

## HUMANIZACIÓN DEL DOLOR EN EL CUIDADO DE LA SALUD: ACOGIDA Y COMPASIÓN

El mundo de la enfermedad y de la salud nos plantea hoy muchos problemas y nos dirige un cúmulo siempre creciente de demandas. Las más fáciles de percibir son las que afectan a la tecnificación de los cuidados médico asistenciales.

Pero su interpelación es fácilmente politizable y comercializable. La realidad de la enfermedad es suficientemente significativa para ser ignorada por los líderes políticos en sus campañas electorales. Y es suficientemente universal para suscitar el interés de los grandes inversores de capitales.

Pero junto a esas percepciones sesgadas de la realidad de los enfermos surgen otros interrogantes y caben otros subrayados. Uno de los más importantes es el que nos plantea las cuestiones éticas sobre los fines y los medios que pueden y deben emplearse en el cuidado de la salud.

Si estos problemas éticos no entraban en otros siglos en el campo de la Teología Moral <sup>1</sup>, en el día de hoy tanto ésta como la Bioética laica han adquirido conciencia de los valores y antivalo-

1 Los antiguos manuales de Teología Moral apenas mencionaban las cuestiones relativas a la salud. En el ámbito anglosajón suele decirse que la primera obra que se plantea estos temas es la de J. Fletcher, *Morals and Medicine: The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth. Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia*, Boston 1954. En España es preciso mencionar como pionera la obra de L. Alonso Muñoz, *Código de deontología médica*, Madrid 1956 (4.ª ed.: la primera es de 1934), prologada por el Dr. A. Vallejo Nágera. La problemática ética relativa a la salud fue también abordada por la famosa obra de B. Häring, *La ley de Cristo*, III, Herder, Barcelona 1973 (7.ª ed.: la primera edición, en alemán, es de 1954) 236-277.

res, de los derechos y deberes que entran en juego, y a veces en conflicto, en el área de la sanidad <sup>2</sup>.

Algunas ocasiones recientes, como el jubileo de los enfermos y del personal sanitario, han ofrecido a teólogos moralistas y agentes de pastoral una ocasión privilegiada para repensar la dignidad de los enfermos, así como la vocación y misión de servicio que la fe exige a los profesionales de la sanidad.

Queremos articular esta reflexión siguiendo el esquema de trabajo tantas veces sugerido por el Concilio Vaticano II. De esta forma somos invitados a dirigir tres miradas: la primera a nuestro mundo; la segunda a las fuentes de la fe; y la tercera a nuestro compromiso diario en favor de los enfermos, ahora interpelado y renovado por la palabra de Dios.

## 1. UNA MIRADA A NUESTRO MUNDO

Nuestro mundo es el mundo de Dios y de nuestros hermanos. También pertenece con todo derecho a nuestros hermanos enfermos. Este es el mismo mundo de siempre, pero marcado por algunas «signos de los tiempos», que lo hacen especialmente significativo.

Los signos son siempre ambiguos y polivalentes. Algunos de ellos nos llenan de preocupación, mientras que otros nos ayudan a mantener en alto el don y la virtud de la esperanza.

### 1.1. *Signos de preocupación*

En su mensaje para la Jornada Mundial del Enfermo que acabamos de celebrar, el Santo Padre se ha referido a algunos de los acontecimientos que han llenado de dolor y de sangre, de preocupación y desesperanza, el pasado siglo xx. Evocamos aquí algunos otros.

2 Véase, por ejemplo, M. Di Giandomenico, «La malattia tra teoria e storia», en F. Bellino (ed.), *Trattato di Bioetica*, Levante Editori, Bari 1992, 77-90; D. Tettamanzi, *Nuova Bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato 2000, 370-384: «Le strutture ospedaliere al servizio della persona».

### 1.1.1. El recuerdo de la manipulación del ser humano

El ser humano no sólo trata de dominar y manipular al mundo circundante no humano. Con mucha frecuencia siente la tentación de manipular también a sus congéneres. El hombre, sujeto de la manipulación, se convierte así en objeto de la misma. En otros tiempos, la manipulación del hombre por el hombre era un tanto rudimentaria y casera. En la actualidad, la ciencia y la técnica han creado innumerables posibilidades que no sólo facilitan esa intervención sobre el ser humano, sino que la alientan y la convierten en una meta seductora. De esta forma, la manipulación del ser humano puede a veces dejar de ser un medio para convertirse en un fin en sí misma <sup>3</sup>.

Se podría decir que la manipulación del hombre puede afectar tanto a su *ser* cuanto a su *ser-así*, tanto a su naturaleza e identidad cuanto a sus actitudes y comportamiento.

a) La manipulación tiende a modelar el mismo «ser» del hombre. Y lo intenta con repetida frecuencia, ya sea por medio de la ingeniería genética, ya tratando de «normalizar» la «muerte asistida».

b) En otras ocasiones, la manipulación tiende a modelar el «ser así» del hombre. Ahí se podrían situar diversos intentos de domesticar el pensamiento humano, orientando sus decisiones y coloreando sus preferencias.

El Papa Juan Pablo II ha tenido ocasión de recordar que el mundo de la medicina necesita una orientación moral por lo que se refiere a los temas de la ingeniería genética, el respeto del genoma humano, la procreación responsable, la definición de las tareas y fines de la organización sanitaria, así como los problemas relacionados con las intervenciones biomédicas en la corporeidad, en el enfermo y el moribundo. Estos múltiples y crecientes ámbitos de actuación han planteado de forma cada vez más urgente la necesidad de una reflexión coherente y plural que sienta las bases para una ética de la «manipulación humana», entendiendo este término en su sentido general y todavía no peyorativo <sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Para una ampliación de este tema, véase J. R. Flecha, *La fuente de la vida. Manual de Bioética*, Ed. Sígueme, Salamanca 2002, 3.ª ed., 74-92.

<sup>4</sup> Juan Pablo II, «Discurso al Congreso de Bioética organizado por la Universidad Católica del Sagrado Corazón (17-2-1996)», en *L'Osservatore Romano*, ed. esp. 28/8 (23-2-1996) 6; *Ecclesia* 2.787 (4-5-1996) 36-37; todo el discurso es interesante para este tema.

### 1.1.2. Peligros del tecnicismo

Los problemas relativos a la manipulación del ser humano no pueden reducirse solamente a lo que nos transmiten algunas llamativas noticias periodísticas. En muchas ocasiones, tal interés de los medios de comunicación se debe ciertamente a la admiración que suscitan los avances de la ciencia y de la técnica. Pero se debe sobre todo a una especie de «alarma social» que de cuando en cuando hace oír su voz. En esos casos asistimos a una preocupación por las consecuencias que tales intervenciones pueden acarrear para la actuación del ser humano y aun para la misma comprensión del mismo. Así se ha manifestado hace unos años Juan Pablo II:

«El progreso científico y tecnológico diariamente pone al hombre frente a descubrimientos sorprendentes que, mientras suscitan su admiración, al mismo tiempo lo llevan a interrogarse, a veces con preocupación, sobre las incógnitas del futuro. Descubre cada vez más que la dimensión ética de la investigación relacionada con la vida representa *un patrimonio indispensable* para garantizar su misma supervivencia»<sup>5</sup>.

Si bien se miran las cosas, las graves cuestiones que con frecuencia suscita la manipulación y la investigación sobre los seres humanos son siempre de tipo ético y antropológico.

Los progresos técnicos en el campo de la medicina y de la sanidad, en general, merecen una alabanza unánime, siempre que estén acompañados por un suplemento ético.

### 1.1.3. El riesgo del economicismo

Más peligrosa que la tecnología parece la orientación economicista de la medicina y de la enfermería. La atención a los ser-

5 Juan Pablo II, «Discurso al Congreso de Bioética, organizado por la Universidad Católica del Sagrado Corazón (17-2-1996)», en *L'Osservatore Romano*, ed. esp. 28/8 (23-2-1996) 98. Hoy es ya bastante común oír un lamento por la marginalización de que ha sido objeto la voz de las religiones en el terreno bioético: cf. A. Verhey (ed.), *Religion and Medical Ethics: Looking Back, Looking Forward*, William B. Eerdmans, Grand Rapids, Mich., 1996, especialmente el capítulo de S. Lammers y el de S. Hauerwas, en el que se denuncia el traspaso efectuado por Paul Ramsey del pensamiento cristiano a la ética médica.

vicios sanitarios ha de entrar necesariamente en la planificación de los presupuestos estatales o regionales. Es evidente que así ha de ser. Pero se percibe con una cierta frecuencia la intención política de reducir los gastos sociales precisamente en el campo de la sanidad.

Con ello, el derecho a la salud puede quedar en una declaración de principios que no encuentra su realización en el terreno práctico de la asignación de los recursos <sup>6</sup>.

En este contexto es bien sabido cómo en muchos países se ha abandonado el viejo ideal del Estado del bienestar. El Estado ha renunciado a la socialización de los servicios médico-sanitarios y los ha entregado de buena gana al ámbito privado, gestionado con frecuencia por grandes compañías aseguradoras. Éstas, a su vez, tienden a formar grandes grupos internacionales. También la asistencia médico-sanitaria ha entrado en la órbita de la globalización <sup>7</sup>.

De todas formas, tanto en el sistema del servicio público como en el sistema privatizado, la atención a los enfermos está siendo considerada cada vez más con criterios puramente empresariales. También la salud ha entrado a formar parte de la oferta de objetos y servicios que son cotizados en los nuevos mercados <sup>8</sup>.

Este riesgo es especialmente sentido cuando nos acercamos al campo de la asistencia a los enfermos ancianos. Aunque no estén privadas de buenos servicios, las residencias privadas para personas mayores son abiertas y gestionadas con criterios económicos <sup>9</sup>.

Sería una verdadera tragedia que el ser humano fuera tratado solamente de acuerdo con los criterios de los gastos o los beneficios que aporta a la sociedad o a las empresas comerciales.

6 Cf. E. Guillén, «El derecho a la salud en los programas de actuación sanitaria», en *Labor Hospitalaria*, 179-180 (1981) 13-14; todo el número está dedicado a los Derechos del Enfermo.

7 Cf. M. A. Baily, «Managed Care Organizations and the Rationing Problem», en *The Hastings Center Report* 33/1 (2003) 34-42.

8 Cf. E. Haavi Morreim, *Holding Health Care Accountable: Law and the New Medical Marketplace*, Oxford University Press, 2001.

9 B. Jennings - T. Ryndes - C. D'Onofrio - M. A. Baily, «The Ethical Imperative for acces to Hospice Care», en *Acces to Hospice Care*, número monográfico de *The Hastings Center Report* (2003) S13-S26.

#### 1.1.4. La profesionalidad como anonimato

La atención a la persona enferma pudo estar durante siglos en manos de personas bienintencionadas que asumían esa tarea como una «vocación». No hay que despreciar su dedicación, con frecuencia heroica. Sin embargo, el mundo de hoy exige que ese servicio sea prestado por personas cuidadosamente preparadas y dotadas de una exquisita profesionalidad.

Sin embargo, la profesionalidad también puede resultar ambigua. Por de pronto, no puede entenderse como una negativa al aspecto vocacional del servicio. Y en un segundo momento, la profesionalidad no puede entenderse como una reivindicación del anonimato o de la insensibilidad en relación con el paciente.

#### 1.2. *Signos de esperanza*

Con todo, desde una simple postura humana sería inadecuado ceder a la tentación de la desconfianza sistemática ante los profesionales de la sanidad. En el marco de una cosmovisión cristiana tal actitud sería un pecado contra la esperanza y contra la caridad. Por supuesto, también contra la más elemental justicia.

El creyente sabe y confiesa que la realidad humana ha sido redimida por el Hijo de Dios y la situación social de nuestros días presenta también el rastro de las «semillas del Verbo» de Dios, que ha venido a humanizar esta tierra.

En el mensaje para la celebración de la Jornada del Enfermo del año jubilar 2000, el papa Juan Pablo II ponía de relieve algunos de los logros conseguidos en este campo:

«A lo largo de la historia, el hombre ha aprovechado los recursos de su inteligencia y de su corazón para superar los límites inherentes a su propia condición, y ha logrado grandes conquistas en la tutela de la salud. Basta pensar en la posibilidad de prolongar la vida y mejorar su calidad, aliviar los sufrimientos y valorar las potencialidades de la persona mediante el uso de medicamentos de eficacia segura y de tecnologías cada vez más avanzadas. A esas conquistas se añaden las de carácter social, como la conciencia generalizada del derecho a la asistencia sanitaria y su codificación en las diversas 'Cartas de los derechos del enfermo'. Además, no hay que olvidar la significativa evolución que se ha realizado en el sector de la asistencia gracias a la aparición

de nuevas aplicaciones sanitarias, de un servicio de enfermería cada vez más cualificado y del fenómeno del voluntariado, que en tiempos recientes ha alcanzado niveles significativos de competencia»<sup>10</sup>.

También en el ámbito de la sanidad y del cuidado de la salud, el campo está sembrado de semillas de esperanza. Fijémonos por un momento en alguna de esas señales de los tiempos.

### 1.2.1. Descubrimiento de los derechos de la persona

Entre los aspectos más positivos que han marcado el siglo xx habrá de ser recordada la Declaración Universal de los Derechos Humanos (10-12-1948), seguida por la Convención Europea de los Derechos del Hombre (4-11-1950) y por tantas otras.

En este contexto nos complace recordar el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, promulgado por el Consejo de Europa en Oviedo (España) el 4 de abril de 1997. Tanto en el preámbulo como en varios de los artículos del mismo se subraya el interés por la dignidad de la persona, que ha de ser protegida de cualquier amenaza derivada del uso inadecuado de los avances científicos.

Con toda razón, el Convenio extiende, además, su interés a la sociedad en la que vive la persona y a toda la especie humana, que hoy ha de ser objeto de especial responsabilidad, gracias precisamente a los logros que se basan en el enorme avance de la genética y en el conocimiento del genoma humano.

En este momento se puede decir con verdad que los últimos tiempos han aportado un significativo cambio de paradigma. El paciente ha pasado de ser considerado como *infirmus*, a poder presentarse como un sujeto de derechos<sup>11</sup>.

10 Traducción del archivo informático de la Santa Sede. El mensaje evocaba también, a continuación, en los persistentes motivos de preocupación como las guerras, o las «formas de enfermedad difundidas ampliamente en la sociedad, como la drogadicción, el sida, las enfermedades debidas a la degradación de las grandes ciudades y del ambiente».

11 E. Busquets i Alibés, «El paciente: de *infirmus* a sujeto de derechos», en *Bioética & Debat* 9/31 (enero 2003) 1-4.

### 1.2.2. Comprensión global de la salud y la enfermedad

La salud humana, y en consecuencia también la enfermedad, es entendida en nuestros días de acuerdo con una concepción global, que implica a la persona entera y, por tanto, reclama la atención de muchos profesionales sanitarios y sociales <sup>12</sup>.

La articulación de la Bioética contemporánea está obligando a todos a redescubrir la identidad de la persona. No basta con afirmar los derechos de la persona; es preciso analizar el concepto mismo de persona que está en juego <sup>13</sup>. De lo contrario esta disciplina podría quedar a merced de unos principios, más o menos aceptados por todos, pero carentes de una referencia a la persona humana.

Las referencias éticas formuladas hace unos años por la Asociación Católica de Enfermería, CICIAMS, recuerdan que el personal de enfermería está al servicio de la salud de las personas, de la familia y de la comunidad (0.1).

Pero, por otra parte, todos percibimos que la situación de enfermedad de una persona ejerce un influjo determinante sobre las posibilidades de actuación y relación de toda su familia.

### 1.2.3. Profesionalización como humanización y voluntariado

Es también un signo lleno de esperanza poder descubrir cómo por todas partes del mundo surge el anhelo de un voluntariado generoso y diligente <sup>14</sup>. Seguramente esta señal puede ser leída como una invitación profética. Ante el eco que suscita en las conciencias de la sociedad, la profesión del personal de enfermería y obstetricia, no puede permanecer indiferente. Seguramente la profesionalidad habrá de entenderse cada día más en clave de humanización y de entrega generosa.

<sup>12</sup> Cf. S. Polgar, «Salud», en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, 9, Aguilar, Madrid 1976, 451-456; S. Spinsanti, «Salute», en *Dizionario di Bioetica*, Istituto Siciliano di Bioetica - Centro Editoriale Dehoniano, Acireale-Bologna 1994, 865-867.

<sup>13</sup> Cf. E. Kowalski, «Quale uomo e quale etica per la bioética?», en *Studia Moralia* 39/1 (2001) 175-195.

<sup>14</sup> Sobre la emergencia de la inclinación al voluntariado entre los jóvenes españoles, cf. P. González Blasco, «Relaciones sociales y espacios vivenciales», en J. Elzo y otros, *Jóvenes españoles 99*, Fundación Santa María, Madrid 1999, 235-245.



Los mismos principios éticos de CICIAMS, previamente evocados, recuerdan expresamente que «para el personal de enfermería católico el servicio de la persona humana se enraíza en el amor de caridad, que tiene su fuente en el mismo Dios» (1.1).

La Carta del Personal de la Sanidad, promulgada en 1995, por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Servicios de la Salud, comienza recordando que «la actividad de los profesionales de la salud tiene un valor inestimable de *servicio a la vida*. Es la expresión de un compromiso profundamente humano y cristiano, asumido y ejercido, no sólo en forma de actividad técnica, sino también de dedicación y de amor hacia el prójimo» (n. 1).

#### 1.2.4. Una investigación respetuosa

Como es evidente, el progreso en las ciencias y las técnicas médico-sanitarias no es posible sin el recurso a la investigación. A nadie se le oculta, sin embargo, que ésta puede atentar contra los derechos de la persona y de la sociedad, cuando no obedece a criterios éticos. La técnica no puede ser autónoma. No todo lo que es posible, es por el mismo hecho aceptable.

Diversos documentos, como la Declaración de Helsinki, posteriormente revisada en Tokio y Venecia, han establecido normas tendentes a regular la investigación.

Es de agradecer que los criterios éticos no solamente sean solicitados y seguidos por los equipos dedicados a la investigación, sino que informen las políticas que la promueven. Con frecuencia la orientación de tales criterios puede ser detectada al comprobar la mera distribución de los recursos a unas prioridades sobre otras <sup>15</sup>.

Es de esperar que, sobre todas las finalidades se imponga siempre el mayor y mejor interés de la persona, especialmente la persona «enferma» y necesitada de atención médica.

15 Cf. E. Sgreccia, «La política della ricerca biomédica: valori e priorità», en *Medicina e Morale* 53/1 (2003) 11-65.

## 2. UNA MIRADA A LAS FUENTES DE LA FE

Los profesionales cristianos de la salud y la enfermedad juzgan sin duda su propio comportamiento a la luz de la razón humana, como hacen sus compañeros que no se profesan creyentes. La fe no nos exime del discernimiento racional sobre lo que se ha de hacer o se ha de evitar. Para creyentes y no creyentes es aceptable el antiguo lema de Protágoras, aunque entendido ahora en sentido ético: «el hombre es la medida de todas las cosas». Es cierto, sin embargo, que al cristiano la figura y el valor del ser humano le ha sido revelado definitivamente en la palabra y el icono de Jesús, el Cristo de Dios. Así lo expresaba el Concilio Vaticano II, con palabras inolvidables:

«En realidad, el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado. Porque Adán, el primer hombre, era figura del que había de venir, es decir, Cristo nuestro Señor. Cristo, el nuevo Adán, en la misma revelación del misterio del Padre y de su amor, manifiesta plenamente el hombre al propio hombre y le descubre la sublimidad de su vocación» (GS, 22).

A Jesucristo se vuelven los cristianos para tratar de descubrir la dignidad del ser humano y su propia responsabilidad ética ante él. Y a él se vuelve la Iglesia entera para descubrir el sentido salvífico del dolor, como ha escrito Juan Pablo II en el citado mensaje para la Jornada del enfermo del año 2000:

«La Iglesia, participe de las alegrías y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de todos los tiempos, ha acompañado y sostenido constantemente a la humanidad en su lucha contra el dolor y en su esfuerzo de promoción de la salud.

Al mismo tiempo, se ha comprometido a revelar a los hombres el sentido del sufrimiento y las riquezas de la redención realizada por Cristo Salvador. En la historia ha habido grandes figuras de hombres y mujeres que, guiados por el deseo de imitar a Cristo mediante un profundo amor a sus hermanos pobres y enfermos, han puesto en marcha innumerables iniciativas de asistencia, realizando obras de bien a lo largo de los últimos dos milenios».

Jesucristo no es sólo Maestro de comportamiento. Es también un modelo de conducta. Es el ideal mismo. El universal-concreto

de los valores éticos, es decir, el icono de la realización ontológica del ser humano. La fe nos ayuda ulteriormente a comprender que es, además, consujeto del obrar humano responsable.

### 2.1. *Una actitud «samaritana»*

Como ya escribió Juan Pablo II en la exhortación *Salvifici doloris*, las actitudes fundamentales del cristiano ante la persona sufriente han sido ejemplificadas de una vez por todas en la parábola del Buen Samaritano (Lc 10, 29-37). Al mismo paradigma volvió a referirse el Papa en el mensaje recién mencionado.

Los cristianos individuales y las instituciones cristianas han de mirar constantemente al modelo diseñado en la parábola para evitar las posturas allí veladamente condenadas y tratar de seguir los pasos que definen la actitud que es alabada por haber convertido en realidad el precepto de amar al prójimo que se encontraba ya proclamado en el libro del Levítico (Lev 19, 18).

#### 2.1.1. Mirar, compadecerse y actuar

Tres actitudes definen la figura ética de aquel que sabe «aproximarse» a la humanidad caída a la vera del camino: mirar, compadecerse y actuar.

a) En primer lugar, es necesario saber detenerse y prestar atención. Lo primero —es decir, detenerse— es difícil en una sociedad y en una profesión marcadas por ritmos vertiginosos y por una prisa que no concede pausa para la atención serena a la persona concreta. Lo segundo —es decir, prestar atención— resulta casi imposible en un mundo masificado en el que la persona es conocida y reconocida por un número de identificación, donde las cardiopatías, la toxicodependencia, el cáncer o el SIDA son estadísticas articuladas por países, ambientes sociales, actividad ocupacional, etc.

Para saber detenerse hemos de prescindir por un momento de la urgencia de nuestras metas habituales, hemos de estar dispuestos a salir del ámbito de nuestros intereses inmediatos, hemos de cultivar la capacidad de asombro, hemos de aprender a mirar a nuestro alrededor con ojos desacostumbrados: nuevos cada día.

b) Sin embargo, no basta con prestar atención. También el sacerdote y el levita de la parábola evangélica percibieron la pre-

sencia del hombre caído. Además de detenerse, que no es poco, es preciso «compadecerse».

En el mundo de hoy esta palabra suena a un romanticismo vacío y anticuado. También en el campo de la medicina y de la sanidad, los últimos tiempos han procurado sustituir una ética del paternalismo terapéutico por una ética fundada en los derechos del paciente. Se prefiere hablar de justicia a mencionar la compasión. Es más: se nos educa para una profesionalidad que procura no internalizar los problemas del paciente.

Con todo, la misma concepción actual de la salud, la enfermedad y la terapia nos recuerda que el ser humano necesita la «compasión» —*syn-patheia*— más que la cogestión —*syn-ergia*— de un sistema eficiente de salud.

c) A pesar de ello, comprendemos fácilmente que la compasión es relativamente fácil, sobre todo cuando es superficial y pasajera. Con motivo de las grandes catástrofes naturales, los Medios de Comunicación Social la suscitan, manejan y orientan con maestría. El Buen samaritano no sólo «siente» compasión, sino que hace todo lo posible para prestar una ayuda eficaz, y en cierto modo institucionalizada al hombre que ha encontrado herido.

Los profesionales cristianos de la salud son invitados por este mensaje a pensar y articular formas nuevas y creativas de atención, cercanía y ayuda a las personas que sufren <sup>16</sup>.

La comunidad cristiana, en general, habrá de repensar sus posibilidades para hacerse presente, de forma personal o mediante su prestación económica, en los casos en los que la persona sufriente escapa, como un pecelillo, de las redes más tupidas de la asistencia social.

### 2.1.2. El Señor que acoge y es acogido

Los Padres antiguos de la Iglesia compararon con frecuencia al Buen Samaritano con la persona misma de Jesús. Él hace nuestro propio camino y nos encuentra heridos y medio muertos. Él no pasa de largo junto a nosotros. Tomó sobre sí todas nuestras dolencias, como el Siervo cantado por los poemas que se encuentran en

<sup>16</sup> Cf. G. L. Gigli, «Duc in altum! Los médicos y la nueva evangelización», en *Iglesia y salud en el mundo*, número monográfico de *Dolentium hominum* 17/51 (2002) 35-43.

el libro de Isaías. Y se entregó por nosotros y por nuestra salvación. Tal es la interpretación que ofrece, por ejemplo, san Ambrosio, en su *Comentario al Evangelio de San Lucas* <sup>17</sup>.

Al acoger y tratar de humanizar el dolor en el cuidado de la salud sabemos que, humilde e inmerecidamente, reproducimos la imagen y el protagonismo del Señor Jesús.

Pero a la tradición cristiana le ha gustado también contemplar a Jesús en el hombre caído a la orilla del camino. Él sufre en cada uno de nuestros hermanos que sufren, sean niños, drogadictos, enfermos crónicos o mentales, ancianos o enfermos terminales.

En nuestra acogida y compasión se repite misteriosamente el icono del Señor que acoge al Señor. Nuestra acogida y compasión es signo cuasi-sacramental de su misericordia.

## 2.2. *Estaba enfermo y me visitasteis*

Más claramente todavía ha sido reflejado este segundo aspecto en la parábola-profecía del juicio sobre el mundo. «El Rey dirá a los de su derecha: 'Estuve enfermo y me visitasteis'. Y reprochará a los de su izquierda: 'Estuve enfermo y no me visitasteis'. Ante el asombro de unos y otros que preguntan sobre el dónde y el cuándo, el Rey responderá que tal acogida o tal desdén tuvieron lugar cuando visitamos o no a uno de sus hermanos más pequeños» (cf. Mt 25, 31-46).

Los enfermos se convierten para san Agustín en una referencia obligada de la caridad. A ellos se dedican especialmente los obispos, sacerdotes, diáconos y ministros de los misterios divinos, aunque en algún pasaje agustiniano esa dedicación significa la atención a los débiles y los pecadores <sup>18</sup>.

### 2.2.1. Peregrinación hacia el hermano enfermo

En el año jubilar que conmemoraba los dos mil años del nacimiento del Redentor fuimos invitados a asumir el papel de peregrinos. Como sabemos, la peregrinación significa una salida de los

<sup>17</sup> San Ambrosio, *Tratado sobre el evangelio de San Lucas*, 7, 74-79, en M. Garrido (ed.), *Obras de San Ambrosio*, I, BAC, Madrid 1964, 381-382.

<sup>18</sup> San Agustín, *Costumbres de la Iglesia Católica*, I, 32, 69.

hábitos adquiridos, el recorrido del camino, las actitudes de la provisionalidad y la austeridad, la aspiración a una meta ideal (la nueva ciudad) y la solidaridad con los caminantes. Un ejercicio, al fin, de la virtud de la esperanza.

Con motivo de este especial año jubilar, el papa Juan Pablo II nos invitó a peregrinar hacia nuestros hermanos enfermos. Ellos son el lugar santo en el que nos encontramos con Dios. Como ocurre con la meta de nuestra peregrinación jubilar, nuestros hermanos enfermos nos dan mucho más de lo que nosotros les podemos dar.

### 2.2.2. Peregrinación hacia Cristo presente en el que sufre

En ellos nos encontramos con nosotros mismos. En ellos encontramos al «tú» que hace posible el reconocimiento del «yo» y la verdadera construcción del «nosotros». En el hermano enfermo encontramos la honda verdad del ser humano: ésa que habitualmente se encuentra enmascarada por nuestras ansias de tener, de poder o del placer<sup>19</sup>.

Pero en nuestra peregrinación hasta el hermano que vive en el dolor realizamos la más verdadera peregrinación hacia Cristo presente en el que sufre, identificado con la persona que sufre. En esa peregrinación, más que sujetos de la acogida y la compasión, cada uno de nosotros es destinatario y término de la acogida y compasión del Señor que ha querido presentarse como nuestro hermano.

### 2.3. «*Curate infirmos*»

En ese acercamiento acogedor y compasivo, cada uno de nosotros reproduce la imagen de Jesús que curaba a los enfermos (Mt 8, 16; Mc 6, 56; Lc 4, 40; Jn 4, 46). Pero escucha y asume también la palabra de Jesús, que envía a sus discípulos a cuidar de los enfermos (Mt 10, 8; Lc 9, 2). *Curate infirmos*. La comunidad cristiana sabe que ha sido enviada como maestra y enfermera.

Según san Jerónimo a los apóstoles, que «prometían el Reino de los cielos, el Señor les concede estos poderes: curad enfermos,

19 Cf. L. Basset, «La compasión, une reconnaissance d'autrui et de soi», en *Accompagner l'autre*, número especial de la *Revue d'éthique et de théologie morale*, 222 (sept. 2002) 53-68.

limpiad leprosos, expulsad demonios, a fin de que la grandeza de las obras demuestra la grandeza de las promesas»<sup>20</sup>.

Enseñar y curar: esas son las dos tareas fundamentales que le han sido confiadas.

Dos tareas aparentemente sencillas, que exigen de los enviados por el Señor una actitud nueva, siempre renovada.

### 2.3.1. Conversión del corazón

Una actitud que implica la conversión del corazón, de forma que los discípulos podamos realizar en el mundo los signos que Él mismo realizaba (cf. Act 5, 15; 19, 12).

La conversión nos ayudará a superar las tentaciones de autosuficiencia y a comprender nuestro puesto en el «ministerio» de la compasión de Dios. El misterio de la cruz de Cristo ha de despertar en nosotros los mismos sentimientos que llevaron a Jesús hasta la entrega de su vida (Flp 2, 5). El misterio de su resurrección nos constituye en testigos y mensajeros de una vida que transfigura el dolor y nos abre las puertas a una vida eterna, en el amor de Dios.

### 2.3.2. Testimonio de la misericordia de Dios

Sólo con un corazón renovado y sanado por la gracia de Dios podremos ser un sencillo y creíble testimonio de la misericordia de Dios. En un mundo pragmático que valora al ser humano por su utilidad, somos los testigos del valor «in-útil» de la persona humana. En un mundo tecnificado y anónimo podemos y debemos ser testigos de esa compasión que abarca a todos los hombres y mujeres, especialmente a aquellos que se encuentran en necesidad y aquellos que sufren.

Las más sofisticadas tecnologías pueden resultar enormemente dañinas cuando se olvida la dignidad única y la dimensión trascendente de la persona<sup>21</sup>.

20 San Jerónimo, *Comentario al Evangelio de Mateo*, I, 10, 8; ed. Ciudad Nueva, Madrid 1999, 98.

21 Cf. D. Callahan, «Too much of a Good Thing: How Splendid Technologies can go wrong», en *The Hastings Center Report* 33/2 (2003) 19-22.

### 3. UNA MIRADA AL FUTURO

Tras esta mirada a los hechos y textos fundamentales de nuestra fe, es preciso volver nuestra mirada a la vida diaria. En realidad las preguntas pueden formularse de una forma inmediata y concreta: ¿Qué se espera de nosotros por parte de la sociedad? ¿Qué es lo que más valoran los pacientes entre las variadas ofertas que les pueda ofrecer la atención hospitalaria?<sup>22</sup>

Es verdad que también pueden formularse en términos más académicos y profesionales: ¿Qué tipo de actuaciones habrán de ser implementadas para que la atención médico-sanitaria sea más humana y humanizadora? Y, sobre todo, ¿qué tipo de ética médica sería esperable, en un futuro inmediato, que se abre a las amplias perspectivas de un nuevo milenio?<sup>23</sup>

Creemos que las expectativas y los proyectos deberían, por una parte, centrarse en los valores éticos más importantes y, por otra, aludir a las personas e instituciones implicadas en la responsabilidad de humanizar el dolor.

#### 3.1. Algunos valores prioritarios

Es difícil establecer una jerarquía de valores, con pretensiones de universalidad. De todas formas, nos atrevemos a señalar tres que nos parecen especialmente relevantes en este momento

##### 3.1.1. Valoración de la dignidad de la persona

Para san Ireneo, «la gloria del hombre es Dios». Pero, puesto que el receptor de la operación de Dios es el ser humano, también se puede afirmar con igual justicia que la gloria de Dios es el hombre viviente<sup>24</sup>.

El Concilio Vaticano II sitúa la dignidad de la persona (GS, 26, 27, 40, 41), precisamente en el propio valor eminente, que ella debe

22 Cf. S. Joffe - M. Mannocchia - J. C. Weeks - P. D. Cleary, «What do Patients value in their Hospital Care? An Empirical Perspective on Autonomy centred Bioethics», en *Journal of Medical Ethics* 29/2 (2003) 103-108.

23 Cf. D. N. Irving, «Which Medical Ethics for the 21st Century?», en *The Linacre Quarterly* 70/1 (2003) 46-59.

24 San Ireneo, *Adv. Haer.* 3, 30,2; 4, 20, 7.



realizar de forma libre por sí misma. Por eso advierte contra el peligro de que la persona sea empleada como medio para un fin ajeno a sí misma (GS, 27) y apela a la categoría de la iconalidad: «La Biblia nos enseña que el hombre ha sido creado 'a imagen de Dios', con capacidad para conocer y amar a su Creador» (GS, 12 c).

A esta convicción de fe responde una de las expresiones más bellas y profundas de la antropología conciliar, que ha sido muchas veces evocada por el magisterio de Juan Pablo II:

«El hombre, única criatura terrestre a la que Dios ha amado por sí misma, no puede encontrar su propia plenitud si no es en la entrega sincera de sí misma a los demás»<sup>25</sup>.

A la luz de esta confesión cristiana, se comprenden dos cualidades de la persona humana que son determinantes para la reivindicación ética de su dignidad, como son la unicidad y la finalidad.

a) La persona humana se subleva ante la mera posibilidad de ser reducida a pieza plural, reemplazable, anónima y prescindible. Esta reclamación de la unicidad no se basa solamente en la ostentación de los rasgos fisionómicos, siempre diversos y prácticamente irrepetibles. Se basa sobre todo en la diferenciación de la conciencia personal. Los dolores y los gozos de un ser humano lo modelan, en el doble sentido que alude tanto a la conformación como a la ejemplificación. El hombre es un ser «modelado» por «su» historia personal. Y, en íntima conexión con ese dato, el hombre se convierte en un ser «modélico» y prototípico.

Algo de la hondura de estas vivencias reflejan unas palabras de Juan Pablo II, en las que la afirmación de la iconalidad divina del ser humano, a partir de su misma creación, le lleva a la defensa de la unicidad de la persona:

«Precisamente por ser persona, el hombre, entre todas las criaturas, está revestido de una dignidad única. Cada hombre tiene su propia razón de ser, y jamás puede ser utilizado como simple medio para alcanzar otras metas, ni siquiera en nombre del bienestar y del progreso de toda la comunidad. Dios, al crear al hombre a su imagen, quiso hacerlo participe de su señorío y de su gloria»<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> GS, 24 c; Juan Pablo II, *Redemptor hominis*, 13.

<sup>26</sup> Juan Pablo II, «Discurso a los participantes en la XI Conferencia Internacional de Pastoral Sanitaria (30-11-1996), en *L'Osservatore Romano* (ed. esp.) 28/49 (6-12-1996) 8.

Desde la visión de la fe, el creyente percibe la unicidad del ser personal en el contexto del amor de Dios, que es a la vez personal y personalizante. La unicidad de la persona remite a una dialogicidad trascendente, es decir a la comunicación de Dios y a la comunicación con Dios. A esa fe nos conduce la consideración de Jesús, Verbo e Icono de Dios que se hace «conversación» con los hombres y mujeres de su tiempo, rescatando su unicidad irreplicable de los esquemas unificadores de la legalidad. He ahí una de las consecuencias primeras de la afirmación creyente de la «encarnación». Esa convicción se encuentra reflejada en la afirmación paulina: «Me amó y se entregó a sí mismo por mí» (Gál 2, 20).

b) Una reflexión sobre la finalidad de la persona humana ha de ser coherente y radical si pretende ser creíble. El ser humano se sitúa en el reino de los fines no en razón de sus propiedades «adjetivales», sino por su mismo carácter de absolutez, previo a toda determinación adventicia o coyuntural.

A la luz de la revelación bíblica, el hombre se comprende como fin de la creación (Sal 8)<sup>27</sup>, mientras que él sólo en Dios tiene su último fin<sup>28</sup>.

Para los textos evangélicos, Jesús antepone la dignidad del hombre concreto a las normas más sagradas de la Ley de Moisés (cf. Mc 2, 27). Para Jesús, el ser humano concreto es incomparablemente superior a todos los bienes de la tierra (cf. Mt 12, 12).

Como haciéndose eco de una conocida corriente humanística de pensamiento, afirma enfáticamente el Concilio: «El hombre vale más por lo que es que por lo que tiene» (GS, 35 a)<sup>29</sup>.

La práctica médico sanitaria está llamada no solo a curar (*to cure*), sino sobre todo a cuidar (*to care*) a la persona. La ética del cuidado se fundamenta en la dignidad de la persona. Ese cuidado determina la bondad ética y la aceptabilidad de las prácticas sanitarias<sup>30</sup>.

27 Sobre la imagen del hombre como señor de la creación que se encuentra en Sal 8, 6, comparada con la visión del ser humano que se halla en Gén 1 y Dn 7, véase L. Alonso Schökel - C. Carniti, *Salmos*, I (Estella 1992) 221-222.

28 Cf. GS, 41; GS, 21 g; GS, 10 a: el hombre se presenta a nuestros ojos como ilimitado en sus deseos.

29 Véase también EV 81 y 98.

30 Cf. H. Lindemann Nelson, «Pictures of Persons and the Good of Hospital Care», en *Access to Hospice Care*, número monográfico de *The Hastings Center Report* (2003) S13-S26.

### 3.1.2. Confiar en la posibilidad del autocuidado

Precisamente, en atención a esa dignidad de la persona, la enfermería moderna trata de suscitar las posibilidades de autocuidado que yacen, a veces desconocidas, en todo ser humano.

El Convenio Europeo relativo a los Derechos Humanos y la Bio-medicina subraya con razón la importancia del consentimiento informado del paciente (cap. II, art. 5), que ha venido a constituir el primero de los principios de la moderna Bioética.

Sin embargo, los profesionales cristianos del cuidado a los enfermos saben que este principio no constituye una mera estrategia funcional con el fin de evitar algunas consecuencias desagradables en la relación entre el personal-médico sanitario y el paciente.

Para los cristianos, la confianza en las posibilidades de autocuidado nace precisamente de la afirmación, o por mejor decir, del auto de fe, sobre la dignidad y la responsabilidad de la persona que es confiada a nuestra acogida y compasión. Si su dolor se ha hecho de alguna forma «nuestro», también nuestra vitalidad y nuestro amor a la vida y a la salud ha de hacerse de alguna forma «suyo».

### 3.1.3. Acoger al otro como diferente

En el fondo, hemos de intentar respetar profundamente su identidad, sus motivaciones y sus valores. Acoger al otro no significa suplantar su capacidad de decisión, ni el carácter específico de su dolor o su soledad. Tratamos de acoger al otro no como una proyección del «yo», sino como un «tú», siempre diferente, siempre misterioso y misterico, siempre epifánico e interpelante.

Al otro nos acercamos con respeto. Descalzamos nuestros pies, y nuestros prejuicios, como Moisés ante la zarza que ardía sin consumirse (Éx 3, 5). La otredad del hermano es, en cierto modo, una revelación de la alteridad del Absolutamente Otro. Y como a tal lo acogemos.

## 3.2. *Agentes de la acogida y la compasión*

Nos queda todavía una breve observación: la que se refiere a los «agentes» de la humanización. El Buen Samaritano de la parábola

bola evangélica se identifica con cada uno de nosotros. Pero ese «nosotros» trasciende la singularidad e individualidad de la persona. Es todo un coro el que se espera en este tiempo para interpretar la melodía de la acogida y la compasión.

### 3.2.1. La familia

En primer lugar, queremos mencionar la familia, como agente de cuidado y hasta de pastoral sanitaria.

La familia, en efecto, es la primera institución llamada a prestar atención al dolor de cada uno de sus miembros. Y lo hace desde la más absoluta gratuidad. Su servicio a los miembros enfermos es ya un evangelio del amor.

Por otra parte, en cada miembro que sufre, la familia entera sufre. Ella sostiene y conforta. Pero ella ha de ser también sostenida y confortada. La sociedad habrá de tratar de articular medios y subsidios para atender a la familia que atiende a sus enfermos.

La parroquia y las diversas organizaciones cristianas de voluntariado habrán de aprender a cuidar a estos cuidadores.

### 3.2.2. Enfermeros/as y asistentes médico-sociales

El personal médico-sanitario y social está llamado a intervenir, de forma supletoria y profesional, cuando la familia es incapaz de prestar la debida atención al dolor de alguno de sus miembros. En los profesionales de la salud se amplía el ámbito de la familia natural. A ellos se les confían datos y secretos de la persona y de la familia. Ellos reciben el privilegio de las confidencias y la gran responsabilidad de una acogida que casi nunca pueden prestar otros agentes sociales. La carga reclama, en consecuencia, una actitud de humilde respeto y de generosa gratitud.

En cada uno de estos profesionales que ofrecen su rostro y su mano al paciente están también representadas tantas otras personas que, desde otros servicios sanitarios, hacen posible el milagro de la acogida y la compasión.

### 3.2.3. La comunidad cristiana

El papel del Buen Samaritano ha de ser también representado por toda la comunidad cristiana. La parroquia, la escuela católica, las diversas asociaciones apostólicas han prestado durante siglos una constante atención a los pobres, a los ancianos, a los encarcelados o a los peregrinos. También a los enfermos.

Pero, en esta hora particular de la historia, será oportuno preguntarse qué puede hacer cada institución por mostrar a los enfermos y a todos los que viven en el mundo del dolor la acogida y la compasión de la comunidad de nuestro Salvador y Redentor Jesucristo. Ya en la *Salvifici doloris* decía el papa Juan Pablo II que «la familia, la escuela, las demás instituciones educativas, aunque sólo sea por motivos humanitarios, deben trabajar con perseverancia para despertar y afinar esa sensibilidad hacia el prójimo y su sufrimiento» (*Salvifici doloris*, 29).

### 3.2.4. La comunidad humana

En una carta pastoral sobre el aborto, que lleva el hermoso título de *La alegría de la vida*, los obispos polacos han recordado cómo el profesor Norberto Bobbio, que por otra parte no es una persona creyente, pide a todos los defensores de la democracia que no dejen sólo a la Iglesia Católica el monopolio de la defensa de la vida del hombre y del orden moral democrático»<sup>31</sup>.

El dolor no es un triste patrimonio de los creyentes. Y la humanización del dolor tampoco les ha sido reservada en honroso privilegio. Toda la comunidad humana está llamada a hacer suyas las actitudes y tareas del Buen Samaritano. Gobernantes, educadores, creadores de opinión, empresarios y gestores, artistas y creadores, organizadores de pequeñas y grandes fundaciones: todos pueden prestar su colaboración para ofrecer una sincera acogida y una eficaz compasión a los hermanos que sufren.

31 «La alegría de la vida», en *Ecclesia* 2.609, 38.

#### 4. CONCLUSIÓN

Quisiera terminar estas reflexiones con un pensamiento tomado del mensaje que el Santo Padre nos dirigió con motivo de la Jornada mundial de los Enfermos en el año jubilar año 2000.

Tras recordar el deber de defender la vida humana, el Papa se refiere con estas palabras al deber de promover una salud digna del hombre:

«En nuestra sociedad existe el peligro de hacer de la salud un ídolo al que se subordina cualquier otro valor. La visión cristiana del hombre contrasta con una noción de salud reducida a pura vitalidad exuberante, satisfecha de la propia eficiencia física y absolutamente cerrada a toda consideración positiva del sufrimiento. Dicha visión, descuidando las dimensiones espirituales y sociales de la persona, termina por perjudicar su verdadero bien. Precisamente porque la salud no se limita a la perfección biológica, también la vida vivida en el sufrimiento ofrece espacios de crecimiento y autorrealización, y abre el camino al descubrimiento de nuevos valores.

Esta visión de la salud, fundada en una antropología respetuosa de la persona en su integridad, lejos de identificarse con la simple ausencia de enfermedades, se presenta como aspiración a una armonía más plena y a un sano equilibrio físico, psíquico, espiritual y social. Desde esta perspectiva, la persona misma está llamada a movilizar todas las energías disponibles para realizar su propia vocación y el bien de los demás».

Hacemos nuestros esos deseos que adquieren un nuevo significado cuando se tienen realmente en cuenta la presencia y las demandas de tantos hermanos y hermanas que viven en la enfermedad y el dolor los dones de la fe, de la esperanza y del amor.

JOSÉ-ROMÁN FLECHA ANDRÉS

## SUMMARY

This article on the *Humanitation of pain* points out some reasons for concern in the world of health care: manipulation, the application of technology and economics to health care, professional anonymity. It also highlights some signs of hope: the discovery of human rights, the integral comprehension of health and illness, professionalism as a commitment to humanisation, the increase of voluntary workers. The article reminds us that John Paul II has compared the service of the sick many times to three attitudes which characterize the Good Samaritan. Finally, it asks what are characteristics which define health care activity as truly human specifically Christian.