre, y reducir la agresividad y la violencia que amenazan la existencia misma en la tierra. Si no vivimos en función del hombre no lograremos ayudar al que sufre y quizás no realizaremos ningún proyecto de humanismo cristiano. Este es el pensamiento de Marchesi.

Promover la humanización sanitaria comporta una sabia atención a las culturas, pero sobre todo representa una orientación decidida hacia el cuidado de los débiles, la liberación de los pobres, la tutela y el cultivo del deseo de vivir que caracteriza al hombre. Todo esto está representado en el rostro humano de los cuidados. De hecho, si el hombre permanece un desconocido, inmediatamente es marginado. Como a menudo recordará Marchesi, si el enfermo no está en el centro de los servicios dedicados a la salud entonces otros sujetos corren el riesgo de tomar su lugar, pero ¡todos son usurpadores!

El fin y el centro de cada institución sanitaria debe ser la persona enferma a quien se dedica el servicio de otras personas, sus semejantes, entregadas y orientadas para el bien de ella. La deshumanización de la salud es fruto de una separación, no siempre casual pero históricamente relevante entre sanos y enfermos: una barrera moral existencial que lleva a refugiarse en la fría neutralidad de profesiones concebidas burocráticamente.

A las amenazas de la enfermedad que desestabilizan la persona, la debilitan espiritualmente incluso en su familia y en su mundo, se debe contraponer la comprensión del hombre con una acogida capaz de restituir dignidad a quien sufre y esperanza de soluciones para los males de la sociedad. Haciendo caer las barreras se descubre que estar con el enfermo es más importante que hacer cualquier cosa a su favor.

1/2

Humanización de la sanidad: acto de justicia y de caridad.

Siguiendo el modelo de Jesús, los grandes santos comprometidos en obras sociales, fundándose en los principios y valores cristianos, no esperaron que el derecho estableciese el reconocimiento y el respeto del hombre, sino lo anticiparon con la caridad, según la misma enseñanza de la **Encíclica Deus caritas est (n. 26-29)**, de **Benedicto XVI**.

La caridad antecede siempre a la justicia y la orienta. Ella escapa a la reglamentación, requiere una actitud interior, no sólo un comportamiento exterior, es gratuita y estimula el amor por los desheredados. El amor cristiano no obra distinciones y exclusiones, antes bien, es desinteresado, por lo que precede y apoya la justicia. El movimiento cultural de la humanización en su complejidad nos ha llevado a ver que, no obstante los enormes progresos en el ámbito sanitario, la atención de los agentes e instituciones se ha concentrado en la técnica y la administración, alejándose del verdadero centro que es el hombre.

De manera que la antigua pietas está en crisis y, aunque es paradójico, parece que hoy mientras se curan mejor las enfermedades, se cura menos al hombre. No sólo, sino que la sociedad suscita nuevas enfermedades, nuevas dependencias de la droga, de las tecnologías, de los fármacos, a las que la asistencia sanitaria no se adecuaba fácilmente.

LH n.303

La humanización, en cambio, debe inspirar el amor por el otro en toda situación de necesidad, para brindar a todos ese afecto que permita que los enfermos satisfagan su propias exigencias morales, espirituales, sobrenaturales, además de aquellas psicológicas y sociales. La tarea de la sanidad es, pues garantizar la justicia al enfermo con un tratamiento rico de competencias, eficiente y eficaz. Pero también es tarea de la sanidad, fuera de las leyes sanitarias humanas, respetar el sagrado derecho de la persona que sufre a su dignidad, a la comprensión de todas sus necesidades y a la solidaridad.

A la pregunta si la humanización es un acto de justicia o de caridad, respondemos que es uno y otro. Un acto de justicia, porque responde a un derecho fundamental, y un acto de caridad porque responde a la necesidad de atención que ninguna ley humana puede regular. El amor, la caridad, debe subvenir aún más allá donde el derecho humano todavía no ha llegado a proteger al hombre en su globalidad y está llamada a indicar los recorridos de justicia por emprender. **“La caridad no se alegra de la injusticia” (1 Co 13,6)**, decía San Pablo a los cristianos del primer siglo estableciendo una ecuación directa entre justicia y caridad. La revolución cristiana es metanoia, revolución del corazón que conduce a la elección preferencial de los pobres y de los necesitados, especialmente de los que sufren y de los enfermos.

La revolución sanitaria que soñaba Pierluigi Marchesi consistía en dar a las personas que sufren el sentido de su dignidad y de la sacralidad de su vida que nada y ninguno puede pisotear o anular. Por tanto la humanización se vuelve el estímulo a fin de que agentes de todas las profesiones superen los temores vinculados con los roles, con la burocracia y con el egoísmo para crear nuevos vínculos de solidaridad y de amistad. No puede haber una verdadera salud, cuidado o curación sin relaciones interpersonales auténticas basadas en la empatía y en el amor.

En este sentido, toda la formación de los agentes sanitarios se debe orientar, como amaba re-

petir el Hno. Pierluigi, por la pasión hacia el hombre. El camino de la humanización necesita precisamente personas formadas y educadas que reconozcan las estructuras de sacralidad del hombre, interpretando sus aspiraciones y garantizando su crecimiento y su realización.

1/3

Ética y política sanitaria.

Aunque en varios escritos e intervenciones se pueden encontrar las pautas de política sanitaria en todo el recorrido espiritual de Marchesi, él afronta el tema específico en la última parte de su actividad dedicada a los encuentros y a los debates en los que participaba, aceptando a menudo medirse con personajes ligados precisamente a la política y a la gestión de la sanidad. Su reflexión acerca de la humanización lo había llevado a reflexionar sobre el tema muy actual de la relación entre ética y política sanitaria. En un momento de cambio de época, marcado también por acontecimientos escandalosos en lo que concierne la administración de la sanidad en Italia, él habla de ética y humanización con la esperanza escondida de hacer entrar en las reformas sanitarias los valores ideales de la moral cristiana y los de su misma Orden religiosa. Su convicción es que la política no constituye ni el origen ni la fuente de los valores, así como el Estado no representa la suprema autoridad moral. En particular, la política sanitaria tiene sin embargo la tarea de contribuir en el proyecto de una sociedad en la cual los valores se traduzcan en comportamientos públicos personales e institucionales, transparentes, verificables y controlables. Si la política quiere alcanzar dichos objetivos, debe reencontrar los contactos con la ética. Hay que pasar de la concepción de un estado paternalista que provee a todo y pretende incluso entrar en las conciencias individuales para determinar las elecciones más íntimas, a una idea de Estado-proyecto orientado al ejercicio auténtico y continuado de los derechos, capaz de instituir espacios idóneos para el crecimiento integral de todos los ciudadanos.

El fin y el centro de cada institución sanitaria debe ser la persona enferma a quien se dedica el servicio de otras personas

Bajo otras formas, retorna el ideal de la humanización llevada adelante por Marchesi: la ética debe garantizar el respeto de la centralidad de la persona humana en toda actividad pública y en la misma política. Esto significa respetar el deseo de cada hombre de vivir en buena salud, aliviar el dolor de las enfermedades y mejorar la calidad de la vida. Por tanto, como un retorno a esa ética cristiana de la que tienen origen los movimientos más conscientes del catolicismo social moderno, para el cual el fin primario de la política es la promoción humana como “bien común”. Por consiguiente, la política se debe encargar de la salud del ciudadano, de su educación, de la sanidad ambiental con el fin de construir un futuro viable y determinar condiciones de desarrollo de las facultades espirituales del hombre. En otras palabras, la idea del bienestar psicofísico que la OMS también ha hecho propia es una idea que regula y se refiere a todos en cuanto exigencia moral.

La política sanitaria no escapa a esta lógica si quiere tener el derecho de intervenir en la realidad sanitaria que hoy corre el riesgo muy pronunciado de ser presa de un capitalismo mercantilista que rechaza las reglas de la ética. La economía sanitaria, inspirada por una sana política del bien común, debe emplear los modelos de la administración empresarial sana, pero no puede considerar la sanidad como un simple “asunto” que hay que regular sólo entre los inversores privados. Dicha política sanitaria orientada por los valores es un ideal de la salud católica pero constituye visiblemente la base de un proyecto educativo para especialistas y para la sociedad.

La formación en los valores y formaciones en la humanización, según el pensamiento de Pierluigi Marchesi se fundan en un programa de educación profesional y ética de todos los agentes sanitarios que él habría querido verlos comprometidos en una formación permanente para la responsabilización de administradores, políticos, propietarios y profesionales que a menudo los acontecimientos históricos han arrastrado haciendo perder el sentido de su misión.

2/

Acoger al hombre: el reto de los Hermanos de San Juan de Dios.

2/1

Hospitalidad hacia el 2000: en escucha del hombre.

El sano realismo cristiano que anima la reflexión de los Hermanos de San Juan de Dios ante el nuevo milenio, inspira un documento programático de gran alcance. En 1986 es dirigido a la Orden de San Juan de Dios el documento “Hospitalidad de los Hermanos de San Juan de Dios hacia el año 2000”, en sintonía con el precedente sobre la Humanización que había animado el debate sobre la salud en los cuatro años anteriores.

Desde el punto de vista de la hospitalidad religiosa, la meditación sobre el nuevo milenio lleva a la constatación de los cambios radicales que han ocurrido en todos los sistemas de la asistencia sanitaria.

En la necesidad de las infaltables variaciones de las formas asistenciales y pastorales, se reafirma la tarea de la asistencia integral inspirada en el carisma de la Hospitalidad. En dicha línea los religiosos están llamados a tener que reconocer la candente verdad de no contar más con la exclusiva responsabilidad del enfermo, ni el derecho de imponerle la propia concepción religiosa de la vida y de la salud.

De todos modos, perdidas las funciones profesionales más típicas del pasado, el religioso debe reconfirmar, a través de un servicio adecuado a

LH n.303

los tiempos modernos, el gozo perenne de estar con los enfermos y los necesitados con el propio estilo de vida dando testimonio de la sacralidad del hombre y el amor real que Dios nutre por el hombre mismo.

Cuando asistimos al hombre estamos llamados, repite incansablemente Marchesi, a escuchar la voz del hombre que pide ser acogido en su humanidad global y saciado en su deseo de cuidados; porque nunca como hoy el hombre está empobrecido en las finanzas y, más aún en las relaciones humanas sinceras y desinteresadas. Como ocurre a menudo en los documentos firmados por Marchesi, el tema de la atención al hombre o, mejor, de la pasión por el hombre según la experiencia de San Juan de Dios, recuerda el acto de fe recíproca y complementaria en el amor de Dios. Antes bien, con mucho valor afirma que la manifestación visible y dinámica de la fe, consiste en la dedicación a todo hombre considerado como un hermano, un prójimo, otro sí mismo.

Por tanto, aun si la hospitalidad del futuro tendrá que cambiar necesariamente en sus modelos operativos, nunca debería disminuir la capacidad de dar testimonio del mandamiento nuevo que Jesús nos confió como característica de identidad de nuestra pertenencia cristiana, ese amor recíproco que debería ser verdadero criterio de programación, administración y valoración de los servicios sanitarios en una perspectiva coherentemente católica.

2/2

Reconciliarse con el mundo de los enfermos.

En calidad de Prior General de los Hermanos de San Juan de Dios, el Hno. Marchesi es invitado en 1983 como oyente en el Sínodo de los Obispos dedicado a la reconciliación en la Iglesia. Al ser nombrado por el **Papa Juan Pablo II**, él se prepara para proporcionar un aporte a favor de los enfermos.

Todavía escucho su voz por teléfono en Barcelona: era ya noche y pedía ayuda o, mejor, quería compartir y hacer coral entre los Hermanos de San Juan de Dios su intervención. Y pronto vino a la mente lo que se debía hacer: un documento breve, realista e incisivo sobre la **"reconciliación en el mundo de la salud"**. Sentí el honor de ser protagonista de ese documento que Marchesi entregó impreso a cada uno de los Padres sinodales.

Luego hizo su intervención. Dejo a vuestra imaginación el tono, el vigor, la emoción de la breve intervención del Hno. Pierluigi Marchesi... Hizo un discurso breve y directo sobre el enfermo, la enfermedad, la pastoral que él quería que fuese organizada, programada y viva. La profunda intuición que constituye el fundamento de su discurso retoma como un estribillo irrefrenable el tema de la unidad de la persona humana, centro de nuestros cuidados.

Como a menudo la medicina ha sido acusada de subdividir al enfermo y reducirlo a sus patologías, se pregunta si también la Iglesia no haya participado quizás en esa repartición ocupándose exclusivamente del alma de enfermo y de un sentimiento religioso superficial sin tener en cuenta la complejidad.

En este marco, a veces dramático por sus consecuencias deletéreas, la Iglesia está llamada valientemente, a través de la voz de un simple hermano hospitalario, a reconciliarse con el hombre que sufre por la poca o demasiada medicina.

Y, permítanme citarlo, pues a los **Padres Sinodales** dijo:

"Es siempre edificante llevar a los enfermos a los Santuarios, al menos a los que pueden, aunque no siempre son los que tienen mayor necesidad: hoy es sobre todo necesario que la Iglesia emprenda una peregrinación

al hospital donde, en muchos países, van más personas que a nuestras parroquias y donde es viva la presencia de Cristo que quiere la reconciliación”.

Y concluía su intervención diciendo:

“...No olvidemos que al pueblo de los enfermos y de los moribundos todos perteneceremos un día: será el modo inevitable de encontrar al Cristo que nos reconcilia y nos invita a la Pascua”.

Todavía escucho el eco de los aplausos que resonaban en el Aula Sinodal; el Santo Padre mismo bajó para abrazarlo en medio de la recíproca emoción, como él mismo acostumbraba recordar.

2/3

La promoción de la pastoral sanitaria.

El tema de la Pastoral Sanitaria en la Orden no ha sido un capítulo aislado, sino que ha sido insertada en el gran movimiento de renovación, intitulado **“Renovación en la Hospitalidad”** que inició precisamente un año después de que el P. Pierluigi Marchesi fuera elegido General. Pronto iniciamos las reuniones internacionales para la **“renovación en la Hospitalidad” (Roma 26 de octubre – 2 de noviembre 1977)**; se nombraron dos Comisiones de estudio: la Comisión H sobre la Hospitalidad, y la Comisión R para organizar los cursos de renovación.

Los cursos de renovación duraron desde noviembre de 1978, mes en que se celebró el Encuentro Internacional para **“Animadores”** de los Cursos, hasta noviembre de 1979, cuando inició el Capítulo General Extraordinario. Fueron momentos de gran entusiasmo y de buenos resultados, aunque no tan numerosos como

algunos esperábamos en esa fase. Fue un momento fuerte para toda la Orden; yo mismo lo experimenté cuando hice el curso y luego al impartirlo en las provincias españolas, italianas y portuguesas. Una experiencia inolvidable. Fue un momento del Espíritu que soplaba en toda la Orden.

En este ambiente hay que colocar a **LA COMISIÓN INTERNACIONAL DE PASTORAL SANITARIA**. Era otro instrumento más en manos de la Curia General para el servicio de renovación. Y nos pusimos a trabajar, lo digo con orgullo sano. El motor fue el P. Marchesi; yo en calidad de presidente de la Comisión y los primeros miembros de ella comenzamos nuestro deber con responsabilidad. El primer encuentro fue presidido por el P. Marchesi en Roma; aquí se organizó la Comisión y su papel: objetivos, estructura, metodología. Los puntos fuertes de la Comisión fueron la reflexión, la animación y sus tareas.

Esta primera etapa de la Comisión (1978-1983) fue un momento de conocimiento de la realidad de la Orden y de gran estímulo para las provincias. El trabajo comienza con un gran encuentro realizado en Barcelona (28 de abril-2 de mayo 1979): se trata de una fecha histórica; se abren nuevos caminos para la Pastoral de la Salud, la Pastoral Sanitaria se convierte en un tema para la historia. Era el primer Encuentro Internacional con la presencia del P. Marchesi como General. **(Cfr. Documentación en la Revista “Información y Noticias”, n.º. 62/1979).**

Después de este primer Encuentro se multiplican los cursos de animación pastoral por lenguas: para la lengua inglesa en Dublín; en Salisburgo para la lengua alemana; París para aquella francesa; Los Molinos (España), Monguzzo (Italia) y también para Latinoamérica (México, Ecuador, Colombia y Perú), desde el mes de julio hasta setiembre de 1981.

Concluida esta primera fase, se comienza el segundo período en la Comisión de Pastoral (1984-1988), se trata de una fase animadora

LH n.303

porque se toma conciencia del papel de la Comisión como **“agente de cambio”**. Hecho ya el trabajo básico, ahora nos proponemos trabajar por objetivos, definir bien los campos importantes de nuestro trabajo, como sensibilización y formación de los Agentes, integración y práctica pastoral.

Entre otros, los frutos de este empeño son:

- el nombramiento en cada Provincia de un Hermano para la animación pastoral
- el curso de pastoral en Roma para los coordinadores provinciales, noviembre de 1984
- la animación por grupos lingüísticos...

En el Capítulo General de 1988 se presentó una evaluación del camino recorrido y al confrontar lo positivo y lo negativo nos dimos cuenta que el resultado era muy positivo; se trataba de un paso de gigante hecho en la pastoral sanitaria en toda la Orden y también el fuerte influjo en las iglesias locales.

Entonces, también las conclusiones y las prioridades apuntaban a estas ideas:

- Reforzar la coordinación en la pastoral
- Crear un estilo propio en la Orden
- Preparar al Agente de pastoral
- Integrar y estimular a los laicos
- Animar la Pastoral Sanitaria en las iglesias locales

Se trataba de un reto; era la semilla que la Pastoral había puesto a disposición de la renovación. Otro fruto de este trabajo pastoral fueron las siguientes publicaciones de parte de la Comisión:

- ¿Qué es la pastoral sanitaria?
- Pastoral de los Enfermos en el hospital y en la parroquia
- Dimensión apostólica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Eran momentos ricos, fuertes; no faltaron las dificultades, pero fuimos acogidos y animados para desempeñar nuestro trabajo; en nuestros

superiores, particularmente en el P. Marchesi, veíamos un líder, una persona con entusiasmo; él creía en nosotros, nos daba confianza y nosotros creíamos en él; y este entusiasmo hacía crecer nuestro empeño al servicio de una causa común: **“la renovación en la Hospitalidad”**, en la que la pastoral sanitaria fue un capítulo importante. Fueron años en los que sentíamos un gran soplo del Espíritu.

3/

Un religioso de rostro humano.

La perspectiva de la que partimos para delinear el perfil, si es posible decir, más profundamente humano del Hno. Pierluigi, nos lo sugiere una de las meditaciones del **Cardenal Fiorenzo Angelini** después de la muerte de aquel a quien él había llamado **“amigo y colaborador”**.

Atribuyendo a su colaborador el tino de la verdadera humildad intelectual y moral, Su Eminencia identifica en esa virtud la fuente ya sea de una inacabable creatividad como de una valiente tenacidad en la escuela de Cristo pobre y doliente.

“Religioso, no clérigo – afirma el Cardenal – el Hno. Pierluigi fue al mismo tiempo apóstol y profeta: apóstol porque se sentía por vocación enviado a anunciar el Reino de Dios y a curar a los enfermos (Lc 9,12); profeta porque intuyó que una evangelización verdadera y eficaz comporta un ecumenismo de las obras que, en el mundo de la sanidad y de la salud, encuentra su actuación más clara y cautivadora”.

No era raro escuchar en sus palabras su lamento por la escasa atención que se daba en la Iglesia y en la política a la voz de su Orden

De este modo, se identifica la originalidad de una vocación no sólo estrictamente religiosa, que deseamos analizar rápidamente entrando en la existencia de un valiente innovador de la sanidad.

3/1

La vocación específica.

Una de las primeras impresiones que recibían sus interlocutores consistía en la constatación de su clara y directa identificación con su familia religiosa hospitalaria. Era consciente e íntimamente orgulloso de dicha pertenencia-identidad inmediata, tal como lo documentan sus Escritos y su obra en los 60 años de servicio incansable.

No era raro escuchar en sus palabras su lamento por la escasa atención que se daba en la Iglesia y en la política a la voz de su Orden y en general a los estímulos de todas las Órdenes hospitalarias que advertían las necesidades reales de los enfermos y de la sanidad. En cierto sentido es casi imposible establecer una separación entre los aspectos/valores característicos del hombre, y aquellos típicos del religioso. En él coincidían las dos realidades y, de modo sorprendente, la riqueza de sus dotes naturales se desarrollaba y encarnaba en la práctica de su vida como hermano hospitalario.

Como sabemos, nace en 1929 en la laboriosa Lombardía y, como amaba recordar, tuvo en su alrededor modelos muy humanos de obreros y agricultores perennemente comprometidos en ganar como vivir con el sudor de la frente, para sí y para su familia. Su padre y su madre, obreros en fábrica fueron para él una referencia moral, como se nota también en ciertas reflexiones relacionadas con el respeto de las reglas, la honestidad y el vínculo con la empresa en donde se trabaja; son elementos que confluirán en la determinación de su modo de concebir y presentar el sentido de pertenencia a la familia religiosa y a sus obras. Incluso manifestaba su fidelidad en la elección goliarda del equipo de

fútbol del corazón, como auténtico deportista y apasionado jugador de fútbol.

La orientación inicial de su vocación personal fue provocada por los encuentros con Hermanos más ancianos conocidos en su infancia. De hecho, en 1940 entra en la Escuela apostólica de los Hermanos de San Juan de Dios de la Provincia religiosa Lombardo-Veneta, al final de la escuela primaria, donde la formación del adolescente se injerta en esos principios-valores que contribuirán en la formación del carácter del hombre-hermano: sentido de pertenencia, entusiasmo en el servicio a los enfermos, entrega en el ejercicio del papel asignado, adhesión a las indicaciones de los superiores; algo muy diferente, como saben los religiosos, de la simple obediencia.

La originalidad de esta adhesión caracteriza los primeros años de su vida religiosa, pero también los últimos. Incluso cuando aún jovencito, junto con sus compañeros de sección era llamado a vivir y trabajar a lado de los enfermos en las largas noches en las que se desarrollaba la preciosa práctica dentro de la familia hospitalaria de S. Juan de Dios. Fue precisamente en esa época, al acoger, ver y “tocar” los cuerpos martirizados de las personas víctimas de la Guerra mundial, que quizás podemos identificar el germen del ideal de la humanización que formulará claramente a fines de los años setenta.

La respuesta a la vocación específica de hospitalario a menudo orienta al joven religioso en formación hacia el cuidado de los necesitados especiales como los enfermos de mente, numerosos en las instituciones sanitarias de los Hermanos de San Juan de Dios. Estos eran los más desheredados entre los enfermos que tenían y tienen mayormente necesidad de humanización en la acogida y en la asistencia.

En esos años surge su resaltante capacidad de comunicador tanto a través de la palabra que con la escritura, porque no le gustaban los rencorosos silencios entre religiosos o colaboradores. Entonces para él se vuelve necesario hablar

LH n.303

- a tiempo y a destiempo -, según la expresión paulina, para comunicar y expresar sus ideas, sus sueños y sus visiones a veces de manera áspera, nunca mala, pero que no lograba hacer comprender y aceptar a todos. Una vez más, en este estilo y ganas de comunicar y de confrontarse, se podía ver el modo como el hombre se hiciese instrumento del religioso hospitalario y toda su carga vital se orientase al bien de los enfermos y al crecimiento coherente de su familia religiosa.

En todo esto reconocemos los rasgos específicos de la vocación especial de un religioso apóstol y profeta de una sanidad diferente, purificada a través del carisma de hospitalidad y modelada en el proyecto de humanización. En él se manifestaba, como germen, la vitalidad de un carisma que no era sólo una dote personal, sino la llamada que nos obligaba a descubrir dones de otra naturaleza que habrían hecho una persona atormentada que arrastra a multitudes, polémico e indispensable para nuestro tiempo.

3/2

El servicio de gobierno de su familia religiosa.

De la nota biográfica se ve la cantidad de cargos desarrollados por el P. Marchesi en la Orden, particularmente su Generalato que va de 1976 a 1988, doce años de responsabilidad como Prior General, donde se ve más su personalidad, su pensamiento y su "pasión" por la Hospitalidad. Es verdad que había llegado al nivel más alto y prestigioso, pero este nivel más alto debía realizarse en un servicio mejor: así enseña Jesús en el Evangelio y el P. Marchesi fue realmente un servidor, un ejemplo de servicio.

El P. Marchesi manifestó en todos los cargos que le confió la obediencia, un servicio apasionado al hombre, al hombre enfermo; a él dedicó tiempo, inteligencia, palabras y hechos. Como General, dedicó todas sus energías al servicio del carisma y misión en la Hospitalidad, todas sus energías dirigidas especialmente

a la renovación de la Orden, a la Pastoral, a la Formación, a la Humanización, a la Alianza con los laicos, a la mirada hacia el 2000 y también una gran apertura a la Iglesia universal; lo indican especialmente el nombramiento del Santo Padre como Oidor del Sínodo sobre la Reconciliación, año 1983, y el protagonismo asumido por él mismo junto con el Cardenal Angelini en la institución del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Estos fueron los hechos y la vida del P. Marchesi, su obra fundamental como General. Momentos fuertes de animación y que supo servirse de la fuerza de slogan como:

- Renovarse para humanizar,
- Humanizarse para humanizar,
- El enfermo es nuestro dueño, nuestra escuela, nuestra universidad.

De este modo inicia un camino de servicio duro, lento, difícil, "impopular", no siempre acogido; lo sabía él mismo, no lo escondía, lo definió como sigue:

"Ser Superior General de una Orden religiosa significa tener el deber de la profecía, a costa de ser impopular y tener enemigos". (Cfr. "Per un ospedale più umano". E. Paoline, "Premisa")

Por tanto, interpreta su servicio como escucha de los tiempos y búsqueda de renovación. Después de algunos años de reflexión sobre la renovación espiritual, se perfilan las dos revoluciones, de la humanización y de los nuevos modelos de hospitalidad. En un encuentro histórico de 1987 con los Padres Camilos, Marchesi ofrece la síntesis perfecta de su proyecto de gobierno:

"La primera, la humanización, tiene como su objetivo peculiar transformar nuestra relación introduciendo en ésta

la misma humanidad que Cristo ha «divinizado», ese aspecto de humanidad representado por el sentimiento, por las emociones, por el corazón. «Ama a tu prójimo como a ti mismo», nos recuerda el mandamiento, reforzado por la estupenda afirmación de Jesús: «Cuanto hicisteis a uno de estos pequeños, a mí me lo hicisteis». Se trata de un redescubrimiento, de un neto vuelco ideológico, que involucra también a todos nuestros colaboradores, sobre todo a los que han creído suficientemente para alcanzar los fines terapéuticos, la cultura científica, aquella técnica con sus progresos extraordinarios, el saber racional. Para nosotros religiosos, en particular, esto ha constituido un impulso, una ocasión preciosa para «revisitar», nuestro carisma.

La segunda revolución, la hospitalidad con el hombre, anunciada hace poco, concierne el papel de los Hermanos de San Juan de Dios. Es decir, cómo ser «funcionales» en los próximos años, a la luz de las transformaciones previstas y previsibles en el campo de la demanda de bien-estar de parte de la sociedad al hombre. Transformaciones previstas y previsibles también en el campo de las respuestas, que serán cada vez más articuladas, complejas y que no pueden ser administradas por una sola persona o por una sola función.

Esta dos revoluciones han nacido de la constatación, cada vez más evidente, por un lado de un creciente estado de insatisfacción nuestra, y del enfermo, por el otro.”

De aquí nace el proyecto para una nueva hospitalidad que sigue siendo actual en sus contenidos y profético en su inspiración.

“Detalladamente, nuestro programa se puede enunciar así:

a) Abandonar la idea que es suficiente desempeñar tareas sobre todo operativas de un tiempo, para enriquecer nuestra vida interior, cultivar nuestras capacidades de amor encarnar el papel de testigos listos para acoger la llamada que la humanidad nos dirige.

Debemos tener siempre presente que somos religiosos, no para estar tranquilos en la sala de los botones, sino para dar testimonio de un auténtico y total interés por el necesitado.

b) Orientar nuestra actividad, más que a la función de guía técnica, a la de guía moral en nuestras obras. Empresa no fácil para ninguno de nosotros.

c) Asumir valientemente el papel, todavía demasiado dejado de lado en nuestra vida, de conciencia crítica en el mundo de la salud. Un papel que nos une a la exigencia precisa de modificar, en los contenidos y en los métodos, nuestra misma formación básica, para poder educar a la crítica serena y constructiva, al análisis claro y, si es el caso, despiadado, al estudio y a la investigación.

d) Evitar dejarse arrastrar por los acontecimientos, por los «vaivenes» de la moda, de los rieles tranquilos de las costumbres consolidadas, para ser anticipadores, utopistas (pero preferiría decir profetas), en el mundo de la sanidad. Debemos saber identificar desde ahora - para poder luego acoger dignamente - a los necesitados en este último albor de siglo y a inicios del

LH n.303

dos mil. También dicha tarea demasiado a menudo ha sido dejada a los demás; también nosotros estábamos en la condición mejor para salir al encuentro tempestivamente de esa parte de humanidad que en su momento es «descartada», marginada por la ciencia médica y por la misma sociedad... Es condición «sine qua non» para alcanzar los objetivos que nos hemos propuesto. Es decir, debemos transformarnos también en investigadores, venciendo la tentación de abandonar la vieja Europa porque es más fatigoso encontrar al pobre, al necesitado; en realidad, debemos afrontar pobreza que no tocan tanto el tener, cuanto el ser y, por tanto, son muy graves y difícilmente se pueden socorrer: sea suficiente pensar en la soledad, en el abandono, en la falta de afecto.”

3/3

La inteligencia profética para entender su tiempo.

“En una sociedad que redunde de profetas de desventura - afirmaba el Card. Angelini - el Hno. Pierluigi fue profeta de esperanza. El que hace no juzga, el que hace tiene el don de descubrir en todas partes recursos positivos; el que hace no tiene miedo de las dificultades, antes bien, de ellas logran incentivo para aumentar el propio compromiso”.

Su carisma personal poseía un sentido innato de la historia unido a la visión profética del cual provenía su valor de las ideas y la apasionada esperanza de futuro. Hombre de frontera y no de trinchera, se exponía a las confrontaciones incluso más extenuantes sin confines, apuntan-

do siempre la mirada hacia los problemas reales pero con sabiduría innovadora. Lo recuerdan así muchos religiosos, eclesiásticos, sindicalistas y colaboradores laicos con quienes profetizaba que se tuviesen que refundar las obras sanitarias católicas demasiado monopolizadas por viejas y restringidas costumbres mentales. Del ansia de tuturo provenía su inquietud interior que le impedía detenerse a lo largo del camino para gloriarse de los resultados obtenidos, pero lo empujaba a mirar más allá de los acostumbrados y estrechos horizontes y entender el sentido de la Historia. Y esto ocurría también cuando proponía innovar los modos y el “estilo” de la presencia religiosa en el ámbito sanitario, con la certidumbre que esto habría mejorado también la calidad de la asistencia.

En dicho sentido se puede afirmar que él fue un religioso que supo reconocer la esencia de ser Iglesia en la sanidad, no sólo en la posesión de hospitales por administrar, sino sobre todo en asumir responsablemente la ministerialidad constitutiva de la asistencia global y del cuidado espiritual de los enfermos, como testimonio cristiano en el mundo sanitario.

Su ser hijo de la Iglesia dentro de una Orden Hospitalaria, había formado en él la convicción de un deber propio ineludible de implicar a los obispos, y a los responsables de la Jerarquía eclesial, para que sean agentes de salud y salvación a través de la pastoral sanitaria y la promoción de un gobierno de las instituciones coherentes con los principios y los valores de la ética católica. Vale la pena recordar que él quiso una Escuela de Management hospitalario, una Escuela de bioética y una formación humanista permanente para sus Hermanos y colaboradores con el fin de dar bases sólidas a los continuos cambios que agitaban y aún hoy turban al mundo sanitario.

De hecho, su profetismo no se reduce a simples llamamientos e ideales abstractos, sino se configura como interpretación y respuesta concreta a los retos de su tiempo. En el orden temporal, se entrega a la historia: el proyecto titánico de renovación de su Orden que lo empena

Su sensibilidad le permitió anticipar los tiempos introduciendo el concepto de humanización del mundo de la salud y asistencial, para un compartir pleno y la realización del carisma de hospitalidad

desde 1976 hasta 1982; la promoción, junto con otras órdenes religiosas, de la Asociación Religiosa Instituciones Socio-sanitarias; la campaña cultural a favor de la humanización de la sanidad; la decisión epocal para Italia de preparar en colaboración con las autoridades públicas, la inserción de las Instituciones católicas en el Sistema Sanitario Nacional. Momentos de ese ecumenismo de las obras invocado por el Card. Angelini, con el cual se vence “la apuesta de la caridad” (**Novo Millennio Ineunte**, 49) y que la Iglesia debe conducir como levadura en la masa de los sistemas sanitarios. Nos place subrayar en particular que de su humanidad emana la carga profética contenida en su proyecto de humanización de la salud. Su sensibilidad le permitió anticipar los tiempos introduciendo el concepto de humanización del mundo de la salud y asistencial, para un compartir pleno y la realización del carisma de hospitalidad. En la Orden ha sido un denodado promotor de la alianza con los colaboradores laicos, con quienes compartía los valores del carisma de hospitalidad. Retó con vehemencia a laicos y religiosos con las palabras

“...si no tenemos el valor de medirnos con los hombres, no podemos hablar de humanización, sino de racionalización de los servicios...”,

y en la confianza de estar junto a Dios.

Sus intuiciones sobre el futuro desarrollo del mundo sanitario, con el pasar del tiempo se han hecho concretas en la realidad de los hechos: la historia le ha dado razón. También en la historia de la Iglesia; la institución del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, algunas intervenciones específicas de los sumos Pontífices, ciertos pasajes de Vida consagrada y la rica literatura representada por la prestigiosa Revista *Dolentium Hominum*, pueden remitir al movimiento cultural lanzado por él y promovido con sacrificio incluso personal.

Cuando se mira la producción literaria de sus intervenciones y recopiladas en el volumen **UMANIZZAZIONE. STORIA E UTOPIA**, a cargo de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, Editrice Velar 2006, se entiende que en todas las condiciones, sea como Superior que como simple responsable de la Oficina Estudios, como sano o enfermo, incluso fuera de los centros de gobierno de su amada Orden religiosa, su pasión permanece intacta. Los años 80 y 90 fueron años importantes en los que su dárseles de ‘viejo’ le permitía mostrar su rostro humano y también la fuerza de su carácter. Aceptando cargos no pedidos afirmaba con determinación la fuerza de sus ideas que su ardor y la implicación personal hacían creíbles aunque alguna vez discutibles.

4/

Conclusión: encontrar el Rostro de Cristo

Quizás quien lo mire desde el futuro, entenderá mejor de lo que no ha acontecido a los contemporáneos, pero su actitud serena ante el sufrimiento último y a la separación de la muerte nos obligan a reflexionar en torno a lo que aún nos puede decir el Hno. Pierluigi. Su muerte vivida como empobrecimiento y aniquilamiento de sí mismo, en la disponibilidad a la voluntad de Dios, lo identifican como el hombre justo de la Biblia que **“precisamente al final se hace conocer”** (**Si 11,28**). En esos dramáticos momentos tenía dos modelos que lo guiaban y a los cuales estaba íntimamente ligado, San Juan de Dios y S. Benedicto Menni, así como un ejemplo muy cercano a él, el Hermano y su General Hno. Moisés Bonardi. Aunque su confiarse en Dios hablase con pudor y timidez, temiendo no tener las palabras adecuadas, su modo de orar en silencio y llorar ante Dios, lo han hecho ver a

quien estuvo cerca de él en su auténtica humanidad y paciencia frente a la muerte.

Encontramos eco de esto en un texto, publicado en la Rivista Fatebenefratelli de Milán, en un número especial dedicado a Marchesi, donde aparecen algunas reflexiones íntimas, quizás una oración redactada en años anteriores como coloquio muy reservado y tierno entre una criatura y su Padre.

“Hay que recibir la enfermedad como una carta, ya que ha sido destinada a nosotros para revelarnos algo.

La enfermedad es una debilidad que prueba nuestra verdadera fuerza.

Crisol en el que el enfermo se vuelve el buen artífice de su carácter. Intermedio en la vida de egoísmo y vanidad para hacer cambiar de tiempo a la sinfonía terrena. Cruce para detenerse un poco y elegir el camino y mirar la meta. Paradero para pesar el valor de las cosas y medir la estatura de los hombres. Retiro para recitar el Miserere de las culpas y las letanías de la paciencia... Altar ante el cual repetimos la tercera invocación del Pater.

Pero dure semanas o meses o años, sea gota, torrente o río, tiende hacia el mar. El océano refleja siempre el azul del cielo. Y es la hora de interpretar la propia enfermedad. Así, después de haber contemplado el mediodía y la tarde, hemos llegado hasta el borde de ese misterio que marca nuestra breve vida terrena.

Decimos breve... En realidad, es bastante larga para permitirnos ver, comprender y juzgar a nosotros mismos. Y seguramente para observar de aquí el camino realizado, sólo algún gesto surge de la monotonía de los años. A menudo los errores son de una monotonía exasperante. Y de las degradaciones en las que nos

hemos reflejado con demasiada complacencia, se elevan todavía miasmas de aguas estancadas.

Y ahora estoy aquí con ese poco que he realizado por las justas, y pensando en ese mucho que habría podido realizar obrando el bien. Pero la alforja está vacía y el camino casi terminado. Y la hora de un más profundo examen de conciencia. Me debo pesar y medirme, antes del juez.

Soy un granito de arena.

Soy una hoja de hierba.

Es la hora de los últimos deseos.

Pues bien, quisiera morir en tu gracia, oh Señor.

Quisiera que mi última hora me encontrase en el trabajo.

Quisierairme feliz de haber soñado mi vida.”

Al Padre Pierluigi Marchesi
con afecto, con amor.

Estoy emocionado. Tu muerte despierta en mí sentimientos, recuerdos y experiencias. Tu muerte, casi esperada, cuando hemos sabido de tu grave enfermedad, pero siempre con un hilo de esperanza pensando que no fuese tan rápida.

Y ha sido tan rápida, casi de carrera, veloz, siempre conmovedora, como un timbre que suena y nos recuerda una cita.

Te has ido sabiendo que habías comenzado un viaje de retorno difícil; has partido con la conciencia de saber a dónde ibas, con temor, con sufrimiento pero con gozo y esperanza; te has ido con un cuerpo cansado, sufriente debido a los muchos análisis y muchas terapias.

Te has ido, casi no lo creo. Te has ido cuando en tu Agenda habían muchos proyectos, citas, mucho por hacer. Con tus ganas de vivir querías llevarlos adelante con empeño, con voluntad, con responsabilidad frente a nuestra Orden, a tu Provincia Religiosa, a nuestro Dicasterio de la Pastoral Sanitaria del que tú has sido uno de los grandes promotores, desde su institución hasta ahora. Precisamente, pocas horas antes de su muerte, terminando el programa de la próxima Conferencia Internacional en noviembre sobre el tema de las Instituciones Sanitarias Católicas, hemos recordado tu nombre y te habíamos asignado una intervención, en la duda, te confieso, que no habrías llegado a ese momento, y lamentablemente así ha sido. No estarás en el programa, pero de todos modos estarás presente, protagonista; te recordaremos con afecto.

Te has ido, P. Marchesi, y has despertado en mí sentimientos, experiencias. Te recuerdo con afecto, con amor. Para mí y para mi vocación en la hospitalidad has sido un punto de referencia, un modelo, por tu entusiasmo, empeño, entrega y amor hacia la Orden y los enfermos.

Admiro tu valor y tu intuición. Has sido para mí una mediación que ha animado mi vocación, que la ha puesto para un mayor servicio, que la ha llenado de una gran experiencia.

¡Mucho de la renovación ocurrida en la Pastoral Sanitaria de la Orden se debe a tu visión profética! También mi episcopado hospitalario tiene mucho que ver con este camino misterioso de la vida y de las mediaciones que intervienen en ella.

Tú has sido para mí, para mi vocación, para mi papel en el servicio a la Orden y a la Iglesia una mediación que agradezco y recuerdo con afecto y amor en mi corazón. Gracias, P. Marchesi, por tu empeño, por tu valentía, por tu profecía y por tu idea

de renovación; gracias por haber dado a la Orden un rostro nuevo; gracias por tu amor a la Orden, a la Iglesia, a los enfermos y a los Colaboradores. Todo esto sea para ti la "Carta de identidad" que te permita el abrazo con el Señor, con Juan de Dios, de quien has sido uno de sus sucesores en la animación como General.

Gracias, muchas gracias; enciende en nosotros tu valor, tu fe, tu amor y que tu muerte sea para todos nosotros una semilla que produzca estos frutos. Te has ido, P. Marchesi, pero permanecerás vivo en nuestros corazones y en el mío.

Ciudad del Vaticano, 2 de marzo de 2002

+ José L. Redrado

"L'OSSERVATORE ROMANO"

Ciudad del Vaticano, 4 marzo 2002

El Arzobispo Presidente, el Padre Vice-Secretario y todos los Oficiales del PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD se unen en la fe y en la oración al Excelentísimo Secretario Mons. José L. Redrado, O.H. y a toda la Orden de los Hermanos de San Jaun de Dios por el retorno a la Casa del Padre del

**Revmo. Hno. Pierluigi MARCHESI, O.H.
Miembro del Dicasterio**

desde su constitución y recuerdan su celo y calificada colaboración particularmente en el tiempo de su servicio como Superior General de los Fatebenefratelli, puestos a disposición del Pontificio Consejo para promover el respeto del Hombre enfermo y la defensa de la vida en todo momento, agradecidos por el competente papel desarrollado hasta ahora como Coordinador de la "Asociación Internacional Instituciones Sanitarias Católicas - AISAC", y edificados conservan el testimonio de fortaleza cristiana al haber aceptado con serenidad y gran Fe los sufrimientos de estos últimos tiempos.



05/Seminario Prosac 2012

La crisis económica y sus repercusiones en la asistencia sanitaria

Comisión Nacional de la Asociación PROSAC

Documento preparado por

José María Rubio y Manuel de los Reyes López



to the north, the terrain is more rugged and the vegetation is more sparse. The landscape is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions.

The vegetation is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions. The landscape is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions.

The landscape is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions. The landscape is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions.

The landscape is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions. The landscape is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions.

The landscape is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions. The landscape is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions.

The landscape is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions. The landscape is a mix of low-lying shrubs and small trees, with some areas of bare ground. The overall impression is of a coastal environment with a high degree of biodiversity and a complex network of ecological interactions.

1/

Presentación.

Os presentamos una iniciativa gestada con gran interés por la Comisión Nacional de nuestra Asociación desde finales del pasado año. Se trata del **Seminario PROSAC 2012**, que lleva un título muy sugerente: '**La crisis económica y sus repercusiones en la asistencia sanitaria**'.

Son conocidos y suficientemente apreciados por muchos, los tradicionales **Seminarios de Bioética y Pastoral de la Salud** que, como **Asociación PROSAC**, hemos ido desarrollando durante años. El trabajo de reflexión y deliberación que suscitaban, y las conclusiones y propuestas que fueron surgiendo para ser llevadas a la práctica, han configurado un estilo de hacer que queremos siga dando frutos. Por eso, la elección del tema que nos convoca este curso y el modelo de cuestionario al que se invita a participar, son buena prueba de ello.

Desde hace algún tiempo y en estos momentos más aún, ceñir la honda crisis que nos acucia al mero enfoque económico, con ser éste muy preocupante y grave, sería reducir su importancia y además no se ajustaría a la verdadera realidad de la situación.

Hemos repetido insistentemente, dando razones de calado, que se ha producido una tremen-

da crisis de valores y que ello genera sufrimiento en no pocos ámbitos de la vida personal, familiar y social de nuestro país, y fuera de él.

Esta obviedad no siempre se ha entendido así, a veces se ha ocultado, y lamentablemente no soplan aires de regeneración moral en muchas conductas.

Pues bien, aún con estas premisas, afrontamos con esperanza y enorme ilusión nuestro Seminario. Las personas a quienes va destinada nuestra propuesta de Seminario 2012 son muy variadas:

Los propios miembros de la Asociación PROSAC:

porque surgió como una demanda compartida ante la necesidad de dar respuesta a las dudas y conflictos éticos y pastorales que se nos presentan, y ante tantos miedos y amenazas de distinto origen.

Los profesionales sanitarios, cristianos o no, sea cual fuere su campo de acción:

pues muchos de ellos, en su trabajo cotidiano, comparten con nosotros numerosas inquietudes y compromisos de humanización de la asistencia, preocupación por el ser humano sano o enfermo, y responsabilidad social en sus quehaceres.

Los pacientes y sus familias:

porque son el auténtico epicentro del sistema sanitario aunque a veces no se les valore como tal, y resulta imprescindible la concienciación y la corresponsabilidad ciudadana cuando llega el momento de tomar decisiones.

Los delegados diocesanos de pastoral de la salud, capellanes de centros sanitarios, párrocos, religiosas y religiosos sanitarios: ya que deben asumir una labor clave de integración en sus

comunidades y, sobre todo, velar porque se realice efectivamente el mensaje salvífico de una Iglesia sanadora.

Los hermanos en la fe que ostentan responsabilidades en la jerarquía eclesial: porque su misión orientadora y de iluminación evangélica es insustituible y debe ser fecunda, sabiendo que pueden contar con laicos seriamente comprometidos en el mundo sanitario, con prudente sabiduría en el discernimiento ético y con voluntad de verdad.

De su fundamento, cuestionarios y metodología de trabajo se os informa en el amplio y revisado dossier adjunto, al que acompaña un extenso glosario explicativo y documentación de apoyo muy seleccionada.

Cada posible destinatario tiene la oportunidad de reflexionar a partir de un material cualificado y riguroso; pero la decisión de hacerlo incumbe a cada persona y su compromiso responsable. Si ésta es vuestra intención, difundidlo, invitad a otros y participad activamente en el diálogo.

Madrid, 22 de febrero de 2012
Comisión Nacional

2/

Introducción.

En su Carta Pastoral **“Una economía al servicio de las personas. Ante la crisis, conversión y solidaridad”**, los obispos de Pamplona y Tudela, Bilbao, San Sebastián y Vitoria nos acercan a la gravedad, hondura y amplitud de la crisis que estamos viviendo.

Esta crisis, por la relevancia y dimensión adquiridas en la actualidad, no podemos interpretarla solo y estrictamente en clave económica, sino que es

una crisis global que afecta a todas las dimensiones de la persona y a sus condiciones de vida digna amenazadas, al sentido de su existencia, a su proyecto de vida actual y al de su descendencia, y a las estructuras que sostienen este orden mundial, estimado como un signo de progreso y un proyecto de futuro por la sociedad.

Cada vez somos más conscientes de estar viviendo una crisis de comienzo y en apariencia económica, pero que precedida por un positivismo materialista radical de medio siglo, con sus vacilaciones religiosas y morales, constituye en realidad **una tremenda crisis de valores**.

Algunos de éstos son los valores históricos propios de la sociedad occidental cristiana, nuestro pensamiento tradicional acerca de Dios, del hombre y de la vida, y la vigencia de nuestra fe en una sociedad que progresa a impulsos de fuerzas y poderes, a veces no tan cristianos.

Causa y a la vez consecuencia de injusticias resulta ser esta **crisis que genera un alto grado de sufrimiento en nuestro hogar y en nuestra familia** -el hogar y la familia de todos los que integramos el mundo de la sanidad-, especialmente en los enfermos crónicos, los ancianos y los más necesitados, en sus familias, y en los profesionales de la salud que los atienden.

Los recortes económicos o de otra índole -ya sean obligados, impuestos o pactados- sobre los recursos disponibles, son un factor agravante y potenciador del sufrimiento, generador de más desencanto por la carga añadida del paro creciente, la precariedad laboral y el oscurecimiento de horizontes profesionales.

Pero además, ésta es una **crisis que nos implica de una manera especial a los profesionales sanitarios cristianos** en la vocación y la misión a las que nos sentimos llamados.

Particularmente en nuestra vocación samaritana de no pasar de largo ante el sufrimiento humano, y en nuestra misión cristiana de ser sal de la tierra y luz del mundo.

Luz y sal son símbolos bautismales que los PROSAC debemos interpretar como una llamada a la conversión personal y comunitaria, como un impulso a nuestra responsabilidad de colaborar desde nuestro trabajo y vocación hacia el bien común.

Palabras clave:

crisis, valores, justicia, salud, solidaridad, sanidad, profesión sanitaria, responsabilidad, fe, esperanza, mensaje evangélico.

Ámbitos de intervención:

- Asistencial/Profesional
- Político/Económico
- Administrativo/Gestión
- Social/Familiar
- Ético/Cultural
- Iglesia/Sociedad
- PROSAC

3/

Cuestionario.

Ver. Las múltiples caras de la crisis
y su repercusión en el sanidad.

- ¿Qué signos de crisis detectas en el campo de la salud y en la asistencia al enfermo?
- ¿En qué medida te afecta dicha crisis, como profesional sanitario?
- ¿Cómo cristiano, qué claves de interpretación tienes para valorarla?
 - Hechos o síntomas relevantes.
 - Recursos y valores en crisis.
 - Causas o circunstancias que nos han traído hasta aquí.
 - Diagnóstico de la situación.

- Pronóstico y consecuencias para la sanidad, los enfermos, las familias, los profesionales, el trabajo, la salud, la cohesión social, la fe.

Juzgar. El análisis crítico y el discernimientomoral resultan imperativos.

- ¿Qué tienen que decir los profesionales sanitarios sobre los conflictos de valores, o de derechos, que plantea esta crisis tan polifacética?
- ¿Desde qué soporte ético estamos obligados, en conciencia, a denunciar la discriminación las injusticias en el campo sanitario y social?
- ¿Qué valores y actitudes evangélicas debemos revisar, recuperar y asumir los profesionales sanitarios cristianos?
 - Ponderar el valor 'salud' respecto a los valores actuales en crisis: trabajo, bienestar, estabilidad personal y familiar, seguridad, cohesión social.
 - Ponderar salud personal vs salud social:
 - Puntos fuertes y débiles de nuestra sanidad.
 - ¿Qué sanidad queremos? ¿Qué conquistas sanitarias debemos defender prioritariamente?
 - ¿A cuáles podríamos o deberíamos renunciar?

Actuar. Actitud comprometida con la justicia, la solidaridad, y desde la fe.

- ¿Qué respuestas personales y comunitarias pueden, y acaso deben, adoptar los profesionales sanitarios en sus diversos ámbitos de trabajo en esta crisis?
- ¿Desde el deber y la responsabilidad profesional, qué prioridades de actuación establecerías ante las necesidades reales o percibidas?
- ¿A qué más nos puede comprometer la fidelidad al mensaje y a la persona de Jesús, con un verdadero sentido eclesial, en dichas circunstancias?
 - Valores esenciales, irrenunciables, del cristia-

nismo en el mundo de la salud.

· Propuestas, deberes, iniciativas profesionales sanitarias:

- En la asistencia sanitaria.
- En la administración y gestión.
- En la profesión, incluidas docencia e investigación.
- En la educación sanitaria.

· Propuestas, deberes, iniciativas comunitarias y eclesiales.

· Propuestas y compromisos particulares de los PROSAC.

4/

Cuestionario complementario.

Según las circunstancias o los contextos, podría ser útil un 'cuestionario complementario' con preguntas directas sobre ciertos aspectos relevantes de justicia sanitaria.

- ¿Estás de acuerdo con la necesidad de racionalizar los recursos sanitarios? (SÍ o NO, bien entendido que racionalizar no es sinónimo de suprimir)

- Los recursos humanos (médicos, personal de enfermería, otros).
- Los recursos técnicos y materiales.
- Las consultas disponibles.
- Los horarios de asistencia.
- El número de camas.
- La actividad de los quirófanos.
- Las urgencias hospitalarias.
- La atención primaria.
- Los servicios sociosanitarios.
- Los cargos directivos y de gestión.
- Los administrativos y auxiliares.
- Los servicios de mantenimiento.
- Los servicios religiosos.
- Los servicios de limpieza.

· Los servicios de cocina.

· Los servicios de hostelería (comida o estancia de pacientes y/o familiares).

· Otros (especificar).

- ¿Estás de acuerdo con la racionalización terapéutica, e incluso diagnóstica, o con otras actuaciones ya realizadas (o previsibles y aún imaginables)?

- Con la prescripción exclusiva u obligada de medicamentos genéricos (según condiciones).
- Con la prescripción médica por principios activos.
- Con la no financiación de suplementos alimenticios, diverso material sanitario (sobre todo para enfermos crónicos), etc.
- Con la imposición de una tasa a determinados fármacos (especificar).
- Con el copago del usuario ante determinados actos médicos (especificar).
- Con la limitación de ciertos recursos de rehabilitación, prótesis y ortesis (especificar).
- Con la supresión, restricción no justificada o demora excesiva de ayudas a la dependencia.
- De determinadas terapias avanzadas, más costosas y selectivas (especificar).
- Con la cirugía estética, bariátrica, de cambio de sexo. Con algunos tipos de trasplantes (especificar). Con las técnicas de reproducción asistida, de interrupción voluntaria del embarazo.
- De la atención intensiva y a pacientes críticos en determinadas circunstancias (especificar).
- Con los recortes a la investigación clínica o científica (especificar).
- Con las desigualdades en el acceso o en la atención sanitaria, e incluso con los criterios seguidos para gestionar las listas de espera, según las directrices de las diversas CC.AA. de nuestro país.
- Otros, de cualquier tipo o condición (especificar).

- ¿Estas de acuerdo con la implantación de objetivos asistenciales prioritariamente (y a veces sólo) de carácter economicista? (Ejemplos)

- ¿Crees que la asistencia sanitaria pública debe seguir siendo universal y gratuita?

- Absolutamente para todos y siempre.
- Considerarías algunas excepciones (especificar):
 - Circunstancias en las que debe ser gratuita de manera absoluta.
 - Circunstancias en las que podría no serlo.
- ¿Qué opinión te merece la privatización abierta, o a menudo encubierta, de determinados servicios sanitarios públicos?
- ¿Qué propondrías para sensibilizar y educar a los usuarios de la sanidad pública en el uso correcto y racional de los servicios y recursos? (Especifica medidas concretas)
 - ¿Estás a favor o en contra de establecer medidas disuasorias?
 - ¿Estás a favor o en contra de penalizar de alguna forma a pacientes que no mantengan (conscientemente) hábitos de vida saludables? (ej: fumadores, alcohólicos, toxicómanos, etc).
- ¿Consideras que el bien 'salud' es prioritario y debe estar garantizado en todas las circunstancias? (SÍ o NO)
- Si tu respuesta es negativa, especifica si en las circunstancias actuales o futuras podrían considerarse excepciones frente a:
 - Consecuencias estrictamente económicas: alcanzar una alta prima de riesgo, una recesión creciente, una posible exclusión de la 'zona euro', etc.
 - Consecuencias económicas y laborales: despidos masivos y discrecionales, un paro insostenible o superior al actual en España o en algunas CCAA.
 - Consecuencias sociales: quiebra del Estado del bienestar, pérdida de muchos derechos adquiridos (algunos fundamentales), de las pensiones, mayor inseguridad, violencia, etc.
 - Consecuencias políticas: ingobernabilidad, desestabilización institucional.

5/

Destinatarios.

- Los propios miembros de la Asociación PROSAC.
- Los profesionales sanitarios, cristianos o no, sea cual fuere su campo de acción.
- Los pacientes y sus familias.
- Los delegados diocesanos de pastoral de la salud, capellanes de centros sanitarios, párrocos, religiosas y religiosos sanitarios.
- Los hermanos en la fe que ostentan responsabilidades en la jerarquía eclesial.

6/

Metodología de trabajo.

Hay diversas formas de desarrollar el Seminario. Ofrecemos algunas orientaciones que ayuden, tanto a quienes lo van a organizar como a los participantes en el mismo.

En algunos casos, constituir un grupo que se reúna con cierta periodicidad puede ser lo más provechoso; en otros, organizar una o dos jornadas de debate, con preparación previa, sería lo factible.

El Seminario tiene un carácter abierto e interdisciplinar; por lo que se ha de invitar a profesionales sanitarios que estén interesados y deseen participar.

Es fundamental leer detenidamente la documentación, reflexionar de manera individual los cuestionarios y trabajar en grupo las diversas aportaciones.

Cada grupo redactará las conclusiones y propuestas de su Seminario que deberán ser concretas, no demasiado numerosas ni excesivamente extensas, y sistematizadas.

Las conclusiones se enviarán **antes del 18 de Diciembre de 2012**, a la Comisión Nacional de la Asociación: prosacsecretaria@gmail.com.

La Comisión Nacional elaborará y redactará el informe final de este Seminario, que será presentado en las Jornadas Nacionales de PROSAC de 2013.

7/

Documentación.

▶ **Benedicto XVI (2009).**
Caritas in Veritate.
Carta Encíclica.

▶ **Callahan D (2009).**
El bien individual y el bien común en bioética.
Cuadernos de la Fundación Victor Grífols i Lucas (17).

▶ **Compañía de Jesús en España, Comisión de Apostolado Social (2011).**

Crisis prolongada, Solidaridad reforzada. Reflexiones y propuestas.

▶ **Conferencia Episcopal Española (2009).** Declaración ante la crisis moral y económica. XCIV Asamblea Plenaria.

▶ **Consejo Pontificio Justicia y Paz (2011).**

Por una reforma del sistema financiero y monetario internacional en la perspectiva de una autoridad pública con competencia universal. Nota.

▶ **Consejo Social de la OMC (2010).**
Manifiesto de la sociedad civil. Nota.

▶ **Couceiro A (2006).**

Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos.
An Sist Sanit Navar (29), supl 3; 61-74.

▶ **De Lora P (2007).**

Justicia distributiva sanitaria: ¿penalizar al enfermo "culpable" de su condición?
Humanitas Humanidades Médicas (22).

▶ **Gómez-Serrano PJ (2009).**

Los rostros de la crisis.
Frontera (50); 15-42.

▶ **Gómez-Serrano PJ (2009).**

¿Qué revela de nosotros la crisis que estamos padeciendo?
Sal Terrae (1136); 527-51.

▶ **Gómez-Serrano PJ (2009).**

Propuestas para salir de la crisis: una valoración.
Iglesia Viva (240); 3-30.

- ▶ Gómez-Serrano PJ (2010).
¿Crisis de valores o valores en crisis?
Corintios XIII (33); 120-35.
- ▶ González-Carvajal L (2008).
Economía y moral.
Aula de Teología, Univ.
de Cantabria.
- ▶ Gracia D (2011).
*Una reflexión sobre la crisis
desde la ética.*
Real Academia de Ciencias
Morales y Políticas.
- ▶ Gracia D (2011).
*Ética profesional y ética institucional:
entre la colaboración y el conflicto.*
Seminario, Fundación Victor
Grífols i Lucas.
- ▶ Martínez JL (2011).
Caritas in Veritate, de Benedicto XVI.
Aula de Teología, Univ.
de Cantabria.
- ▶ Obispos de Pamplona y Tudela, Bil-
bao, San Sebastián y Vitoria (1982).
Ser cristianos en la actual situación
de crisis. *Carta Pastoral (Cuaresma).*
- ▶ Obispos de Pamplona y Tudela,
Bilbao, San Sebastián y Vitoria
(2011).
Una economía al servicio de las
personas. Ante la crisis, conversión
y solidaridad.
Carta Pastoral (Cuaresma-Pascua).
- ▶ Obispos de Pamplona y Tudela,
Bilbao, San Sebastián y Vitoria
(2011).
*Una economía al servicio de las
personas. Ante la crisis, conversión
y solidaridad. Sugerencias para
la reflexión personal y el diálogo
en grupo de la Carta Pastoral.*

- ▶ Viñas J, De los Reyes M (2011).
*La crisis económica y su repercusión
en la asistencia sanitaria.*
Boletín PROSAC (49).

8/

Glosario específico.

Es muy importante, de cara a la reflexión y al análisis de las diversas cuestiones, conocer y manejar ciertos conceptos fundamentales de manera rigurosa y precisa; de ese modo, un lenguaje unificado común ayudará en el diálogo y en la comprensión de los temas.

Calidad

La calidad hoy en día sólo se puede entender con una visión amplia e integrada de las tres dimensiones que la componen: la calidad **científica y técnica** del servicio y de los profesionales, la calidad **organizativa** de la empresa, y la calidad **percibida** por el usuario.

Calidad de la asistencia sanitaria

Asegurar que cada individuo reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima -teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio sanitario-y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

Calidad de vida

Es la percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas; por tanto, depende de los valores de cada persona y de su propio proyecto de vida. Se han diseñado numerosos cuestionarios y métodos para tratar de evaluarla objetivamente con la mayor fiabilidad posible.

Competencia profesional

Es el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio que se asocian a un profesional concreto, con los que debe afrontar todas las situaciones posibles y desarrollar su actividad práctica de forma eficaz y segura.

En Medicina hay diferentes tipos de competencias profesionales: asistenciales, docentes, de comunicación, para el trabajo en equipo, de análisis ético, de destreza técnica, en investigación clínica, de gestión, acerca de la capacidad para resolver problemas clínicos, de índole pericial legal, etc.

La calidad de los servicios sanitarios está directamente relacionada con todo este amplio abanico de funciones y tareas ocupacionales. Es una obligación primordial del profesional sanitario actuar de manera competente en la asistencia al enfermo.

Conflicto de intereses

Este término se aplica a aquellas situaciones en las que un 'interés secundario' y siempre de tipo personal -generalmente económico, pero también ideológico o profesional- puede anteponerse a un 'interés primario' -sea el bienestar de los pacientes atendidos, la obtención de conocimiento válido generalizable en investigación, el interés de la ciencia o de la sociedad- condicionando la capacidad de juicio presuntamente independiente del profesional.

El interés secundario no tiene porqué ser ilegítimo, incluso puede ser deseable, pero lo que se

cuestiona es el peso relativo de esos intereses sobre el interés primordial. Los conflictos de interés en las relaciones sanitarias se deben declarar siempre.

Coste de oportunidad

En una situación de recursos limitados, la inversión de un recurso en una actividad implica perder la oportunidad de invertirlo en actividades alternativas. La obtención de un beneficio, pues, tiene como coste la pérdida de beneficios alternativos.

La minimización de los beneficios perdidos, o del coste de oportunidad, es otra forma de definir la eficiencia.

Deliberación

Proceso de ponderación o discernimiento de los factores que intervienen en un acto o situación concreta a fin de buscar la solución óptima o, cuando esto no sea posible, la menos lesiva para los valores en juego. Se delibera sobre lo que es susceptible de cambio y permite diversos cursos de acción, en orden a la búsqueda del más adecuado de éstos, intentando preservar de forma equilibrada los valores presentes en cada situación.

La deliberación puede ser individual o colectiva. La **deliberación moral** es, en sí, un método, un procedimiento.

- **Deliberar:** Considerar atenta y detenidamente el pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sinrazón de los votos antes de emitirlos. Resolver una cosa con premeditación.

Desarrollo sostenible

Este concepto aparece desarrollado por primera vez en el documento de las Naciones Unidas "Nuestro futuro común" (1987); sus funda-

mentos y objetivos son carácter económico, político, social, ético y cultural, y en él se desglosan los ámbitos de aplicación y unos índices de evaluación. Este término engloba el conocer, analizar y, en lo posible, poner en práctica, todas aquellas medidas en orden a satisfacer las necesidades del presente -en nuestro mundo y en sus respectivas áreas geográficas- sin comprometer ni poner en peligro las necesidades futuras.

Efectividad

Capacidad de una intervención de producir efectos beneficiosos en las condiciones habituales de uso (por ejemplo, en la práctica clínica cotidiana).

Eficacia

Capacidad de una intervención de producir efectos beneficiosos medidos en condiciones ideales de observación (por ejemplo, en un ensayo clínico).

Eficiencia

La eficiencia compara los resultados -en términos de eficacia, efectividad, utilidad, beneficio- con el coste de oportunidad social entre alternativas disponibles.

En economía sanitaria se aplica a la relación entre los resultados obtenidos (objetivos cumplidos, productos, etc.) y los recursos utilizados (horas de trabajo, capital invertido, materias primas, medios técnicos, etc.).

- **Cartera de servicios:** Conjunto de recursos sanitarios que se ponen a disposición de los pacientes o usuarios, gestionados a través de los profesionales sanitarios.

- **Recursos sanitarios:** Medios gestionados por profesionales sanitarios y destinados a producir beneficio o a mejorar el bienestar de los pacientes o usuarios.

- **Uso racional:** Utilización de los recursos sanitarios del modo más eficiente posible.

Empoderamiento

Es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan a la salud. Dicho proceso es social, cultural, psicológico o político, posibilitando que los individuos y los grupos sociales sean capaces de expresar sus necesidades, plantear las preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones de diversa naturaleza para cubrir y satisfacer dichas demandas e inquietudes.

De este modo las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y la manera de alcanzarlas, y una correspondencia entre los esfuerzos y los resultados que se obtienen.

Equidad

Este término deriva del griego *epieikeia* y del latín *aequitas*, en el sentido de justicia, valor universal, pero aplicado a cada caso concreto.

Es una forma de aplicación del 'principio de justicia' con arreglo a dos criterios: el de universalidad y el de corrección de las diferencias. Se puede formular del modo siguiente:

“a igualdad de necesidades corresponde igualdad de acceso a la atención disponible e igual calidad de asistencia para todos”.

Por tanto, puede considerarse una dimensión básica de la calidad asistencial. Una discriminación positiva es justa cuando sirve para compensar a quien la vida ha discriminado negativamente. Las diferencias en la financiación,

asignación, o distribución de recursos para la sanidad pública estarían justificadas en tanto en cuanto beneficiaran a los más desprotegidos.

- **Criterio de suficiencia:** Según los criterios equitativos antedichos, los recursos se deben distribuir de forma que lleguen a todos por igual, o en caso de desigualdad tengan preferencia los más desfavorecidos.

En este contexto es muy relevante considerar el llamado criterio de 'suficiencia', según el cual

“la salud es un bien primario que se debe repartir equitativamente, ya que las necesidades sanitarias desatendidas dificultan la igualdad de oportunidades para alcanzar los propios fines”.

- **Mínimo decente o decoroso:** Hay unas obligaciones básicas de justicia que, indudablemente, tienen un límite. Este límite suele hacerse coincidir hoy con lo que se ha dado en llamar el 'mínimo decente' o 'mínimo decoroso' de asistencia sanitaria.

Éste debería hallarse cubierto por igual para todos los ciudadanos y, por tanto, en él debería ser considerado injusto cualquier tipo de discriminación, segregación o marginación. El mínimo decoroso ha de tener unos límites que vienen marcados en los llamados **catálogos de prestaciones sanitarias**.

El principio de justicia, pues, es el que se utiliza para establecer los criterios de distribución de recursos escasos, que a veces no lo son tanto pero siempre serán limitados. Naturalmente, exigirá la corresponsabilidad política respecto a los gastos.

Ética(s)

Palabra de origen griego que significa estudio de las costumbres o hábitos de los seres huma-

nos. La filosofía griega, que es la que dio sentido técnico al término, dividió dichas costumbres o hábitos en dos tipos, unos positivos o **virtudes**, y otros negativos o vicios.

Los primeros son los que promueven la perfección de la naturaleza humana y hacen posible la 'vida plena', es decir, la felicidad.

Actualmente el concepto **ética** se refiere al estudio filosófico de los juicios **morales**, más atento a los problemas formales de fundamentación y coherencia lógica que a las cuestiones de contenido (el término moral es complementario de éste).

Sin embargo va más allá, tratando de evaluar la idoneidad de ciertos **valores o principios** en su aplicación a los campos concretos. Un ejemplo típico es la **Bioética**, que es una 'ética aplicada'.

- **Ética clínica:** Parte de la Bioética (microética) que se ocupa de los problemas éticos de la aplicación de la ciencia y la tecnología médica a las personas, sanas o enfermas; también aborda las relaciones intersubjetivas e inter y transdisciplinares.

- **Éticas consecuencialistas o teleo-lógicas:** Pueden trabajar también con ideales de virtud o deberes, pero su peculiaridad reside en atender a las consecuencias de las acciones morales más que en determinar los bienes o los deberes a priori.

Desde esta perspectiva, son los intereses y la utilidad de los actos que se ejecuten los que determinan la moralidad de tales acciones. Destaca, entre ellas, la **ética utilitarista**.

- **Ética de las organizaciones sanitarias:** Parte de la Bioética (mesoética) que se ocupa de la deliberación sobre los valores relevantes para una organización sanitaria y de su aplicación a todos los procesos (clínicos y de gestión) que realiza -en relación a sus 'partes interesadas'-, en orden a convertirla en una institución de excelencia.

- **Éticas del poder o del éxito:** Son las que buscan el poder, el triunfo o el interés particular, sin atenerse a principios ni pretender realizar valores.

- **éticas deontológicas:** Subrayan la importancia del sujeto moral como ser libre, capaz de otorgarse por medio de la razón una ley moral, un deber, que radica principalmente en el respeto a la dignidad del ser humano como fin en sí.

Guías de Práctica Clínica / Protocolos clínicos

Se definen como un conjunto de instrucciones, directrices, afirmaciones o recomendaciones -actualizadas y desarrolladas de forma sistemática- sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo paciente con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud.

Su propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre la modalidad de asistencia sanitaria apropiada para unas circunstancias clínicas específicas.

Lex artis

El Derecho acepta como norma o ley lo que la ciencia determina en cada momento como actuación correcta; por tanto, acepta como conducta médica correcta aquella que la Medicina tiene por tal. Eso significa que la Medicina debe definir, en cada momento, los criterios científicos generales de actuación o de buena práctica clínica; y a esto, se le llama lex artis.

Por consiguiente, es un criterio valorativo de la corrección de un determinado acto médico o de un comportamiento profesional, ya que tiene naturaleza instrumental o de medio.

Pero dada la diversidad de situaciones clínicas, de pacientes y de contextos sanitarios, es

imprescindible establecer criterios prudentes de actuación en determinadas circunstancias, es decir, en cada caso concreto; por eso la lex artis siempre debe ser ad hoc.

Medicina basada en la evidencia (MBE)

Es la Medicina basada en pruebas objetivas de eficacia, efectividad y eficiencia.

La Medicina basada en la evidencia se ha definido como la integración de la experiencia personal con la mejor demostración externa disponible y procedente de la investigación sistemática; se trata, pues, de una evaluación crítica.

O también, como la utilización consciente y juiciosa de las mejores demostraciones provenientes de la investigación clínica para la toma de decisiones, tanto en el cuidado de cada paciente en particular como en la gestión de los servicios sanitarios.

Necesidad

El concepto de necesidad se puede abordar desde diversas perspectivas: **normativa**, determinada por expertos que establecen el estándar de salud deseable; **percibida**, establecida por el propio individuo como carencia o déficit, tiene un carácter subjetivo y está sometida a la variabilidad de los diferentes sujetos; **expresada**, es la demanda de atención sanitaria una vez percibida la necesidad; **real**, siempre de difícil desarrollo o aplicación por su carácter genérico. Bien es cierto que no se demanda toda la necesidad, pero también hay que tener en cuenta que no siempre lo que se demanda corresponde a una auténtica necesidad.

Partes interesadas o grupos de interés (en inglés, stakeholders)

Todas aquellas personas o grupos de personas fi-

sicas o jurídicas que están relacionadas con una organización, de tal forma que influyen en ella y/o son afectadas por ella en sus derechos, obligaciones o intereses.

Aunque el primero y principal stakeholder de una organización sanitaria son los individuos sanos (usuarios) o enfermos (pacientes), también hay otras partes interesadas.

Unas son internas, como los trabajadores de la propia organización (e incluso sus accionistas, shareholders); y otras son externas a ella, como los proveedores, financiadores y demás participantes de su entorno social.

- **Organizaciones sanitarias:** Conjunto de personas -profesionales sanitarios y no sanitarios- que, con una serie de medios materiales y económicos, tratan de funcionar coordinadamente con el fin de mejorar y proteger efectiva y eficientemente la salud de los pacientes a los que atienden.

- **Paciente:** Persona que necesita cuidados para el mantenimiento o recuperación de su salud y, para ello, requiere asistencia sanitaria.

Pastoral de la salud

Jesús pasó por este mundo haciendo el bien, curó, alivió y consoló con sus palabras y sus gestos a los que sufrían y entregó su vida para la salvación del género humano.

La misión de la Iglesia consiste en prolongar en el tiempo la acción terapéutica y humanizadora de Cristo, y la diversa actividad que realiza en el campo de la salud y la enfermedad recibe el nombre de **pastoral de la salud**.

Ésta consiste en: anunciar al hombre y a la mujer de hoy la salvación de Jesucristo; ayudar a vivir de la manera más humana y cristiana la salud, la enfermedad, el sufrimiento y el morir; celebrar y hacer presente -en la oración, la liturgia y los sacramentos- al Dios sanador que es

esperanza de vida eterna; testimoniar -mediante el compromiso de sus miembros- la solidaridad, la justicia, la compasión, la misericordia y el acompañamiento espiritual, concretados en una asistencia humanizadora; ofrecer su orientación moral para lograr una atención sanitaria que respete y defienda la dignidad y los derechos de todo ser humano, desde su concepción hasta su muerte.

- **Práctica clínica:** Conjunto de actividades diseñadas y efectuadas para proporcionar un beneficio o mejorar el bienestar de los pacientes o usuarios.

- **Lealtad dividida:** Históricamente el profesional sanitario ha ejercido como valedor del paciente que confía en él; pero a su vez, es un agente sanitario directamente comprometido con la empresa pública o privada que lo ha contratado, comparte sus objetivos y debe cumplirlos.

En su relación con el paciente el profesional sanitario tiene la obligación principal de no dañar, por encima de cualquier otro deber libremente consentido incluido el deber de fidelidad a la organización o institución.

En los casos de decisiones dudosas, el profesional sanitario debe saber ponderar para resolver de manera correcta y prudente su '**compromiso dual**'.

Principios de la Bioética

- **No maleficencia:** No se debe hacer o promover deliberadamente -se debe evitar o minimizar- un daño o perjuicio a las personas, sea por acción u omisión. Se debe proteger su integridad física, la intimidad y la confidencialidad.

Recoge la clásica consigna latina de la ética médica, *primum non nocere*, extraída del viejo aforismo hipocrático "**favorecer, o al menos no perjudicar**"; eso incluye también la adecuación de la relación **riesgo/beneficio**.

Su contenido positivo tiene que ver específicamente con la competencia del médico, es el lugar moral donde el profesional tiene su valor como tal, y viene definido en buena medida por la *lex artis* y los criterios de **indicación**, de **no indicación** y de **contraindicación**. Esto permite entender que el contenido de este principio no sea intemporal o absoluto, sino que haya que definirlo en cada momento, de acuerdo, entre otras cosas, con el desarrollo del arte médico.

- **Justicia:** En general, es el derecho de todos los seres humanos a ser tratados con igual consideración y respeto. Por ello, deben distribuirse de forma equitativa entre los miembros de una sociedad las cargas y los beneficios. Las diferencias sólo se pueden justificar si van en beneficio de todos o de los más desfavorecidos.

De entre los varios sentidos del término justicia -conmutativa, **distributiva**, legal, **social**- se suele emplear este último para establecer los criterios de distribución de los recursos limitados.

Se trata de saber cuáles son las prestaciones de asistencia sanitaria que deben estar cubiertas por igual para todos los ciudadanos y, por tanto, tuteladas por el Estado.

El máximo nivel de justicia sería aquél donde las decisiones que se tomen también contemplan '**ponerse en el lugar del otro**', lo que excluye que se entienda por justo si sólo se satisfacen las necesidades de un grupo.

En otro orden, colaborar en la elaboración de las leyes que nos han de regir y en su cumplimiento, también forma parte del contenido del principio de justicia.

- **Autonomía:** Se deben respetar las preferencias de las personas capaces y se debe promover activamente la expresión de dichas preferencias. Se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar aspectos de la salud y la enfermedad, de la propia vida y muerte, de acuerdo con su sistema de valores.

Este principio de **respeto por las personas** se ha operativizado a través del consentimiento informado. Una persona es autónoma cuando se halla bien informada, tiene capacidad para decidir y se halla libre de coacción.

A quien cumple estas condiciones el Derecho no puede no considerarlo autónomo; es el sentido jurídico del término autonomía. Ahora bien, desde el punto de vista moral un acto es autónomo cuando ha sido realizado siguiendo el móvil específico y propio de la vida moral, que no es otro que el deber.

Yo hago algo no porque me guste, ni porque me lo manden mis superiores, ni tampoco por comodidad; lo hago por deber, porque creo que debo hacerlo. Autonomía **moral** no es autonomía jurídica.

- **Beneficencia:** Se debe hacer o promover el bien hacia las personas, respetando sus ideales de vida buena y de felicidad en la medida de lo posible. Así como no puede hacerse el mal a otra persona aunque nos lo solicite, tampoco se puede hacer el bien en contra de su voluntad.

Prudencia (en griego, *phrónesis*): Es la virtud intelectual que permite tomar decisiones racionales, o al menos razonables, en condiciones de incertidumbre.

Las decisiones prudentes no aspiran tanto a ser ciertas cuanto a ser razonables; por eso han de ser el resultado de un **proceso de deliberación**.

Discernir no es sólo pensar, razonar o ponderar juiciosamente; discernir es actuar con inteligencia prudencial práctica. Diferentes personas pueden tomar ante un mismo hecho decisiones distintas, que no por ello dejen de ser prudentes.

También se entiende por prudencia la virtud de valorar en cada situación clínica los riesgos de actuar o no actuar. La prudencia pone un límite a nuestros actos basándose en el riesgo de infligir mayores daños de los que tratamos de paliar.

Responsabilidad ética y jurídica

Asumir una **responsabilidad ética** implica el permanente respeto a los principios éticos que rigen el ejercicio profesional.

En este sentido se trata de una categoría previa y superior a la mera **responsabilidad jurídica**, ya que ésta se puede satisfacer con el cumplimiento de las exigencias de diligencia debida y de los mandatos de las leyes aplicables.

Solidaridad

Es una virtud necesaria como compensación y complemento de las insuficiencias de la justicia. Alude a la adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros.

Frente a la necesaria, fría, obligada y burocratizada aplicación de la justicia en sus diversas formas, la solidaridad es cálida, gratuita e ilimitada; es una de las virtudes del vínculo afectivo de los seres humanos, en suma, de las 'éticas de máximos'.

Tecnología sanitaria

Es un concepto muy abarcador que incluye: los medicamentos, productos sanitarios implantables, prótesis y demás dispositivos, los equipamientos y diverso utillaje sanitario, los procedimientos diagnósticos e intervenciones terapéuticas, e incluso los sistemas de organización y gestión sanitaria.

- **Evaluación de tecnología sanitaria:** Es el estudio multidisciplinario de las implicaciones del desarrollo, difusión y uso de las tecnologías de la salud.

Dicho análisis permite fundamentar las decisiones de política sanitaria y, hoy día, su ámbito de acción se extiende más allá de la eficacia y los costes para considerar también las repercusiones sociales, organizacionales y éticas de ellas.

Tercer sector

Es el conjunto de organizaciones e iniciativas privadas -que se dedican a la producción de bienes y servicios financiados con fondos públicos- que tienen finalidades de interés social y sin ánimo de lucro. Se considera al Estado como el **primer sector** y al mundo de la empresa como el **segundo sector**.

Dicho **tercer sector** es muy heterogéneo, presenta rasgos distintivos según su propia dinámica, y está compuesto por: asociaciones civiles, fundaciones, mutualidades, cooperativas, clubes de barrio, sociedades de fomento, cámaras empresariales, colegios profesionales, comedores barriales, organizaciones religiosas, grupos de voluntariado social, etc.

Utilitarismo

Teoría consecuencialista, muy empleada en la economía, basada en maximizar la utilidad o el mayor beneficio para el mayor número de personas. Se distingue un utilitarismo 'de acto' y otro 'de regla'.

El primero afirma que lo justo o equivocado de una acción debe juzgarse sólo por la bondad o maldad de sus consecuencias.

El segundo acepta que la experiencia reiterada sobre las consecuencias de un mismo acto permite deducir una regla, de acuerdo con la cual todo el mundo debería ejecutar la acción en circunstancias análogas.

Valores (éticos)

Cualidades que se estima presentan los seres, en virtud de las cuales unas resultan más apetecibles o preferibles frente a otras.

En la estimación de los valores morales la preferencia se traduce en deber de respeto y, además, genera principios de conducta.

Cuando se refiere a las organizaciones se habla de valores éticos orientados a la acción; es decir, los 'mínimos morales' imprescindibles para generar y afianzar la confianza en las relaciones institucionales que proporcionan credibilidad y legitimidad social.

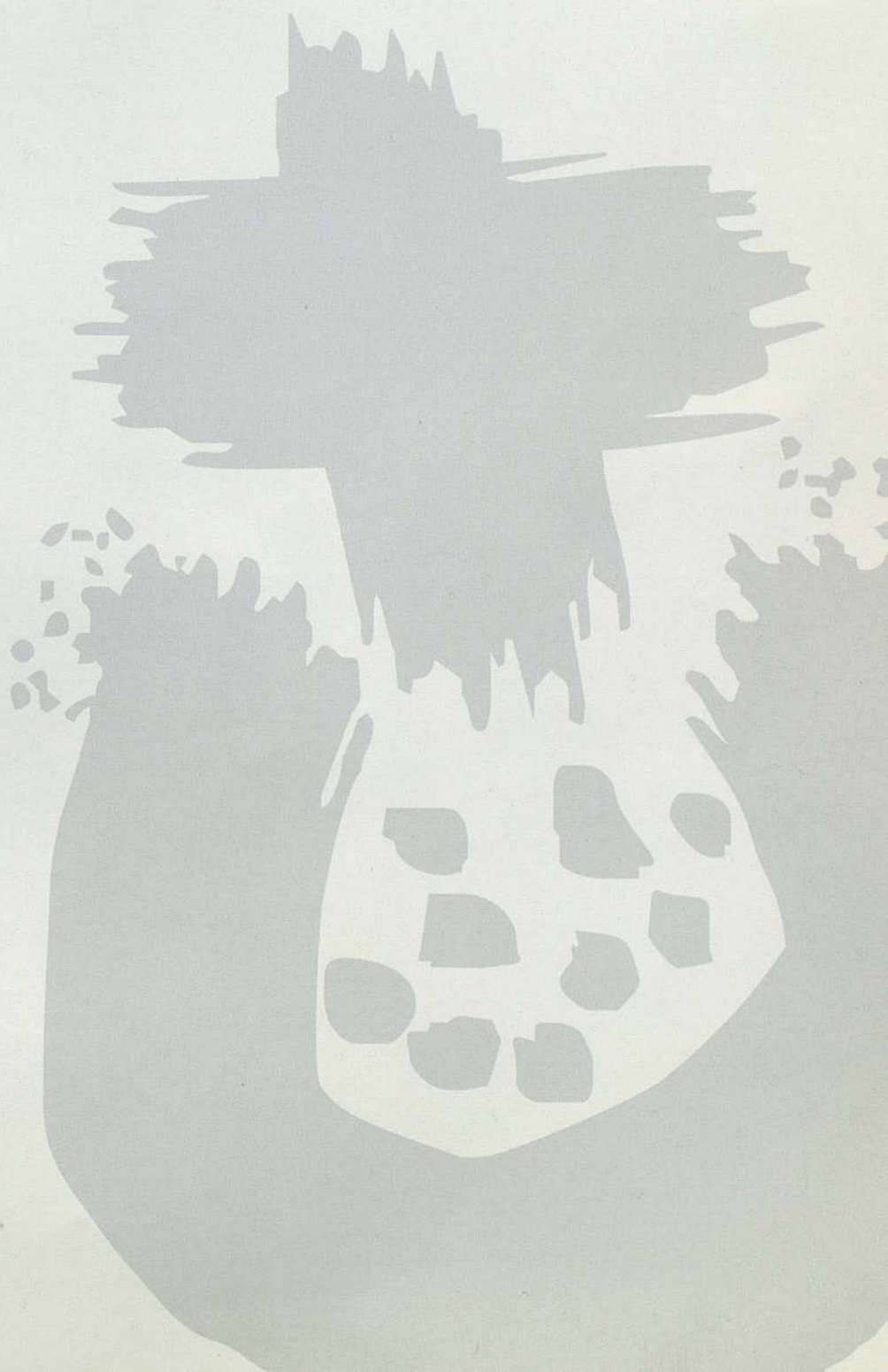
Sirvan algunos como ejemplo: integridad, confianza, independencia, libertad, veracidad, transparencia, sinceridad, dignidad, respeto, diálogo, compromiso cívico, eficiencia, equidad, responsabilidad cooperativa, legalidad, liderazgo, etc.

Vulnerable

Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente. Se aplica aquí a los sujetos, tanto en el ámbito de la investigación como de la asistencia clínica.

- **Vulnerar:** Transgredir, quebrantar, violar una ley o un precepto, dañar, perjudicar.





LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

www.sanjuandedios.net

