

# Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios



ORDEN HOSPITALARIA DE

**San Juan de Dios**

PROVINCIA SUDAMERICANA MERIDIONAL

# Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

**La asistencia a los enfermos y necesitados  
según el estilo de San Juan de Dios**



**Roma, 8 de marzo del 2000**





# Contenido

<b>Presentación</b> .....	8
<b>1. Principios, carisma y misión de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios</b> .....	11
1.1. Proyectando el futuro desde nuestros principios .....	11
1.2. El Carisma de la Orden .....	14
1.3. La misión de la Orden.....	16
<b>2. Fundamentos bíblico-teológicos de la hospitalidad</b> .....	19
2.1. El acercamiento filosófico y religioso al sufrimiento .....	19
2.1.1. El hombre frente al dolor .....	19
2.1.2. El sufrimiento y los sufridores en el Cristianismo .....	21
2.1.3. El mensaje evangélico de liberación .....	22
2.2. La hospitalidad en el Antiguo Testamento.....	23
2.2.1. El Dios hospitalidad .....	23
2.2.2. El concepto de hospitalidad .....	24
2.2.3. Las razones de la hospitalidad.....	26
2.2.4. Las referencias más importantes .....	27
2.2.5. La hospitalidad institucional.....	29
2.3. La hospitalidad en el Nuevo Testamento.....	29
2.3.1. La perspectiva evangélica .....	29
2.3.2. La philoxenia .....	31
2.3.3. Hospitalidad y evangelización.....	31
2.3.4. El Buen Samaritano.....	32
<b>3. El carisma de la hospitalidad en San Juan de Dios y en la Orden Hospitalaria</b> .....	35
3.1. El carisma de la hospitalidad en San Juan de Dios .....	35

3.1.1. Hospitalidad misericordiosa .....	36
3.1.2. Hospitalidad solidaria.....	37
3.1.3. Hospitalidad de comunión .....	39
3.1.4. Hospitalidad creativa .....	39
3.1.5. Hospitalidad integral (holística).....	40
3.1.6. Hospitalidad reconciliante .....	41
3.1.7. Hospitalidad generadora de voluntariado y colaboradores .	42
3.1.8. Hospitalidad profética.....	43
3.2. La hospitalidad a lo largo de la historia .....	44
3.2.1. La hospitalidad juandediana desde los primeros años y a . través de los siglos.....	44
3.2.2. Presencia actual.....	47
3.2.3. Nuevas formas de presencia .....	49
<b>4. Principios que iluminan nuestra Hospitalidad .....</b>	<b>51</b>
4.1. Dignidad de la persona humana .....	51
4.1.1. El respeto a la persona humana .....	51
4.1.2. La universalidad del respeto.....	52
4.1.3. Acogida de los enfermos y necesitados.....	52
4.2. Respeto de la vida humana.....	53
4.2.1. La vida como bien fundamental de la persona .....	53
4.2.2. Protección de las personas discapacitadas .....	54
4.2.3. Promover la vida en las situaciones de pobreza.....	55
4.2.4. <i>Obligación y límites en conservar la propia vida</i> .....	55
4.2.5. <i>Deber de no atentar contra la vida de otros</i> .....	56
4.2.6. Deberes en orden a los recursos de la biosfera.....	56
4.3 Promoción de la salud y lucha contra el dolor y el sufrimiento	57
4.3.1. Deber de la educación sanitaria .....	57
4.3.2. La opción preferencial por los pobres.....	57
4.4. La eficacia y la buena gestión .....	58
4.5. Nueva hospitalidad y nuevas exigencias: Tercer y Cuarto Mundo .....	60
4.6. Evangelización, Inculturación y Misión.....	64



<b>5. Aplicación a situaciones concretas</b> .....	67
<b>5.1. Asistencia integral, derechos y deberes de las personas asistidas</b> ...	67
<b>5.1.1. La humanización de la asistencia</b> .....	67
5.1.1.1. Apertura	
5.1.1.2. Acogida	
5.1.1.3. Capacidad de escucha y de diálogo	
5.1.1.4. Actitud de servicio	
5.1.1.5. Sencillez	
<b>5.1.2. Derechos de las personas asistidas</b> .....	71
5.1.2.1. Confidencialidad	
5.1.2.2. Veracidad	
5.1.2.3. Autonomía	
5.1.2.4. Libertad de conciencia	
<b>5.1.3. Deberes de las personas asistidas</b> .....	78
5.1.3.1. Respeto a la institución y sus principios	
5.1.3.2. Respeto a los profesionales sanitarios	
5.1.3.3. Respeto a los pacientes	
5.1.3.4. Respeto al enfoque clínico	
5.1.3.5. Respeto a las estructuras	
<b>5.1.4. Derechos del niño y del adolescente</b> .....	80
5.1.4.1. Consentimiento y asentimiento del niño y del adolescente	
5.1.4.2. Neonatos de peso sumamente bajo	
5.1.4.3. Conflicto de intereses	
5.1.4.4. Experimentación	
5.1.4.5. Futilidad	
5.1.4.6. Adolescencia	
<b>5.2. Problemas específicos de nuestra acción asistencial</b> .....	83
<b>5.2.1. Sensualidad y procreación</b> .....	83
5.2.1.1. Procreación responsable	
5.2.1.2. Interrupción voluntaria del embarazo	
5.2.1.3. Objeción de conciencia	
5.2.1.4. Diagnóstico prenatal	

5.2.1.5. Interceptivos y contragestativos	
5.2.1.6. Reproducción asistida	
5.2.1.7. Mutilación genital femenina	
5.2.1.8. Transexualidad	
<b>5.2.2. Donación de órganos y trasplantes</b>	<b>89</b>
5.2.2.1. Trasplante de órganos	
5.2.2.2. Comprobación de la muerte	
<b>5.2.3. Enfermos crónicos y en fase avanzada de la enfermedad</b>	<b>91</b>
5.2.3.1. Eutanasia	
5.2.3.2. Declaración de las Instrucciones previas o Voluntades anticipadas de tratamiento	
5.2.3.3. Estado vegetativo	
5.2.3.4. Cuidados paliativos	
5.2.3.5. Sedación paliativa	
5.2.3.6. Feto terminal	
<b>5.2.4. Ética de la terapia</b>	<b>96</b>
5.2.4.1. Proporcionalidad de los cuidados	
5.2.4.2. Urgencias	
5.2.4.3. Terapia intensiva	
5.2.4.4. Terapia del dolor	
5.2.4.5. Medicina estética	
<b>5.2.5. Investigación con seres humanos</b>	<b>98</b>
5.2.5.1. Experimentación clínica	
5.2.5.2. Consentimiento informado	
5.2.5.3. Investigación con personas disminuidas y grupos vulnerables	
5.2.5.4. Fetos y embriones	
5.2.5.5. Investigación y terapia con células madre	
5.2.5.6. Biobancos	
5.2.5.7. Comités de ética	
<b>5.2.6. Medicina predictiva</b>	<b>104</b>
5.2.6.1. La comunicación del diagnóstico	
5.2.6.2. Patrimonio genético y tutela del secreto	



5.2.7. Problemas ético-sociales .....	106
5.2.7.1. Dependencias	
5.2.7.2. Enfermos de SIDA	
5.2.7.3. Otras enfermedades infecciosas	
5.2.7.4. Medicamentos huérfanos y enfermedades raras	
5.2.7.5. Personas con discapacidad física, psíquica y sensorial	
5.2.7.6. Enfermos mentales	
5.2.7.7. Ancianos	
5.2.7.8. Abuso de niños, adolescentes y personas vulnerables	
5.2.7.9. Inmigrantes, sin hogar y otras condiciones de marginación	
<b>6. Crear el futuro con esperanza.....</b>	<b>117</b>
<b>6.1. Desafíos del presente.....</b>	<b>117</b>
<b>6.2. Fuerza profética de la hospitalidad.....</b>	<b>119</b>
<b>6.3. Vitalidad humano-divina del carisma de la hospitalidad .....</b>	<b>122</b>



Presento en este momento a toda la Orden el documento “Carta de Identidad”. Hemos querido que fuese un documento que abordase diversos puntos necesarios para iluminar la hospitalidad que estamos llamados a realizar hoy, como Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en la entrada en el Tercer Milenio, para continuar encarnando la profecía de San Juan de Dios.

Es un documento previsto en el programa de Gobierno del sexenio, para cuyo desarrollo se nombraron tres grupos distintos, que se han reunido conjuntamente en dos ocasiones en Roma y que nombraron una pequeña comisión que ha trabajado, elaborado y reelaborado, con las aportaciones de los miembros de los tres grupos, el texto que ahora tienes en tus manos.

8

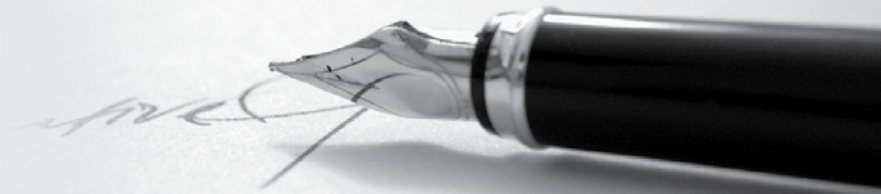
En el programa de Gobierno para el sexenio se tenían previstas una serie de actividades, que no se han podido realizar al haber sido imposible elaborar el texto en el tiempo previsto.

El Consejo General consideró que en vez de realizar un nuevo trabajo para el Capítulo General, comunidades y grupos de colaboradores, deberíamos estudiar la Carta de Identidad en el curso 1999-2000, con unas orientaciones dadas por la Comisión preparatoria del Capítulo, de forma que además de estudiar el documento, se preparase el programa a discutir y aprobar en el LXV Capítulo General para el próximo sexenio.

Esta idea fue compartida tanto por los miembros de la Comisión nombrada para la elaboración del texto como por los Superiores Mayores de la Orden, reunidos en Roma los días 30 de Noviembre al 4 de Diciembre de 1998.

El documento aborda distintos Capítulos importantes para nuestra misión:

- El tema de la hospitalidad, dándole un tratamiento filosófico y teológico



bíblico, para iluminar las actitudes de Juan de Dios y las de la tradición de la Orden, llegando a los principios desde los que queremos realizar nuestra Hospitalidad hoy.

- La dimensión ética del ser humano y de la asistencia. Se describen los principios generales en los que fundamentamos nuestra Ética y las situaciones concretas que en el ser hospitalidad estamos llamados a responder con un estilo juandediano.
- El tema de la cultura de la hospitalidad, subrayando, sobre todo, la importancia de la formación y de la investigación, para responder a los desafíos del Tercer Milenio.
- La necesidad de realizar en nuestras estructuras una gestión carismática. Tenemos que usar las leyes del management, pero tenemos que hacerlo carismáticamente. Tenemos que hacerlo con los valores que el seguir a Cristo y a Juan de Dios aportan a la gestión, puesto que estos valores la califican. Tenemos que hacerlo basados en la Doctrina Social de la Iglesia.

9

Consideramos así que saldremos del Capítulo General con un programa práctico que nos ayude a vivir el próximo sexenio, respondiendo a las exigencias de nuestro Carisma en el siglo XXI.

Damos a conocer este documento oficialmente en el día de San Juan de Dios, en el año jubilar, en el día de la Reconciliación, para subrayar su importancia para vivir hoy la Hospitalidad.

Que San Juan de Dios nos ayude a reconciliar nuestro ser a fin de que seamos capaces de transmitir reconciliación en nuestro ser hospitalidad.

**Hno. Pascual Piles**  
Superior General





# 1. Principios, carisma y misión de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

## 1.1. **Proyectando el futuro desde nuestros principios**

La Humanidad se asoma al Siglo XXI llena a un mismo tiempo de temores y esperanzas. Hemos logrado avances impresionantes en la comprensión y manejo de nuestro mundo que hoy aparece como una gran aldea -la “aldea global”-, pero al mismo tiempo subsisten o se intensifican sufrimientos individuales y colectivos, provenientes de las guerras, del egoísmo de clase o de grupo y de la limitación de nuestra propia naturaleza que nos recuerda la presencia permanente del dolor, de la enfermedad y de la muerte.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios forma parte de esta “aldea global”. Somos 1.500 Hermanos, unos 40.000 Colaboradores, entre trabajadores y voluntarios, y unos 300.000 Colaboradores-bienhechores. Estamos presentes en los cinco continentes, en 46 naciones, con 21 provincias religiosas, 1 viceprovincia, 6 delegaciones generales y 5 delegaciones provinciales; y realizamos nuestro apostolado en bien de los enfermos, los pobres y los que sufren, a través de 293 obras. Siendo miembros de un mismo cuerpo, la Orden, vivimos sin embargo realidades muy diversas. Hay quien se encuentra en Centros y sociedades altamente tecnificadas mientras otros se encuentran en Centros y en sociedades en vías de desarrollo; algunos viven en países que gozan de un clima de paz, en tanto otros padecen la violencia o la guerra, o sufren las consecuencias de un reciente pasado de violencia; hay quien goza de libertad en su sociedad, a la par que otros ven severamente limitadas su libertad y sus derechos fundamentales; hay quien está dedicado a las actividades propiamente hospitalarias y hay quienes se centran en los temas sociales o de marginación; unos intentan ayudar a vivir, mientras para otros el campo de acción es ayudar a morir con dignidad. Aunque todos trabajamos en la

perspectiva de una asistencia integral, holística, hay matices que nos orientan ya sea a la salud física, ya a la salud mental, o a las condiciones de vida digna. Hay quienes se encuentran en el Norte y otros en el Sur; unos en las culturas de Oriente, otros en las de Occidente<sup>1</sup>.

Al iniciar el tercer milenio de nuestra era, hombres y mujeres de todas las latitudes se preguntan sobre el futuro de nuestra sociedad, de nuestras instituciones, de nosotros mismos. Todos los que hacemos posible la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en el mundo, también nos planteamos el futuro que será capaz de construir en el próximo milenio al servicio del hombre que sufre, del hombre que pasa necesidad y solicita ayuda para reconstruir su proyecto personal.

12

En ocasiones, al proyectar el futuro, se puede cometer el error de dejar de lado el pasado; no por mala voluntad, sencillamente por descuido, por falta de consideración, por querer incorporar realidades nuevas. Otras veces, la necesidad de cambios profundos y de afrontar situaciones de ruptura, exige dejar de lado planteamientos del pasado, pues los tiempos nuevos exigen respuestas nuevas, libres del lastre del pasado, para construir creativamente el futuro.

Es necesario proyectar el futuro desde el presente, teniendo en cuenta todo lo positivo del pasado; ésta es la situación en la que se encuentra la Orden Hospitalaria, que trata de proyectar su futuro desde la reflexión, desde la actualización de sus principios y valores.

Probablemente habrá lugares y formas de actuar de la Orden, que exijan un cambio y puede que en algún lugar este cambio deba ser radical, si queremos estar presentes en este tercer milenio prestando un servicio a la población y transmitiendo un mensaje actual. De lo que no cabe duda es de que toda

---

1. Cfr. PILES FERRANDO, Pascual, Superior General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Carta Circular para el Sexenio 1994-2000, Roma, 1994, No. 1.



obra de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios deberá fundamentarse en aquellos valores que caracterizan a nuestra Institución.

Estos valores habrá que inculturarlos, actualizar su lenguaje, hacerlos acordes a los diferentes lugares del mundo, pues sólo de esta manera podrán ser conocidos y aceptados por las personas que entren en contacto con nuestras obras.

A continuación presentamos el número 43 de los Estatutos Generales de la Orden, que formula los siguientes principios:

“Como consecuencia de su identidad confesional católica, los principios fundamentales que orientan y caracterizan la asistencia en nuestras obras”, son:

- El centro de interés de cuantos vivimos y trabajamos en el hospital o en otra obra asistencial, es la persona asistida.
- Promovemos y defendemos los derechos del enfermo y necesitado, teniendo en cuenta su dignidad personal.
- Nos comprometemos decididamente en la defensa y promoción de la vida humana.
- Reconocemos el derecho de las personas asistidas a ser convenientemente informadas de su estado de salud.
- Observamos las exigencias del secreto profesional y tratamos de que sean respetadas por cuantos se relacionan con los enfermos y necesitados.
- Defendemos el derecho a morir con dignidad y a que se respeten y atiendan los justos deseos y la necesidades espirituales de quienes están en trance de muerte, sabiendo que la vida humana tiene un término temporal y que está llamada a la plenitud en Cristo.
- Respetamos la libertad de conciencia de las personas a quienes asistimos y de nuestros colaboradores, pero exigimos que se acepte y se respete la identidad de nuestros centros hospitalarios.
- Valoramos y promovemos las cualidades y la profesionalidad de nuestros colaboradores, les estimulamos a participar activamente en la misión de la Orden y les hacemos partícipes del proceso de decisión en nuestras obras apostólicas, en función de sus capacidades y áreas de responsabilidad.

- Nos oponemos al afán de lucro; por tanto, observamos y exigimos que se respeten las normas económicas justas<sup>2</sup>.

Consideramos que Hermanos y Colaboradores somos el “capital” más importante de la Orden para llevar a término la misión. Por eso, en nuestras relaciones, nos comprometemos a cumplir y promover los principios de la justicia social. Los Hermanos Hospitalarios queremos compartir nuestro carisma con cuantos se sienten inspirados por el espíritu de San Juan de Dios.

Siempre que respeten nuestros principios, estamos abiertos y promovemos la colaboración con organismos tanto de la Iglesia como de la sociedad en el campo de nuestra Misión, atendiendo de manera preferencial a los sectores sociales más abandonados<sup>3</sup>.

14 Los anteriores principios tienen su raíz en el Fundador y se han ido construyendo a lo largo del tiempo con la reflexión y el buen hacer de sus sucesores. De la misma manera nosotros, teniendo en cuenta la tradición, debemos reflexionar la definición de la misión de la Orden Hospitalaria.

El principio que subyace a la acción de Juan de Dios es su deseo de “hacer el bien, bien hecho: no limitarse a una asistencia sin vida, descuidando la calidad, sino uniendo el sentido de caridad cristiana al de justicia, para ofrecer a los enfermos y necesitados un servicio eficiente y cualificado, en lo científico y en lo técnico”<sup>4</sup>.

## 1.2. El Carisma de la Orden

Juan de Dios fue un hombre carismático: su modo de actuar atrajo la atención de cuantos le conocieron, extendiéndose su influjo más allá de Granada, ha-

---

2. ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS, Estatutos Generales, Roma, 1997, N° 43.

3. Cfr. LXIII CAPITULO GENERAL, La Nueva Evangelización y la Hospitalidad en los umbrales del tercer milenio, Bogotá, 1994, # 5.6.3.

4. ORDEN HOSPITALARIA - CURIA GENERAL Hermanos y Colaboradores unidos para servir y promover la vida, Roma, 1992, # 13



cia las aldeas y ciudades de Andalucía y Castilla. Ese su “carisma” trascendía su propia persona: no se trataba sólo de actitudes y gestos humanos que, al expresarse en amor a los enfermos y necesitados, suscitaban la admiración y movían a colaborar con su Obra.

En sentido teológico, Carisma es toda forma de presencia del Espíritu que enriquece al creyente y lo capacita para un servicio en favor de los demás. El religioso se consagra a vivir un carisma particular, como don recibido del Espíritu, mediante el cultivo de la gracia, el encuentro vital con Dios y la apertura o servicio a la Humanidad.

El carisma de la hospitalidad con que Juan de Dios fue enriquecido por el Espíritu Santo, se encarnó en él como germen que continuaría vivo en hombres y mujeres que a lo largo del tiempo han prolongado la presencia misericordiosa de Jesús de Nazareth, sirviendo a las personas que sufren, según su estilo.

15

### **Las Constituciones de nuestra Orden definen el Carisma así:**

“En virtud de este don, somos consagrados por la acción del Espíritu Santo, que nos hace partícipes, en forma singular, del amor misericordioso del Padre. Esta experiencia nos comunica actitudes de benevolencia y entrega, y nos hace capaces de cumplir la misión de anunciar y hacer presente el Reino de Dios entre los pobres y enfermos; ella transforma nuestra existencia y hace que en nuestra vida se manifiesta el amor especial del Padre para con los más débiles, a quienes tratamos de salvar al estilo de Jesús”<sup>5</sup>

El Hermano se consagra y vive en comunión con otros que han sentido el llamado a expresar el mismo carisma. Pero el amor hacia adentro (comunión) ha de expresarse hacia afuera en la exigencia de una misión que se formula como ayuda liberadora en favor de los restantes miembros de la Iglesia o en general de las personas necesitadas.

---

5. Constituciones, Roma, 1984, 2b



Participan directamente en el Carisma de Juan de Dios, los Hermanos Hospitalarios, consagrados en hospitalidad; y, a manera de “irradiación” del mismo, también son partícipes de él los Colaboradores: “Quien conoce a Juan de Dios (...) experimenta que en su vida se produce una especie de Luz, que suscita en él la invitación a vivir la hospitalidad, imitando a Juan o a sus Hermanos. (...) Los fieles laicos que se sienten invitados a vivir la hospitalidad, participan del carisma de Juan de Dios al abrirse a la espiritualidad y la misión de los Hermanos, encarnándola en su vocación personal.

16

El nivel de participación, naturalmente, es muy variado: habrá quienes se sientan más vinculados a la Orden desde la espiritualidad; otros, en cambio, en el desempeño de la misión. Lo importante es que el don de la hospitalidad, recibido por Juan de Dios, crea unos lazos de comunión entre los Hermanos y Colaboradores que los impulsa a desarrollar su vocación y a ser para el pobre y necesitado la manifestación del amor misericordioso de Dios a los hombres”<sup>6</sup>.

### 1.3. La misión de la Orden

Nuestras Constituciones definen la misión de la Orden de la siguiente forma: “Animados por el don recibido (...) nos dedicamos al servicio de la Iglesia en la asistencia a los enfermos y necesitados, con preferencia por los más pobres”<sup>7</sup>.

Este planteamiento general para toda la Orden, debe concretarse en cada obra de la Institución.

Si partimos de la base de que cada obra es específica y trata de dar respuesta a las necesidades de unas personas, en un lugar y en un tiempo concreto y si pretendemos que nuestra misión sea: *Evangelizar el mundo del dolor y sufrimiento a través de la promoción de obras y organizaciones sanitarias y/o*

---

6. Hermanos y Colaboradores unidos..., Op. Cit., Nos. 115-116

7. Constituciones, Roma, 1984, 3



*sociales, que presten una asistencia integral a la persona humana. Procede entonces que en cada lugar concreto se dé respuesta a los interrogantes:*

¿Por qué de este Centro?

¿A quién va dirigido nuestro servicio?

¿Quiénes vamos a realizar este servicio?

¿Cuáles son las estructuras más idóneas?

Este será el camino para poder encarnar los principios que queremos promover y la misión que queremos realizar en la sociedad.

Solamente cuando encarnemos estos principios, es decir, cuando nuestro servicio al hombre enfermo y necesitado de cada rincón de este mundo, lo consigamos iluminar desde ellos, solamente entonces, estaremos haciendo posible una obra de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

17

Por eso, otro paso muy importante, será describir en cada centro el usuario, el hombre enfermo y necesitado al que estamos atendiendo. Además, debemos ir más allá del usuario interno, para reflexionar también sobre el usuario externo: no sólo el enfermo, sino también sus familiares y allegados.

Habrá que hacer idéntica actuación en lo que se refiere a la sociedad y el medio donde estamos ubicados, y demás estamentos relacionados con el funcionamiento del Centro.

Los servicios que presta el centro han de ser una realidad dinámica y en evolución, pues así es nuestra sociedad y en permanente cambio está el hombre al que atendemos.





## 2. Fundamentos bíblico-teológicos de la hospitalidad

### 2.1. El acercamiento filosófico y religioso al sufrimiento

#### 2.1.1. El hombre frente al dolor

“Qué es el hombre? Cuál es el sentido del dolor, del mal, de la muerte, que -a pesar de tan grandes progresos- subsisten todavía? (...) Qué vendrá detrás de esta vida terrestre?”<sup>8</sup>.

La realidad del sufrimiento humano ha planteado un interrogante fundamental al cual los distintos sistemas filosóficos y creencias religiosas han intentado responder con diversas modalidades, sin lograr eliminar del todo el velo de misterio que la envuelve. En conjunto podemos sintetizar en cinco perspectivas las respuestas fundamentales a esta pregunta acuciante.

La primera es, por decirlo así, mágica o misteriosa y hace referencia a la realidad radicalmente incomprensible e ineludible del dolor. A menudo esta realidad se hace remontar a un mito que tiene carácter de “castigo” de parte de la divinidad o al dominio de divinidades maléficas sobre otras benéficas. En todo caso, todo se proyecta en una dimensión sobrenatural por lo que pueden ser también sobrenaturales los remedios capaces de liberar al hombre del sufrimiento (brujos, ritos esotéricos, etc.). Este concepto aún presente entre los denominados “pueblos primitivos” sigue siendo un residuo ancestral en muchos otros planteamientos religiosos.

Una segunda respuesta, que a partir de la antigua filosofía epicúrea ha atravesado la historia hasta llegar al hedonismo individualista de este siglo, es la de la negación. Todas las realidades dolorosas de la vida constituyen un límite a la conquista del placer y, por consiguiente, es bueno no preocuparse de ello,

---

8. CONCILIO VATICANO II Constitución Pastoral *Gaudium et Spes*, No. 10, 1964.

intentando disfrutar del tiempo presente hasta que sea posible. Se trata realmente, como dirían los psicoanalistas, de "remover" el dolor y la angustia que su presencia crea. En este substrato cultural, hunden sus raíces muchas formas de "desesperación" contemporánea que, al negar la realidad dolorosa, llegan luego a negar la vida misma cuando no se logra sostener su peso existencial.

Otra actitud, opuesta a la anterior, consiste en la aceptación heroica del dolor. Ha sido sistematizado filosóficamente por el estoicismo, tanto que el adjetivo "estoico" se ha vuelto sinónimo de aquel que acepta, sin quejarse, grandes sufrimientos. Esta valiente aceptación fue muy bien considerada por el cristianismo, aunque en su elaboración teológica no quedasen fuera elementos de derivación estoica que parecían integrarse bien con la aceptación de la Cruz de parte de Jesús y con la actitud de los mártires. En realidad esta contaminación no fue del todo positiva y se convirtió en una de las matrices de aquella exaltación pseudo-cristiana del sufrimiento a la cual se le dio el nombre de "dolorismo" y de la cual no hemos logrado librarnos del todo.

20

Una cuarta modalidad de acercamiento al dolor consiste en su anulación mediante un camino interior que lleva paulatinamente al abandono de toda pasión y de todo sufrimiento físico y psíquico. Llevado a su más alta expresión por el Budismo, está presente también en otras filosofías y religiones orientales que ejercen hoy su encanto sobre el mundo occidental. La atención a los que sufren es particularmente evidente en la religión budista que convierte la "compasión" en uno de los instrumentos universales que acercan el hombre a la divinidad, aunque la ayuda que se da a la persona que sufre consiste en superar los deseos que están en los orígenes más que en la "solución" de los problemas materiales y de otro género que pueden ser su causa.

La última modalidad, de la que hablamos con más detalles en el apartado siguiente, es la que constituye la más alta expresión en el Cristianismo y que podemos definir como modalidad de la valorización. Sin desvelar completamente el misterio y sin quererlo transformar en una realidad de por sí positiva,



el Cristianismo ofrece “razones” al dolor, transformando su aspecto absurdo en posible instrumento de bien para uno mismo y para los demás. Un tal proceso puede convertirse también en simple sublimación psicológica del individuo, cuando encuentra una racionalización a la experiencia dolorosa o algunas compensaciones de comportamiento.

En todo caso y más allá de estas interpretaciones no podemos descuidar una dimensión absolutamente personal del sufrimiento cuyo significado no responde a ninguna generalización ya que sólo tiene sentido en el universo existencial de todo individuo. En esta perspectiva el sufrimiento se convierte en elemento biográfico cuyo misterio más profundo no podrá ser desvelado nunca, ni tampoco reconducido a una racionalidad deseada.

### **2.1.2. El sufrimiento y los sufridores en el Cristianismo**

En la visión judeo-cristiana el dolor, como el mal del que es expresión, no pertenece al proyecto originario de la Creación, dicho con otras palabras no procede de Dios. A diferencia de lo que ocurre en otras religiones, esto no significa que en su origen hay que buscar a un dios del mal. El dolor y el mal del que es expresión, pertenece a la condición humana, pero al mismo tiempo expresa el misterio de una realidad que Dios no quiere, de la que no se alegra y que espera, sólo, redimir. Realidad negativa, “ausencia” más que presencia, como ya intuía San Agustín.

Para hacer esto la Sagrada Escritura recurre a la imagen mítica de una condición humana privada de todo sufrimiento y en la que el dolor entra porque el hombre no obedece a un mandamiento de Dios, es decir que en realidad se aleja de su amor. La imagen de la serpiente se convierte en símbolo de idolatría, es decir de “no fiarse de Dios” prefiriendo a él una realidad creada y convertida en su propia divinidad.

Durante muchos siglos este nexo “ontológico” entre culpabilidad y sufrimiento como castigo fue entendido por Israel en sentido “personal”, viendo

en cada dolor el castigo por un pecado (mentalidad que a menudo sigue en vigor aún hoy). No sólo sino que, evidenciando la paradoja de la “felicidad del impío” y del “sufrimiento del justo” los sabios de Israel consideraron que el impío iba a ser castigado en su descendencia y que el justo mismo estaba expiando las culpas de sus padres.

El primer dramático clamor en contra de esta visión del problema se levanta del libro de Job. Con una sensibilidad que nos sigue sorprendiendo por su modernidad, Job se rebela en contra de semejante concepto del dolor y pide cuenta a Dios del porqué un “justo” como él tiene que sufrir de manera tan desproporcionada a sus posibles culpas. La respuesta de Dios no es explícita, pero se concretiza, fundamentalmente, en la invitación a acoger el misterio sin pretender quererlo explicar y sin renunciar a la fe en un Dios que sólo quiere el bien de sus hijos.

22

Esta gran tipología del “justo sufriente” se representa de manera solemne en la figura del “siervo sufriente de JHWH”, un personaje en el cual la tradición sucesiva ha identificado la imagen de Cristo que “carga” con los sufrimientos del pueblo liberándole de los mismos. Esta “expiación vicaria” densamente identificada por Pablo en Rom 3,25 más que como “castigo” de un único hombre en lugar de todo el pueblo, hay que entenderla en el sentido de los antiguos sacrificios de expiación mediante los cuales el holocausto de la víctima se convertía en instrumento del perdón de Dios. El sacrificio de Cristo y, en virtud de su cuerpo místico, el dolor de los creyentes (y según la perspectiva de Rom 8,19 y Ef 1,7-10, también del mundo entero) se convierte así en instrumento del perdón de Dios.

### **2.1.3 El mensaje evangélico de liberación**

La dimensión subjetiva de liberación, por la que Jesucristo en su carne libera al hombre del pecado y, por tanto, de todas sus consecuencias, adquiere un aspecto práctico en sus obras. Las curaciones de los enfermos, la acogida al marginado, la defensa del pobre constituyen una parte esencial de su misión. Su acción en favor de los pobres y de los últimos se convierte en signo espe-



cífico de su mesianismo (cfr. Mt 11,3-5). Se recupera así, y del todo, la fuerza de la liberación integral del hombre de parte de Dios de la que el Éxodo había sido ya experiencia histórica y testimonio simbólico.

La actitud de Jesús frente al enfermo no sólo es significativa, sino que además es ejemplar. Jesús participa profundamente de la pena del enfermo y de sus parientes (cfr. Mt 14,14; 15,32; Lc 7,13; Jn 11,36); no contesta ni critica su voluntad de curación; a menudo es Él quien toma el primero la iniciativa (cfr. Mc 10,49; Lc 8,49; Jn 5,6); niega cualquier nexo entre el pecado individual y la enfermedad del momento (cfr. Jn 9,1-3); sana a todo el hombre enfermo (cfr. Mt 9,1-7). Su obra no se limita a un simple gesto taumatúrgico, sino que apunta al bien integral del hombre, su salud y no sólo su sanidad.

El cuidado del necesitado se carga, así, de múltiples significados y se convierte ante todo en una nueva señal de la alianza entre el hombre y Dios. El amor de Dios vuelve a proponer el pacto entre el Creador y la Creación, un amor que “vuelve a sanar” al pobre, al enfermo, al excluido que lleno de este amor vuelve a vivir. Al confiar a los cristofieles la continuidad de este cuidado encontramos el fundamento “carismático” de la hospitalidad sobre cuyas raíces bíblicas es necesaria una reflexión más orgánica.

23

## 2.2. La hospitalidad en el Antiguo Testamento

### 2.2.1 El Dios hospitalidad

Al hablar de hospitalidad, nos referimos, en general, a la acogida que ofrecemos a otra persona en nuestra casa. Pero si queremos remontar al sentido teológico más profundo de esta actitud humana, hay que captar, en primer lugar, la dimensión teológica de la hospitalidad.

No es atrevido ver en la misma realidad trinitaria la raíz más profunda de una vida divina que se convierte en hospitalidad. Hospitalidad del Padre que “hace espacio” en su esencia, desde la eternidad, para generar al Hijo, pero también la hospitalidad del Hijo que acoge en sí el don generacional del Padre. Por



último, la hospitalidad del Espíritu que se convierte en reciprocidad del don paterno-filial y, por consiguiente, en identidad personal de un amor que acoge.

Esta dimensión trinitaria de la hospitalidad no se refiere sólo a la esencia divina, sino también a su morada en el hombre que se convierte en objeto de la divinidad que acoge (cfr Jn 13,20). La misma participación eucarística, en el antiguo canon latino, se asimilaba a acoger a Jesús bajo el propio techo mientras que el ser “huésped del alma” se convierte en una denominación del Espíritu<sup>9</sup>.

24

A nivel de la inmanencia, la Creación misma, se revela fruto de esta acogida divina primordial que, en su esencia genera y, por consiguiente, acoge un proyecto que se realiza fuera de sí. Es hospitalidad que, en su acto de ser tal, engancha la divinidad bajándola a su dimensión histórica y, por consiguiente, convierte el tiempo, antes que el hombre, en su huésped. Ahora bien en la creación del hombre es donde Dios manifiesta mejor su “actitud hospitalaria”, dejando espacio en su creación a la presencia y al dominio del hombre, y antes aún que en su creación acogiéndolo en su mente creadora de la que lleva la impronta.

Y a la Creación sigue la Alianza, en sus múltiples expresiones simbolizadas, de una manera muy variada, en el relato bíblico. Al ser justamente encuentro entre Dios y el hombre, la alianza de la que la Sagrada Escritura nos habla se convierte en encuentro entre Dios y su huésped, pero también entre el hombre y su huésped divino. Aunque expresada por realidades ontológicamente distintas, en la alianza la hospitalidad se hace reciprocidad, dádiva mutua. Y todas las veces que -en la historia individual o colectiva- esta alianza se quiebra, el perdón de Dios y la reconciliación con el hombre rinde testimonio al inagotable recurso de una acogida siempre nueva.

### **2.2.2. El concepto de hospitalidad**

El contexto cultural que subyace al Antiguo Testamento es el del mundo semí-

---

9. Cfr. Veni Sancte Spiritus.



tico marcado por una tensión entre la acogida del huésped y, al mismo tiempo, una cierta sospecha hacia él como elemento de “amenaza” para la identidad del pueblo. Lo que, en todo caso, unifica la actitud de Israel hacia el otro es el hecho de considerarlo como extranjero. Al respecto hay por lo menos tres términos que indican actitudes distintas. El primero es ZAR e indica aquel que pertenece a otra estirpe o tribu, que es forastero en su propio país, a veces hasta enemigo (Deut 25,5; Jb 15,19; Is 61,5; 25,2.5). El segundo es GER e indica al extranjero residente en el país (los Israelitas en Egipto o los Cananeos en Israel); el tercero es TOSAB que indica al extranjero que reside, por un tiempo, en otro país (Jn 23,4; Deut 14,21). Esta multiplicidad terminológica testimonia la diversidad de actitud frente al extranjero en relación con la condición específica en la que se encuentra. En síntesis, podemos decir que Israel distinguía entre pueblos extranjeros, extranjeros residentes en el país y extranjero de paso. Justamente frente a estos últimos se ejercía la hospitalidad en su más alta forma. Pensemos en el relato de Gen 19,1-8 en el que Lot está dispuesto a ofrecer sus hijas a los hombres de la ciudad, con tal de que ellos no toquen a los huéspedes. En realidad, en el origen de esta disparidad de comportamiento había, quizá, una misma finalidad: la de superar la amenaza que el extranjero constituía para su comunidad y su identidad, sea considerándolo como un enemigo y haciéndole la vida imposible, sea rodeándolo de su propia atención. Y encontramos una señal de esta ambivalencia en las relecturas latinas tardías de este concepto, con la raíz común del término hospes (huésped) y hostis (enemigo).

25

Naturalmente si era ésta la visión más específica y pertinente de la hospitalidad en Israel no debemos olvidar aquello que el mismo Israel vivía y practicaba hacia sus ciudadanos. Aquel “prójimo” (cuyo concepto será cambiado totalmente por Jesús) era justamente el correligionario, el connacional. Practicar la hospitalidad hacia él era un deber fundamental justamente en cuanto miembro de aquel pueblo cuya identidad no era sólo étnica, sino también y sobre todo religiosa. En la elección común Israel descubría las exigencias de hospitalidad hacia todas las categorías de personas (pensemos en los huérfanos y en las viudas) que la necesitaban.

### 2.2.3. Las razones de la hospitalidad

La hospitalidad en el contexto del Antiguo Testamento, así como en todas las culturas antiguas, no hay que entenderla en términos de una simple acogida al huésped, es decir darle comida y cama, sino más bien en una "inclusión" radical del huésped en el ámbito del propio círculo de intereses, en su tutela contra los enemigos, en su protección, en su respeto existencial profundo, en el cuidado de su persona de cara a todas las eventuales necesidades.

Las razones de esta atención (añadidas a aquellas hacia los conciudadanos que hemos evidenciado antes) son varias. En primer lugar hay una razón cultural que Israel comparte con los pueblos vecinos. Se trata de la idea según la cual en el extranjero que busca hospitalidad puede esconderse una divinidad. En la re-elaboración monoteísta las divinidades se transforman en ángeles. Lo vemos claramente en Heb 13,2: "La hospitalidad no la echéis en olvido; que por ella algunos, sin saberlo, hospedaron ángeles".

26

Una segunda razón es más específica y se refiere a la historia de Israel. El "arameo errante" que fue Abrahán, padre del pueblo elegido, vivió como extranjero y como tal vivió Israel en tierra de Egipto. Entiende muy bien, pues, la condición de extranjero y sabe en qué medida necesita hospitalidad. Si se siente tentado a despreciarlo, la admonición de la Sagrada Escritura: "Cuando un emigrante se establezca con vosotros en vuestro país, no lo oprimiréis. Será para vosotros como el indígena; lo amarás como a ti mismo, porque emigrantes fuisteis en Egipto." (Lev 19,34; cfr también Ex 22,20; 23,9).

Por último, hay una motivación religiosa (que se desarrollará en el Nuevo Testamento) es decir: el ejemplo divino. Es Dios, en primer lugar, quien acoge al extranjero y pide ser acogedor con él (cfr. Deut 10,18), que se le dé una parte de los bienes destinados a Dios mismo (cfr. Deut 26,29). El hecho de que también Israel se porta así no es otra cosa sino la actuación de una voluntad de Dios, uno de los caminos de fidelidad a la Ley (cfr. Lev 16,29; 18,26; 19,10.33).



#### 2.2.4. Las referencias más importantes

Entre los hechos más significativos recordemos la visita de los tres hombres a Abrahán cerca de la encina de Mambré. Más allá de las relecturas patrísticas relativas a la Trinidad, que ciertamente no responden al primer intento del autor sagrado, es significativo notar como Abrahán reconoce en el huésped a su “Señor”. Antes aún de conocer los motivos de esta visita y entre la multiplicidad de los interlocutores, él capta la “visita” de Dios. Todos sus gestos son consecuentes y pueden leerse en una clave abiertamente teológica: se echa al suelo (culto), prepara personalmente el cordero y la leche (ofrenda), cree en las palabras de los tres hombres (fe), les suplica que no destruyan Sodoma (oración). Dicho con otras palabras: la hospitalidad se convierte en una ocasión de encuentro con Dios.

Ejemplar y pedagógico, en los intentos del autor sagrado, es el episodio de la viuda de Sarepta que cumple sus deberes de hospitalidad hacia Elías compartiendo con él el último bocado de comida que quedaba para ella y su hijo. Y no solamente esto, sino que además en virtud de la hospitalidad, el profeta le sana (cfr. 1 Reyes 17,20). Una situación en cierto sentido análoga, podemos decir, a la del relato relativo a la prostituta Raab que esconde a los exploradores enviados por Josué a Jericó y recibe de ellos, en cambio, la incolumidad para ella y su familia (cfr Gen 2,1-12). Una relación entre la vida de la persona que acoge y la vida de las personas acogidas la podemos ver también en el libro de Tobías que dice haber dado el diezmo de sus bienes a las viudas, a los huérfanos y a los extranjeros (cfr. Tob 1,8): la hospitalidad, que es gesto de acogida a la vida del otro, es recompensada con el don mismo de la vida.

A la hospitalidad hacia todas las categorías de necesitados invita, poéticamente, el libro del Sirácide: “Sé padre para los huérfanos y marido para las viudas, y Dios te llamará hijo y su favor te libraré de la desgracia” (Sir 4,10). La hospitalidad a la que nos llama la Sagrada Escritura nos acerca a la persona acogida y, al mismo tiempo, nos hace experimentar la ternura materna de Dios. No olvidemos la fuerte carga de feminidad encerrada

en el concepto de misericordia. El término hebreo rachamin, de hecho, se relaciona etimológicamente con las entrañas maternas que se dilatan para acoger la nueva vida. Hospitalidad y misericordia se hallan, así, unidas en un binomio que se convierte en ícono del Dios misericordioso, “amante de la vida” (cfr Sab 11,26).

Justamente en esta perspectiva se sitúa la hospitalidad del enfermo, es decir la actitud y los gestos concretos de acogida hacia él. Es ejemplar al respecto la figura del arcángel Rafael que, justamente en cuanto “medicina de Dios” es presencia que acoge y sana. Su figura se convierte en metáfora no sólo de la “resolución médica” del problema, por llamarla de alguna manera, sino también del acompañamiento del enfermo, del marginado, del moribundo, del pobre cuyo único medicamento, a veces, es sólo una presencia amistosa.

28

Destinatario de esta actitud hospitalaria es el muerto también, como lo pone de relieve el libro de Tobías, relacionándola estrechamente con la hospitalidad tradicionalmente entendida (Tob 2,1-4). En efecto, Tobías envía a su hijo a buscar a un pobre para invitarle a comer. Pero él encuentra solamente un conciudadano muerto, abandonado en una plaza. Entonces no tiene dudas: deja su comida y va a enterrarlo. En un cierto sentido este gesto se convierte en su acogida del pobre.

Por último, no hay que olvidar un relato que incluye la dimensión de la hospitalidad en la ascendencia histórica del Mesías. Es la historia de Rut, mujer extranjera que acompaña a la suegra Noemí a su tierra de origen acabando por casarse con Booz, en cuyo campo de trigo va a trabajar. De esta unión nacerá el abuelo de David. Los dos cónyuges serán ambos premiados y serán antepasados de Jesús, ya que su hospitalidad ha sido recíproca: acogida de Booz a la mujer extranjera, pero también acogida de Rut al país extranjero por el cual deja el suyo: la hospitalidad, don de acogida recíproca, abandona las propias certezas para encontrar en la novedad del encuentro una seguridad nueva.



### **2.2.5. La hospitalidad institucional**

Una realidad de interés particular la constituye la elección de seis ciudades “que servirán de refugio a los israelitas, a los emigrantes y a los criados que vivan con ellos” (Num 35,15). La institución de estas ciudades-refugio constituye el momento en el que la hospitalidad individual y/o comunitaria se convierte en estructural. Ya no es sólo la persona llamada a ser hospitalidad, ni tampoco el pueblo con gestos individuales, sino toda la comunidad se hace “institución que acoge”. La ciudad se convierte en un ícono de todo futuro organismo dedicado enteramente a acoger al otro en estado de necesidad y a darle todo lo que necesita, no solamente una hospitalidad momentánea, sino una ciudad, todo un sistema de coordenadas biográficas en el que pueda volver a vivir.

## **2.3. La hospitalidad en el Nuevo Testamento**

### **2.3.1. La perspectiva evangélica**

Antes de examinar los gestos concretos de hospitalidad de parte de Jesús, habría que reflexionar sobre la dimensión “hospitalidad” que subyace a la fe cristiana, es decir en la Encarnación. María se convierte en la gran “huésped de Dios” acogiéndolo en su seno, mientras que el Emmanuel “Dios con nosotros” se convierte en el gran Huésped de la entera humanidad. No es por puro azar que de la acogida de María, poéticamente expresada en la Anunciación, brotará inmediatamente un gesto de exquisita acogida y hospitalidad: la visita a Isabel y la acogida a la madre de Jesús.

A los contenidos y a las motivaciones de la hospitalidad que vemos en el Antiguo Testamento, el Nuevo Testamento añade la aportación novedosa del mensaje y de las obras de Jesús. La acogida del otro, sobre todo si es necesario, adquiere una triple perspectiva a la luz del Evangelio.

La primera se desprende de la identificación de Cristo con el pobre (cfr. Mt 25,31-45). Acogiendo al pobre se acoge a Cristo, para amar a Cristo hay que amar al pobre, lo que hacemos (o no hacemos) al pobre lo hacemos (o no

hacemos) a Cristo. Se trata de una verdadera transfiguración del pobre en Cristo, no menos emblemática que la transfiguración que nos recuerda un famoso episodio de la vida de San Juan de Dios<sup>10</sup>.

La segunda perspectiva es la del juicio escatológico. Exclusivamente basado en la caridad (y no sobre la observancia formal de los mandamientos) este juicio encuentra en la hospitalidad debidamente entendida uno de los parámetros de evaluación. No sólo, sino que en una amplia acepción del término, podemos decir que la hospitalidad, es decir la acogida al otro, el convertirlo en objeto de cuidados, es el alma de todo el mensaje escatológico.

30

Por último, el Dios invisible del Antiguo Testamento que defendía al forastero, al huérfano y a la viuda, se hace visible en Cristo cuya vida está gastada enteramente al servicio de los demás. Sus palabras no son una simple exhortación, sino que toman cuerpo en su misma actividad, que se convierte en referencia ejemplar para todos los cristianos. Sería imposible querer sintetizar los gestos de hospitalidad, es decir de acogida al otro de parte de Cristo. Nos limitamos a recordar, ante todo, la actitud de benevolencia con la que encuentra al enfermo, sin limitarse a curar la enfermedad, sino abrazando todo su universo existencial. Toca al leproso, derribando el muro de segregación que lo marginaba, devuelve la vista al ciego abriendo los ojos a todos sobre la creencia equivocada de una relación entre culpabilidad individual y enfermedad, resucita al hijo de la viuda de Naím, afectado por la situación de esta mujer. Y luego acoge a las prostitutas y con ellas las críticas de los que creen pensar bien, se hace huésped de los publicanos compartiendo su mesa, acepta la hostilidad de su pueblo, el gesto de sus captores que excusa, la traición o la indiferencia de sus amigos, la abyección de la Cruz.

Cristo es el "gran acogedor de la historia" y con él están llamados a confrontarse todos aquellos que quieren andar por los caminos de la hospitalidad.

---

10. Tradición que se refiere al momento en que Juan de Dios lavaba los pies a un necesitado, y éste se transfiguró en la persona de Jesús.



### 2.3.2. La philoxenia

La múltiple terminología del Antiguo Testamento, aunque traducida en el Nuevo con palabras apropiadas y diversificadas, es superada, de alguna manera, por un término específico que indica justamente la hospitalidad: philoxenia, es decir amor por el extranjero. Este lazo decisivo entre hospitalidad y caridad (philoxenia y agapé) es la característica específica que distingue la hospitalidad neotestamentaria.

Podemos decir, por tanto, que la philoxenia constituye casi un término "técnico" entrado en el vocabulario cristiano para indicar una actitud particular de acogida hacia los Hermanos en general y los más necesitados en particular. No es por casualidad que esté incluida en los "ejemplos" de Mateo sobre la caridad en lo relativo al ya citado juicio escatológico (Mt 25,35); Pablo la incluye entre las exhortaciones que siguen el ejercicio de la caridad (Rom 12,13); Pedro hace lo mismo subrayando el deber de la reciprocidad (1 Ped 4,9); la carta a los Hebreos la considera inseparable de la philadelphia, es decir del amor por los Hermanos. Todos debemos practicarla, pero al mismo tiempo es una prerrogativa particular del obispo (1 Tim 3,2; 5,10; Ti 1,8).

31

La Sagrada Escritura deja ver cómo aquella que es una exigencia genérica de la caridad pueda transformarse en expresión carismática específica de parte de algunas personas llamadas a ello.

### 2.3.3. Hospitalidad y evangelización

Aparte de esta dimensión que enlaza estrictamente hospitalidad y caridad, hay otro motivo particular neotestamentario para valorar esta virtud: las exigencias de la evangelización nunca están separadas del mandamiento de la sanación: "curad a los enfermos y decid: el reino de Dios está cerca" (Lc 10,9; cfr Mt 10,7-8). Un poco como en las modernas "misiones populares" las casas de los cristianos se convierten en verdaderos "centros de escucha". Este deber de acogida está indicado de manera específica en 3Jn 7-8: "pues emprendieron el viaje por Cristo sin aceptar nada de los paganos; es deber



nuestro hacernos cooperadores de la verdad ayudando a hombres como éstos". Sobre esta praxis tenemos varios testimonios neotestamentarios (Rom 16,4. 23; Fil 22) y en virtud de esta estrategia de evangelización se convertían a menudo familias enteras (cf. Hechos 16). La hospitalidad se convierte así en instrumento de evangelización, tanto en la perspectiva del testimonio como de la palabra y las estructuras de hospitalidad se convierten para la comunidad en señal y lugar del anuncio de liberación evangélica integral.

#### **2.3.4. El Buen Samaritano**

Gran parábola de la hospitalidad, en la que la tradición eclesial ha identificado a Cristo y el ideal cristiano<sup>11</sup>. Es significativo, ante todo, el motivo del cual brota este relato parabólico, es decir una petición hecha a Jesús sobre lo que hay que entender por prójimo. En el concepto hebraico del tiempo, era considerado "prójimo" y por tanto merecedor del amor de Israel sólo el conciudadano o la persona unida con particulares lazos (de sangre, de amistad, etc.). Jesús -con una paradoja inaudita para indicar quién es el "prójimo", es decir el más cercano-, elige "el más lejano", el odiado enemigo samaritano.

32

La parábola es interesante porque ofrece elementos para una metodología de la hospitalidad que puede ser para nosotros de actualidad ejemplar. El samaritano antepone la acogida del herido a sus intereses personales (está de viaje, se para, atrasa sus compromisos) y lo hace sin conformarse al comportamiento de los demás (no sólo el sacerdote y el levita sino también los samaritanos mismos). Cumple, así, aquello que considera su deber sin negarse a hacerlo porque "todos hacen así".

Luego intenta utilizar lo mejor que puede los recursos de los que dispone. Venda las heridas como puede, las limpia y pone los únicos remedios que tiene, carga al herido sobre su cabalgadura y le busca un lugar dónde quedarse.

---

11. Cfr. JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 1984, Capítulo VII.



Por último predispone una estructura asistencial y, al hacerlo involucra la comunidad. El mesonero se convierte así en el prototipo de toda realidad social que, oportunamente solicitada por quien ha recibido el carisma de la hospitalidad se convierte en institución acogedora. Al hacer esto el samaritano con sano pragmatismo se preocupa por recaudar los fondos para la asistencia al enfermo, es decir da de su dinero, se hace mediación de una verdadera solidaridad social.

La conclusión de la parábola es la invitación perenne convertida en historia en la vida de San Juan de Dios y de todos aquellos que han recibido el don del carisma de la hospitalidad: ve y haz tú lo mismo.





## 3. El carisma de la hospitalidad en San Juan de Dios y en la Orden Hospitalaria

### 3.1. El carisma de la hospitalidad en San Juan de Dios

Carisma de la hospitalidad significa un don concedido por el Espíritu para una misión eclesial a favor de los pobres y necesitados. Nuestro Fundador vivió este carisma y su consiguiente misión con un estilo propio y tan característico que inició una “cultura” hospitalaria original y de gran vitalidad. La “cultura” hospitalaria de Juan de Dios constituye un valor original profético de renovación en la Iglesia y en la sociedad<sup>12</sup>.

---

12. La Orden Hospitalaria dispone hoy de una rica documentación para estudiar y profundizar en las líneas de fuerza y vitalidad del carisma hospitalario. Las fuentes de documentación se convierten así en medio para llegar al manantial del carisma hospitalario de San Juan de Dios y a sus características.

Cronológicamente y en orden de importancia disponemos de seis cartas de San Juan de Dios, más tres cartas de San Juan de Avila dirigidas a él. Estas cartas están a nuestra disposición en ediciones críticas y nos presentan un retrato directo de San Juan de Dios. Nos hacen ver y enamorar de un personaje, un miembro vivo seguidor del primer Hospitalario de la historia, Jesucristo. Nos hacen entrever su pasión por el hombre necesitado y sufriente, por la Iglesia su madre y por todos sus hijos.

La segunda fuente en orden de importancia es, sin duda, la Biografía del Santo escrita por Francisco de Castro y publicada en 1585: Historia de la vida y sanctas obras de Juã de Dios y de la instituciõ de su Orden, y principio de su hospital, en Granada en casa de Antõnio Librixa, Año de MDXXXV. Con gran fundamento histórico, constituye un informe profundo del recorrido humano-espiritual del Santo en el que se pone de relieve la hospitalidad divina hacia él como fuente de su hospitalidad sin fronteras hacia todos los pobres y enfermos.

A partir de 1995 la Familia Hospitalaria dispone de una fuente de la vida y hospitalidad de San Juan de Dios, nueva y preciosa. Se trata de la Documentación procedente del Archivo de la Diputación Provincial de Granada que formó parte del pleito “entre los Hermanos del Hospital de Juan de Dios y los Frayles e convento del monasterio de San Gerónimo”.

Esta documentación tiene fecha del 12.03.1570 (pero el proceso comenzó en 1572) y consiste en 171 folios manuscritos que fueron transcritos por José SÁNCHEZ MARTINEZ en su libro: Kénosis y Diakonía en el itinerario espiritual de San Juan de Dios, Madrid 1995. De los 17 testigos que responden a las 26 preguntas, 10 habían conocido a San Juan de Dios. Esta documentación y otra que utiliza Sánchez en otro trabajo sobre el mismo proceso, constituyen la tercera fuente por orden de importancia para estudiar la hospitalidad de San Juan de Dios.

Por otra parte, contamos con las primeras constituciones del hospital de Granada y con tres Bulas fundamentales:

1. Licet ex debito de Pío V (1 de enero de 1572)
2. Etsi pro debito de Sixto V (1 de octubre de 1586)
3. Piorum Virorum, Breve de Pablo V (12 abril 1608)

Tienen un valor muy decisivo porque estos documentos nos acercan a San Juan de Dios y a los principios teológicos y jurídicos de nuestra hospitalidad. A estos debemos añadir las peticiones de los Superiores Generales de gracias y aprobaciones que dieron lugar a tales bulas. Ambas son consideradas fuentes de nuestra hospitalidad. De las primeras Constituciones recordamos:

Para la familia Hospitalaria tiene que seguir siendo una levadura que revitaliza los servicios de la Orden en todo el mundo. He aquí sus rasgos principales.

### 3.1.1. Hospitalidad misericordiosa

La hospitalidad juanediana ha brotado de la experiencia cristiana de la misericordia de Dios hacia nuestro Fundador que le ha revelado su condición de pecador y la gran misericordia y amor de Dios que perdona gratuitamente y quiere la comunión de vida con todos sus hijos. Esta experiencia constituye la característica fundamental y la fuente de la que brota la riqueza de la hospitalidad de San Juan de Dios: "Si considerásemos lo grande que es la misericordia de Dios, nunca dejaríamos de hacer el bien mientras pudiésemos"<sup>13</sup>.

36

- 
1. Regla y Constituciones para el Hospital de Ioan de Dios, desta ciudad de Granada 1585
  2. Constituciones hechas en el primer Capítulo General en Roma año de 1587
  3. Costituzioni et ordini da osservarsi dagli Frati dell'Ordine di Giovanni di Dio 1589
  4. Costituzioni del devoto Giovanni di Dio, d'Italia, 1598
  5. Regla del Bienaventurado Padre San Agustín de la Orden de Iuan de Dios, Madrid 1612
- La documentación moderna es abundante pero, para no exagerar, queremos recordar solamente algunos títulos, los más significativos que han aparecido después del Capítulo General de 1976 citados en orden cronológico.
- P. Marchesi, Las bases de la renovación (1978).
  - P. Marchesi, La Humanización (1981).
  - La Dimensión apostólica de la Orden de San Juan de Dios (1982).
  - Constituciones de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (1984).
  - P. Marchesi, La Hospitalidad de los Hermanos de San Juan de Dios hacia el año 2000 (1986).
  - Declaraciones del LXII Capítulo General (1988).
  - B. O'Donnell, Siervo y Profeta (1990).
  - Juan de Dios sigue vivo (1991).
  - Hermanos de San Juan de Dios y Colaboradores juntos para servir y promover la vida (1992).
  - La nueva Evangelización y la nueva Hospitalidad (1994).
  - P. Piles, La fuerza de la caridad (1995).
  - P. Piles, Juan de Dios: llamada a la nueva hospitalidad (1996).
  - P. Piles, Dejaos guiar por el Espíritu (1996).
  - La Dimensión Misionera de la Orden Hospitalaria. Profetas en el mundo de la salud (1997).
- Los estudios e investigaciones hechos en el curso de los siglos y recientemente, sobre la vida, espiritualidad y hospitalidad de San Juan de Dios constituyen aportaciones de gran importancia para profundizar el tema tratado en esta "Carta de identidad". Para no sobrecargarla, remitimos a los títulos más significativos de la bibliografía.
13. 1ª Carta de San Juan de Dios a la Duquesa de Sesá (1DS), 13. Respecto al tema, cf. GAMEIRO, A. Koinonía, filoxenia y martyrión em S. João de Deus e na sua Orden nascente, tesis de doctorado, Roma 1996, en curso de publicación.



Solemos considerar a San Juan de Dios como fundamentalmente misericordioso, compasivo, capaz de entender, perdonar y ayudar; y lo hacemos con razón, pero esto no es más que la consecuencia de su conciencia y de su vivencia permanente de la misericordia y del perdón de Dios y de Cristo para con él. El veía la vida y las cosas de la vida como dones divinos gratuitos de la misericordia divina: “Jesucristo usa con nosotros de tanta misericordia, dándonos la comida, la bebida, el vestido y todas las cosas, sin merecerlo”<sup>14</sup>.

El bien más deseado y pedido por nuestro Fundador durante su conversión ha sido el perdón y la misericordia divina tal y como lo podemos leer en los capítulos VII, VIII y IX de Castro. Ha suspirado y ha pedido misericordia al Señor y al recibirla se ha convertido en su intermediario para con todos los necesitados.

La hospitalidad misericordiosa de San Juan de Dios es, sin duda, lo que más llama la atención, por sus acciones extraordinarias a favor de todas las categorías de necesitados y sufrientes.

37

Podemos afirmar de manera absoluta que la experiencia profunda de la hospitalidad misericordiosa de Dios hacia él lo ha transformado en hospitalario misericordioso hacia todos sin excepción y casi, podemos decir, sin límites. En sus acciones no conocemos límite de necesitados y sufrientes que no haya socorrido. La lista de los necesitados de Granada y de los alrededores socorridos por San Juan de Dios que Castro nos presenta en el capítulo XII y la que el mismo Santo presenta en la segunda carta a Gutiérrez Lasso coinciden y cubren casi todas las categorías existentes en la Granada de su tiempo.

### 3.1.2. Hospitalidad solidaria

Esta experiencia y revelación de la misericordia de Dios hacia él provocó dos respuestas: una de kénosis (anonadamiento) o humillación penitencial bien

---

14. 2a Carta de San Juan de Dios a la Duquesa de Sesa (2DS), 18.

visible en las fuentes<sup>15</sup>, y luego una respuesta de hospitalidad misericordiosa hacia todos los necesitados, sufrientes y pecadores<sup>16</sup>. Francisco de Castro nos describe como Juan de Dios, el día de su conversión, de pobre librero se deshizo de todo lo que tenía para ser un seguidor de Jesucristo. Dice además: "Andaba siempre descalzo en la ciudad y en todos los caminos, y descaperuzado, y rapado a navaja barba y cabeza, y sin camisa ni otro vestido más que un capote de xerga ceñido y unos zaraguelles de frisa; andaba siempre a pie, sin subir jamás en alguna bestia en camino ni fuera dél, por cansado y despeado que viniese; ni por tempestades de agua y nieve que hobiese se cubrió la cabeza desde el día que comenzó a servir a nuestro Señor hasta que lo llamó para sí; y con todo eso se compadecía de los muy livianos trabajos de sus próximos, y los procuraba remediar, como si él viviera en mucho regalo."<sup>17</sup>

38

Su primera casa empezó siendo muy pobre para acoger a otros pobres como él. Castro nos lo cuenta con pocas palabras:

"Determinado Ioan de Dios de procurar de veras el consuelo y remedio de los pobres, habló con algunas personas devotas, que en sus trabajos le habían favorecido; y con ayuda dellos y su calor, alquiló una casa en la Pescadería de la ciudad, por ser cerca de la plaza de Bivarrambla, de donde y de otras partes recogía los pobres desamparados, enfermos y tullidos que hallaba, y compró algunas esteras de anea y algunas mantas viejas en que durmiesen, porque aún no tenía para más, ni otra medicina que hacelles."<sup>18</sup>

Podemos afirmar que San Juan de Dios se ha encarnado en los pobres y en los enfermos como uno más, acogiéndoles y atendiendo a sus necesidades.

---

15. cf. SÁNCHEZ MARTINEZ, José. *Kénosis y Diakonía en el itinerario espiritual de San Juan de Dios*, Madrid 1995.

16. Cfr. 2a Carta de San Juan de Dios a Gutierre Lasso (2 GL), 5. Estas listas no son completas. Castro, en el capítulo XVI, intenta añadir a otros necesitados. El Santo ha asistido a personas sufrientes de males morales más agudos. Conocemos su solicitud y misericordia hacia las prostitutas, los presos, los marginados, los moriscos y probablemente los "cristianos nuevos" de ascendencia judía, los esclavos y otros excluidos sociales, como los enfermos incurables.

17. CASTRO, Op. Cit., Capítulo XVII.

18. Ibid., Capítulo XII.



Los ha curado, a pesar de sus límites, con las riquezas del carisma de la hospitalidad que Dios le ha dado. Nunca se negó a ayudar a los necesitados con todo lo que podía disponer en su pobreza.

#### **3.1.3. Hospitalidad de comunión**

Intermediario entre ricos y pobres, entre categorías de opulentos y necesitados, entre poderosos y despreciados, San Juan de Dios ha practicado la hospitalidad de comunión. Con San Juan de Dios la colecta de limosnas se ha convertido en patrimonio y en una riqueza espiritual de la Orden de la que no se puede prescindir, pese a haber adaptado sus métodos a cada época y cultura. Es necesario considerarla como circulación de bienes para la construcción solidaria y espiritual de la sociedad.

Cuando gritaba de noche por las calles: “haced el bien hermanos a vosotros mismos por amor de Dios” quería inquietar y provocar las conciencias a no dormirse sobre las miserias de sus hermanos, pedía y daba en una reciprocidad dinámica. Invitaba a ejercer la comunicación cristiana de bienes.

39

Cuando escribía cartas agradeciendo los dones recibidos y contando su dolor por los sufrimientos de los miserables que no podía asistir solo y cuando pedía continuos préstamos que pagaba con dificultad, quería construir una comunidad de comunión en la que todos se sintieran hermanos, amados, ayudados y perdonados por Dios como se sentía él. Sabía que si todos hubiesen tenido una experiencia profunda de la misericordia de Dios, como él la quería, la Iglesia y la sociedad se hubieran convertido realmente en la familia de los hijos de Dios habitados por la vida y la comunión divina superando las necesidades de los necesitados.

#### **3.1.4. Hospitalidad creativa**

En una ciudad con casi diez hospitales y casas para los pobres, es increíble como la sensibilidad de San Juan de Dios haya descubierto a tantos necesitados y enfermos abandonados. Y sorprende aún más cómo haya logrado



abrirse un espacio nuevo en la manera de practicar la hospitalidad. Ha anticipado a los que tenían la responsabilidad de precederlo para resolver los problemas de los enfermos, de los pobres y de los necesitados.

Su hospitalidad era respuesta a los que no la encontraban (abandonados) y a las necesidades nuevas que no despertaban la sensibilidad de los demás (sufrientes a causa de culpabilidades, odio o venganzas). San Juan de Dios veía todo sufrimiento, del cuerpo y del espíritu<sup>19</sup>.

### 3.1.5. Hospitalidad integral (holística)

Podemos afirmar que uno de los valores característicos de la hospitalidad juandediana es la integralidad de los cuidados dirigidos a toda la persona que sufre. Para él el enfermo y el necesitado no era sólo un cuerpo y un alma, pecador o pecadora, un mentiroso o un indigno. Todas eran personas, hermanos y hermanas suyos, todos dignos de ser ayudados y perdonados por él y por sus colaboradores. Y ¿por qué? Porque lo mismo hace Dios proveyendo cada día a las necesidades de todos<sup>20</sup>, perdonando y salvando<sup>21</sup>. Y porque el verlos sufrir le “partía el corazón”<sup>22</sup>.

La hospitalidad de San Juan de Dios, diríamos hoy, era al mismo tiempo preventiva y de emergencia, curativa y rehabilitadora, curaba los curables y acompañaba a los incurables. Era además pedagógica y formativa para los huérfanos, los niños expuestos y las prostitutas y para quienes ayudaba a liberarse de su culpa, a construir y llevar adelante un proyecto de formación y de inserción social. En su hospital ofrecía cama y comida, fuego y locales para acoger a los peregrinos; medicamentos, enfermeros, médicos, capellanes y ayudas espirituales para los enfermos<sup>23</sup>.

---

19. Cfr. 2 GL, 8.

20. 1a Carta de San Juan de Dios a Gutierre Lasso (1 GL), 2.

21. Carta de San Juan de Dios a Luis Bautista (LB), 19.

22. 1 DS, 15.

23. A partir del capítulo XII al XX de su libro, Castro ilustra bien estas distintas dimensiones de la hospitalidad juandediana.



La práctica hospitalaria de San Juan de Dios nos hace ver que la historia china de la caña (si das a un hombre un pez, lo sacias por un día; si le das una caña, para toda su vida) es una cuestión falsa cuando se interpreta como dilema exclusivo (o.. o...). La hospitalidad para socorrer a los que sufren y a los necesitados tiene que ser siempre y... y... según las circunstancias de lugar, tiempo y persona.

### **3.1.6. Hospitalidad reconciliante**

San Juan de Dios era comprensivo y trataba a todos, pecadores, opresores y oprimidos, como Dios le trataba a él: perdonaba y ayudaba, asistía y curaba las heridas físicas y morales. Muchas veces las heridas morales y espirituales antes y como condición para alcanzar la armonía y la curación de las enfermedades del cuerpo.

En un mundo tan dividido y roto por tantas ideologías, fundamentalismos, discriminaciones étnicas que generan odio, resentimiento y deseo de venganza, la capacidad de San Juan de Dios de perdonar, reconciliar y construir puentes de fraternidad merece ser estudiada y vivida por la Familia Hospitalaria. Entre todos, entre sus asistidos y sus colaboradores, él era un profundo médico de heridas, tensiones y conflictos.

41

Al igual que Cristo, él también curaba las llagas. Sus biógrafos hacen notar cómo se sentía herido por la separación de sus padres, la soledad, las frustraciones de la vida militar, pero principalmente por sus culpas, las injurias sufridas, el sufrimiento por tantas deudas contraídas para ayudar a los pobres y a los enfermos, sus hermanos. Estas experiencias de heridas existenciales le convertían en un hospitalario especializado en curar y reconciliar a los enemigos entre ellos y a que llegasen a ser sus colaboradores como ocurrió con Antón Martín y muchos otros.

A su bienhechora, la Duquesa de Sessa, decía que se curaba con las heridas de Cristo crucificado y la aconsejaba que hiciera lo mismo:

“Cuando me encuentro afligido, no encuentro remedio o consuelo mejor que mirar a Jesús crucificado”<sup>24</sup>.

“Recorred a la pasión de Jesucristo nuestro Señor y... os llenará un gran consuelo”<sup>25</sup>.

Fue así como logró que Antón Martín perdonara y se reconciliara con Pedro Velasco y pudo conquistarlos a ambos para que fueran colaboradores directos de su hospitalidad, como primeros hermanos.

Y unido a la pasión de Cristo, los viernes, cuidaba las heridas de la prostitución a muchas mujeres destruidas por aquel género de vida. Por su carisma de hospitalidad misericordiosa perdonó a la mujer que arrancó de la prostitución y que lo injuriaba: “Antes o después tendré que perdonarte, entonces te perdono ahora mismo”<sup>26</sup>. Y así la convirtió una segunda vez, como ella misma rinde testimonio durante los funerales del santo.

42

Cuando lo acusan ante el arzobispo de acoger a gente indigna en su “Casa de Dios”, se declara el único indigno y que “al igual que Dios tolera a los malos y a los buenos y cada día hace amanecer sobre todos su sol, no es razonable echar a los abandonados y a los afligidos de la propia casa”<sup>27</sup>.

### **3.1.7. Hospitalidad generadora de voluntariado y colaboradores**

El amor misericordioso sin fronteras de San Juan de Dios tenía una vitalidad tan fuerte que generaba amor, caridad cristiana y colaboración; era hospitalidad luminosa, carisma siempre más participado.

Esta fuerza carismática recibida de Dios, a la que San Juan de Dios ha sido radicalmente fiel, ha convertido al santo en un fuego de luz hospitalaria a

---

24. 2 DS, 9.

25. 1 DS, 9.

26. CASTRO, *Ibid.*, Capítulo XV

27. *Ibidem.*, Capítulo XX.



distintos niveles de solidaridad y colaboración con él en la ayuda a los pobres y enfermos.

Podemos distinguir varios niveles de colaboradores: los que ayudaban con acciones o limosnas puntuales y los que se convirtieron en colaboradores permanentes como Angulo y muchos otros citados en sus cartas por Castro y en el documento del Proceso contra los Jerónimos. Algunos abrazaron el voluntariado juandediano hasta la total pertenencia en la identificación con su carisma.

Entre los más estrechos colaboradores contamos a sus primeros compañeros o Hermanos de hábito, los bienhechores más identificados con su carisma que han hecho suya la obra de San Juan de Dios. Y este sentimiento de pertenencia al hospital y a la obra juandediana generaba, a su vez, una fuerte dinámica de solidaridad. Esta identificación con el carisma, llevaba a muchos colaboradores suyos a defender su originalidad con bienes y personas<sup>28</sup>. Esta identidad de pertenencia a la Familia de San Juan de Dios sigue siendo un modelo válido para el presente y el futuro.

43

### 3.1.8. Hospitalidad profética

Una de las notas más originales de la Hospitalidad de San Juan de Dios ha sido la profecía. Sin medios, extranjero inmigrante con fama de loco, entregándose totalmente a Jesucristo y a los que sufren, abrió caminos nuevos en la Iglesia y en la sociedad.

Sus actitudes hospitalarias sorprendieron, desconcertaron, pero funcionaron como faros para indicar caminos nuevos de asistencia y humanidad hacia los pobres y los enfermos. De la nada creó un modelo alternativo de ser ciudadano, cristiano, hospitalario a favor de los más abandonados. Esta hospitalidad profética ha sido una levadura de renovación en la asistencia y en la Iglesia.

28. Esta solidaridad identificadora es muy visible en las cartas a Gutierre Lasso y a la Duquesa de Sessa, en la biografía de Castro y en los testimonios del Proceso y se refiere a decenas de colaboradores.

El modelo juandediano ha funcionado también como conciencia crítica y guía sensibilizadora para actitudes nuevas y prácticas de ayuda hacia los pobres y marginados.

## **3.2. La hospitalidad a lo largo de la historia de la Orden**

### **3.2.1. La hospitalidad juandediana desde los primeros compañeros y a través de los siglos**

Los primeros Hermanos<sup>29</sup>, compañeros de San Juan de Dios, participaron de su carisma hospitalario, lo practicaron y lo difundieron. El acto de fundación del hospital de Antón Martín de Madrid habla del estado de necesidad de "enfermos con llagas contagiosas". Antón Martín, en su testamento afirma que Juan de Dios lo dejó a la guía de su hospital, en su lugar, como él mismo<sup>30</sup>.

44

Sus compañeros son recordados por los testigos como hospitalarios muy cercanos en su servicio a los pobres y a los enfermos a los que asisten. La persona de Juan, humilde, pobre y abajada en un vaciamiento (Kénosis) voluntario en el que renunciaba a toda grandeza para situarse al nivel de los pobres y servirlos, sigue siendo el modelo para sus compañeros y colaboradores.

Testigos de los primeros años de la Orden, son unánimes en declarar que "los hermanos recibían con mucha caridad y apertura a todos los pobres sin excepciones, extranjeros y gente del lugar, curables o no, locos o sanos de mente, niños y huérfanos. Y hacían esto imitando a su fundador, Juan de Dios. Recibían a todos, a moriscos como también a los cristianos viejos"<sup>31</sup>.

Después de esta primera etapa de la Orden Hospitalaria, a través de casi cinco siglos de historia han existido Hermanos y colaboradores juandedianos,

---

29. En el Proceso a los Jerónimos (Cf. SANCHEZ, Op. Cit.), anterior a la biografía de Castro, se nos habla en abundancia de las actitudes hospitalarias de los Hermanos de hábito de San Juan de Dios. Juan de Avila (Angulo) nos da sus nombres: Antón Martín, Pedro Pecedor, Alonso Retigano y Domingo Benedicto.

30. ORTEGA LÁZARO, L., o.h., Antón Martín.... pp. 17-18 y 31

31. Declaraciones en el Pleito entre los Hermanos del "ospital de Juan de Dios" y "los frayles e convento del monesterio de san Gerónimo", 1572-73. En: SANCHEZ MARTINEZ, José Op. Cit., pgs. 181-188 y 285 ss.



los ya desaparecidos y los que viven hoy, ya sea de gran renombre o aquellos que pasan desapercibidos, que han dado un precioso testimonio de fidelidad al carisma de la hospitalidad<sup>32</sup>.

Por otra parte, desde las primeras décadas de existencia de la Orden, la asistencia en los campos de batalla, en los ejércitos y entre los militares también en tiempo de paz, se convirtieron en una constante de los servicios hospitalarios de la Orden en España, Italia, Portugal, Francia.

La acción de la Orden se articuló en otras dos expresiones: el servicio de emergencia en las epidemias y en los hospitales en territorios de misión que se convirtieron, algunos de ellos, en “hospitales-doctrina”<sup>33</sup>.

---

32. Consideramos importante dar a conocer, aunque sólo sea en parte, algunas figuras de Hermanos que han destacado en los valores de la hospitalidad. Los santos, beatos y venerables merecen ser recordados en primer lugar: San Juan Grande, San Ricardo Pampuri, Beato Benito Menni y los muchos Beatos Mártires. Entre los venerables y los que están en las causas de Beatificación tenemos: Francisco Camacho, Antón Martín, José Olallo Valdés, Eustaquio Kugler y un grupo de mártires, sin olvidarse de también de muchos otros que en la historia de la Orden han sufrido el martirio y la persecución por Cristo y por la Hospitalidad en Brasil, Colombia, Chile, Polonia, Filipinas, Francia, España y, recientemente también en otros países.

Muchos Hermanos “fundadores” y “restauradores” de comunidades y obras de la Orden merecen ser más conocidos como figuras vivas de la vitalidad y de los valores de nuestro carisma. Los Hermanos: Giovanni Bonelli (Francia); Gabriel Ferrara y Juan Bautista Casinetti (Italia y Alemania), Francisco Hernández (América). Y en épocas más recientes merece la pena recordar a: Padre Juan María Alfieri (Italia), Paul de Magallon (Francia), Eberhard Hacke y Magnobon Markmiller (Alemania), el Beato Benito Menni (España, Portugal y Méjico). A nivel de investigación histórica tienen un papel destacado algunos Hermanos, quienes con amor por la Orden y con espíritu científico nos permiten conocer hoy el recorrido de nuestro carisma.

Otros muchos Hermanos ilustres han destacado como médicos, cirujanos, farmacéuticos, botánicos, dentistas pero sería imposible nombrarlos a todos. En este mismo documento mencionamos algunos nombres en el capítulo sexto, dedicado al tema de la formación y la investigación en la Orden, nota 11.

A estos Hermanos que han sido profetas de Hospitalidad, deberíamos añadir los colaboradores que a lo largo de la historia, han puesto sus valores y capacidades al servicio de la Orden.

33. ANTIA, Juan Grande, en Labor Hospitalario-Misionera de la Orden de San Juan de Dios en el mundo, fuera de Europa, A.A.V.V., Madrid, 1929:

“Los Hermanos Hospitalarios fueron desde Felipe II hasta Fernando VII, los encargados natos de la Sanidad militar, especialmente en las expediciones a Indias y en tiempo de guerras y epidemias.

Además de cerca de cien Hospitales-Doctrinas que tenía en América, en los que se curaban españoles, militares e indígenas, y que en cada uno de ellos había una numerosa y bien atendida doctrina de indios, tenían también farmacias y clínicas o dispensarios para socorro y remedio de todos. En sus Hospitales-Doctrinas encontraban, pues, los indios no sólo la salud para el cuerpo, sino también la del alma; fieles siempre, los fervorosos Hijos de San Juan de Dios, al axioma heredado de su Padre y Mayores, y que siempre sigue siéndolo para el buen hospitalario: Por los cuerpos a las almas.”

Otra expresión que se ha desarrollado en varios países fueron las escuelas de medicina y cirugía y los cursos para enfermeros con el fin de preparar a los miembros y a los colaboradores de la Orden. En los siglos XIX y XX, con la psiquiatría que se convirtió en una rama especializada de la medicina, la Orden se sensibilizó en fundar y administrar centros específicos para enfermos mentales. En Francia este desarrollo ha sido notable gracias a Paul de Magallon en el siglo XIX; con la restauración de la Orden a raíz de la Revolución de 1789 y en Portugal, España y América, gracias a Benito Menni. Tras las restauraciones del siglo XIX, otras provincias (alemana, polaca, austríaca e italiana) fundaron obras exclusivas para enfermos mentales y disminuidos psíquicos, niños, jóvenes y adultos. Las provincias de Irlanda, Inglaterra y Australasia se especializaron en proveer servicios para los disminuidos psíquicos e hicieron un importante aporte al diferenciarlos de las personas diagnosticadas como enfermos mentales y al cambiar la terminología aplicada a los mismos, con el fin de resaltar su dignidad y sus derechos como personas.

46

La asistencia a los niños y a los jóvenes disminuidos físicos fue una respuesta de Benito Menni en España, tan urgente hasta hace poco años y que encuentra hoy expresiones en algunos hospitales generales pediátricos de vanguardia y centros de rehabilitación.

Una expresión del carisma de San Juan de Dios que se ha desarrollado en las últimas décadas son los albergues nocturnos para los sin-techo, los centros para ancianos y los centros para personas con dificultades de aprendizaje o disminuidos psíquicos.

Uno de los aspectos que la Orden siempre ha desarrollado es el de la dimensión misionera. Se puede decir que la expansión misionera de la Orden se remonta a su aparición misma. La fundación en Cartagena (Colombia) en 1596 fue la primera de las muchas que se fueron creando en América, África y Asia hasta el siglo pasado.

Tras una época en la que la Orden se extinguió, se restauraron las misiones



en América, África, Asia y Oceanía. La Orden quiere llevar adelante hoy la evangelización del mundo de la salud tal y como lo hizo San Juan de Dios y como nos enseña Jesucristo.

#### **3.2.2. Presencia actual**

Las exigencias de la Nueva Evangelización que plantea la Iglesia al inicio del tercer milenio, han llevado a la Orden a responder con el planteamiento de una Nueva Hospitalidad. La “nueva hospitalidad” debe expresarse en dos sentidos: en obras de innovación en la comunidad y en nuevas respuestas a carencias existentes.

A partir del Capítulo General de 1976 y, más aún, a partir del Capítulo General Extraordinario de 1979, la Orden ha cumplido un esfuerzo considerable para renovar la asistencia. Varias han sido las áreas de desarrollo. Merece la pena recordar las principales.

47

La humanización y la pastoral han conocido en estos últimos veinte años una revitalización muy necesaria para complementar los grandes avances técnicos de los hospitales y responder a los sufrimientos concretos de los enfermos y de sus familiares. La asistencia juandediana ha sido siempre integral, holística, incluyendo siempre la solicitud pastoral y espiritual, al día.

La dimensión humanizante y pastoral junto con la necesaria formación permanente de los Hermanos y de los colaboradores puede renovar la presencia de la Orden en los centros tradicionales, convirtiéndose en elementos de apoyo para una nueva hospitalidad y una nueva evangelización.

En los últimos años se ha completado la humanización con la formación en bioética, en ética de la salud y su aplicación al servicio de los enfermos.

La modernización de las estructuras en base a las nuevas necesidades y exigencias técnicas y humanas, junto con nuevos criterios de gestión estable-



ciendo la prioridad de los recursos y siguiendo programas bien definidos han contribuido a renovar muchos de nuestros hospitales y centros.

La evolución que han tenido nuestros Centros tradicionales ha interesado todas las áreas. Las innovaciones tecnológicas en el ámbito de las ciencias de la salud se ve reflejada en los cambios continuos que se realizan en nuestros Centros. Sus estructuras materiales han tenido muchos cambios debido a la incorporación de los equipos técnicos, a causa de la evolución de las técnicas asistenciales y por los nuevos métodos de trabajo, sobretudo el del trabajo en equipos con varias especialidades. Todo ello para atender mejor y de una forma más global al enfermo como persona.

48

El cambio más significativo ha sido el de la integración de los Colaboradores. Hasta hace poco la comunidad de los Hermanos, con el apoyo de algunos laicos, hacía posible el servicio a los enfermos. Hoy en día los Colaboradores son los actores principales en las obras y no hay áreas en las que no estén presentes, asumiendo incluso muchos puestos en la dirección y en la gestión.

Junto a los Colaboradores-trabajadores, en nuestros Centros se está integrando un número cada vez mayor de voluntarios que están desarrollando tareas de humanización y de servicio pastoral. Esta presencia renovada y actualizada en los Centros está dando excelentes resultados, sobre todo gracias a la formación.

De esta manera, el futuro de las obras pasa, en parte, a través de la actualización constante de los instrumentos técnicos, de los métodos de trabajo y de dirección y gestión y también a través de los medios técnicos de comunicación e informáticos más modernos. También se está desarrollando el área de la investigación científica con programas que a veces se llevan a cabo con la colaboración de departamentos universitarios competentes.

Los Hermanos han de ser guías ético-morales, conciencia crítica, anticipación creadora e innovativa y señal profética de buena noticia a los pobres, a los



enfermos y a los necesitados de hoy, de cada cultura y religión.

#### **3.2.3. Nuevas formas de presencia**

Desde hace varios años las expresiones innovadoras en la Orden derivan de la sensibilización hacia las nuevas necesidades de la sociedad y hacia respuestas novedosas desde nuestro carisma a las necesidades existentes. En algunos casos se vuelve a expresiones ya presentes en la práctica de San Juan de Dios: una mayor apertura a la comunidad social, a las familias y a sus necesidades.

Nuestra hospitalidad sale cada vez más de los hospitales y de los Centros asistenciales y se extiende a la prevención y educación de la salud, a la rehabilitación, a la reinserción social y a la salud comunitaria. San Juan de Dios se ocupaba con celo de los huérfanos, de su educación y formación, de la reinserción de las prostitutas, etc.

Así hoy la Orden está extendiendo su campo de acción a los day-hospital (centro abierto u hospital de día), a la asistencia a domicilio, a los poli-ambulatorios y está creando respuestas asistenciales de ayuda a los nuevos enfermos: drogadictos, enfermos de SIDA, enfermos terminales, etc.

Los sufrimientos causados por la soledad, por el abandono, la desesperación y el vacío existencial encuentran recursos en los teléfonos de la esperanza, en la publicación de boletines y folletos de mensajes humanos y cristianos, en revistas sobre temas de reflexión, de formación ética y hospitalaria.

Uno de los caminos por medio del cual la Orden intenta responder a las nuevas necesidades de la sociedad es la integración Hermanos-Colaboradores en obras, proyectos e iniciativas de la Iglesia y de otros organismos nacionales e internacionales en el campo sanitario, de investigación y asistencia. Estas realizaciones se dan entre grupos de una o más provincias, entre sus fundaciones o asociaciones en colaboración con organismos no gubernamentales, con gobiernos de otros países, sobre todo en vías de desarrollo.

El carisma de San Juan de Dios es tan rico y tiene tanta vitalidad que cuando la Orden, los Hermanos y los colaboradores se dejan llevar por el Espíritu de Dios y se sensibilizan a las necesidades que emergen en la sociedad, la hospitalidad se hace presencia eficaz a pesar de que los recursos humanos y espirituales parecen insuficientes.



## 4. Principios que iluminan nuestra hospitalidad

Aceptando la llamada de la Iglesia a ser cada vez más conscientes de la misión evangelizadora de todo grupo y obra eclesial, la Orden al proyectar la nueva Hospitalidad se siente comprometida a desarrollar claramente su identidad, a la luz de lo que denominamos la “Cultura de la Orden”. En esta cultura hospitalaria estamos comprometidos todos, Hermanos y Colaboradores, encarnando en el actuar los principios que iluminan nuestra hospitalidad. A continuación, desarrollamos cada uno de dichos principios.

### 4.1 Dignidad de la Persona humana

#### 4.1.1. El respeto a la persona humana

La creación del hombre y de la mujer a imagen de Dios (Gen 1,27) les otorga una dignidad indiscutible. De todos los seres vivos el ser humano es el único semejante a Dios, llamado a la comunicación con Él, que puede oír y responder a Dios. La dignidad de todo ser humano ante Dios es el fundamento de su dignidad ante los hombres y ante sí mismo. Es la razón última de la igualdad y fraternidad fundamental de todos los hombres, independientemente de su etnia, pueblo, sexo, origen, formación y clase social. Es la razón por la que un ser humano no puede utilizar a otro ser humano como una cosa; al contrario tiene que tratarlo como ser autónomo y responsable de sí mismo y demostrarle respeto.

De la dignidad del ser humano ante Dios se sigue también el derecho y el deber de la autoestima y del amor a sí mismo. Por consiguiente, debemos considerarnos un valor para nosotros mismos y asumir responsablemente el cuidado de nuestra salud. De la dignidad de todo el ser humano ante Dios se sigue también que debemos amar al prójimo como a nosotros mismos y que la vida del ser humano es sagrada e inviolable principalmente porque en el rostro de todo ser humano hay un destello de la gloria de Dios (Gen 9,6).

## 4.1.2. La universalidad del respeto

El respeto de la dignidad de la persona humana creada a imagen de Dios exige que cada uno, sin excepción de nadie, debe considerar al prójimo como “otro yo”, cuidando en primer lugar de su vida y de los medios necesarios para que pueda vivirla dignamente<sup>34</sup>. Exige afirmar la dignidad de todo ser humano cualesquiera que sean las anomalías que padezca, las limitaciones que tenga o la marginación social a que se vea reducido.

El respeto de la dignidad de la persona humana creada a imagen de Dios está presente en la filosofía y en la creciente conciencia internacional de la amplia gama de los derechos humanos.

En tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto. La dignidad es inherente al ser humano por ser sujeto de derechos y deberes<sup>35</sup>.

52

## 4.1.3. Acogida de los enfermos y necesitados

Dado que el valor y la dignidad humana quedan más fácilmente cuestionados y oscurecidos en el dolor, la discapacidad o la muerte, la Orden Hospitalaria, al atender al enfermo como tal y a los necesitados, ofrece un testimonio de lo que significa y vale el ser humano y anuncia a todos los hombres la maravillosa herencia de fe y esperanza que ha recibido del Evangelio.

Las actitudes de Jesús en favor de los más débiles y de los marginados de la sociedad son para la Orden Hospitalaria, según el ejemplo de San Juan de Dios, una llamada a comprometerse en la defensa y promoción de sus dere-

---

34 Cf. CONCILIO VATICANO II. Constitución Pastoral *Gaudium et Spes* (GS), n. 27.

35 El concepto de dignidad humana y los derechos de la persona aparecen íntimamente unidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948); en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); en el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (1966); y en el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, más conocido como el “Convenio de Oviedo” (1997). Si bien en estas Declaraciones no queda claro en qué consiste y en qué se funda la dignidad humana, todas la reconocen como inherente a todo ser humano y reconocen también los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana como fundamento de la libertad, la justicia y la paz en el mundo.



chos fundamentales, fundada en el respeto de la dignidad humana.

Teniendo en cuenta la variedad de formas a través de las cuales la Orden hoy, expresa el carisma, nos parece que existen algunos campos que en la perspectiva de la nueva Hospitalidad, son signos evangélicos especialmente significativos:

- Las personas “sin techo”: como expresión de la dimensión de gratuidad, casi negada en nuestra sociedad de la eficiencia y la productividad.
- Los enfermos en fase terminal: acogidos y acompañados en los “hospices” o centros de cuidados paliativos, como lugares que señalan el valor de la vida en el momento de la muerte.
- Los enfermos de SIDA: para luchar contra miedos y prejuicios irracionales.
- Los tóxicodependientes: amar al hombre que no se sabe amar.
- Los emigrantes: acoger a Jesús extranjero como genuina expresión de la Hospitalidad.
- Los ancianos: para afirmar el valor de la vida en su globalidad.
- Las personas en condiciones de enfermedad y limitaciones crónicas: como expresión del valor y dignidad de la persona humana.

53

Todos los lugares donde exista pobreza, enfermedad, sufrimiento son privilegiados para que nosotros, Hermanos y Colaboradores que formamos la Familia de San Juan de Dios, ejercitemos y vivamos el Evangelio de la misericordia<sup>36</sup>.

## 4.2. Respeto de la vida humana

### 4.2.1. La vida como bien fundamental de la persona

La vida es un bien fundamental de la persona y condición previa para el disfrute de los demás bienes. Respecto a ella toda persona ha de verse reconocida con un derecho igual al de todos los hombres.

El deber de realizarse, propio de todo hombre –percibimos la existencia como

---

36 Cf. LXIII CAPÍTULO GENERAL, La Nueva Evangelización y la Hospitalidad en los umbrales del Tercer Milenio Bogotá, 1994, # 5.6.1.

don, pero también como tarea a cumplir– presupone conservar el bien radical de la vida, como condición indispensable para poder cumplir el deber de conservar la misión recibida con el ser.

La vida humana que para el creyente es don de Dios, debe ser respetada desde su comienzo hasta su fin natural. Siendo el derecho a la vida inviolable, constituye el fundamento más sólido del derecho a la salud, así como de los demás derechos personales.

#### **4.2.2. Protección de las personas discapacitadas**

En todo individuo discapacitado física o mentalmente hemos de ver un miembro de la comunidad humana, un ser que sufre y que, más que cualquier otro, necesita nuestro apoyo y nuestros signos de respeto que le ayuden a creer en su valor de persona. Esto es más importante en nuestros días por el hecho de que nuestra sociedad se muestra cada vez más intolerante con los impedidos por deficiencia, incapacidad o minusvalía <sup>37</sup>.

54

La Orden Hospitalaria ha de distinguirse por la disponibilidad y el servicio para lograr en la medida de lo posible, la realización práctica y efectiva de los principios de participación, inclusión y personalización. El principio de participación se opone a la tendencia de aislar, segregar o descuidar a los discapacitados. El principio de inclusión implica el esfuerzo de rehabilitación de las personas impedidas creando el ambiente más normal posible. El principio de personalización subraya que en la atención a los discapacitados ocupa el primer lugar la dignidad, bienestar y desarrollo de la persona en todas sus dimensiones debiéndose proteger y promover sus facultades físicas, psíquicas, espirituales y morales <sup>38</sup>.

---

37 La OMS indica como deficiencia la pérdida o la anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Una incapacidad es la disminución o la falta de la capacidad de llevar a cabo una actividad de la manera o con el rendimiento que se consideran normales. Una minusvalía es una desventaja que tiene un individuo determinado, producida por una deficiencia o una incapacidad, o que limita o impide el desempeño de una actividad normal para ese individuo – teniendo en cuenta la edad, el sexo y los factores culturales y sociales (A. Anderson, "Simplemente otro ser humano", Salud Mundial, 34, enero 1981: 6).

38 En diciembre de 2006, la ONU promulgó la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad. En su estructura se identifican numerosos derechos específicos que, en su globalidad, hacen referencia a los signien-



### 4.2.3. Promover la vida en las situaciones de pobreza

En la nueva evangelización la Orden Hospitalaria ha de hacer visible el Evangelio de la vida, potenciando todos los esfuerzos que se hagan en la eliminación de estructuras injustas, deshumanizadoras y creando posibilidades de vida digna allí donde exista pobreza, enfermedad, marginación o desamparo.

En virtud del seguimiento de Cristo según el carisma de San Juan de Dios, el apoyo y la promoción de la vida humana deben realizarse mediante el servicio de la caridad que se manifiesta en el testimonio personal e institucional, en las diversas formas de voluntariado, en la animación social y en el compromiso político.

El servicio de promoción de la vida ha de prestarse en el desarrollo de actividades en el campo de la prevención, el tratamiento de la invalidez y de la rehabilitación de las personas que ya están impedidas. En este sentido nunca será bastante lo que se haga para ayudar a los discapacitados a participar plenamente en la vida y en el desarrollo de la sociedad a la que pertenecen y a crear el ambiente social que los acepte plenamente como miembros de la comunidad con especiales necesidades que han de ser satisfechas.

55

### 4.2.4. Obligación y límites en conservar la propia vida

La vida es un bien fundamental de la persona y la condición previa para el disfrute de los demás bienes pero no es un bien absoluto. Ésta puede ser sacrificada en favor de otros o de ideales nobles que dan sentido a la vida misma. La vida, la salud, toda actividad temporal se halla subordinada a los fines espirituales.

Negamos el dominio absoluto y radical del hombre sobre la vida: no podemos realizar actos que presuponen un dominio total e independiente como sería destruirla. Paralelamente podemos afirmar el dominio útil sobre la propia

---

tes principios inspiradores: respeto por la dignidad inherente; autonomía e independencia; la no discriminación; la plena participación e inclusión en la sociedad; la aceptación y respeto por la diferencia como parte de la diversidad humana; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer; el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y su derecho a preservar su identidad (Art. 3).



vida, conservarla pero no a cualquier precio. La vida es sagrada, ciertamente, pero también es importante la calidad de esta vida, es decir, la posibilidad de vivir humanamente con sentido. No existe el deber de conservar la vida en condiciones particularmente penosas que requieran medios desproporcionados o fútiles.

#### **4.2.5. Deber de no atentar contra la vida de otros**

La vida humana es sagrada, porque desde su inicio es fruto de la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término; nadie en ninguna circunstancia puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano <sup>39</sup>. Partiendo de que en el carisma hospitalario tiene acogida toda persona, la Orden está en contra de la pena de muerte en toda situación.

56

#### **4.2.6. Deberes en orden a los recursos de la biosfera**

La protección de la integridad de la creación está latente en el creciente interés por el medio ambiente. El equilibrio ecológico y un uso sostenible y equitativo de los recursos mundiales son elementos importantes de justicia para con todas las comunidades de nuestra actual "aldea global"; y son también materia de justicia para con las futuras generaciones que heredarán lo que nosotros les dejemos. La explotación desaprensiva de los recursos naturales y del medio ambiente degrada la calidad de vida, destruye culturas y hunde a los pobres en la miseria <sup>40</sup>. Necesitamos promover actitudes estratégicas que creen relaciones responsables con el medio ambiente que compartimos y del que no somos más que administradores.

Siendo nuestras estructuras lugares de consumo de los materiales más variados, podemos dar signos concretos y significativos de atención al ambiente instituyendo comités para tal fin, privilegiando la utilización de material bio-

---

<sup>39</sup> Cf. JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae* (EV), 5.23.

<sup>40</sup> Cf. PABLO VI, *Octogesima Adveniens* 21; JUAN PABLO II, EV 27, 42.



degradable y reciclable y sensibilizándonos todos, Hermanos y Colaboradores como agentes de salud, a través de cursos o seminarios <sup>41</sup>.

### **4.3. Promoción de la salud y lucha contra el dolor y el sufrimiento**

#### **4.3.1. Deber de la educación sanitaria**

Entre las actividades que promueven la salud de la población hay que destacar la información al público y los programas de educación que promuevan estilos de vida sanos como una correcta alimentación, la actividad física, una adecuada inmunización en especial en la niñez y disminuyan los riesgos para la salud que se puedan evitar, incluyendo el uso del tabaco, alcohol y otras drogas, así como la actividad sexual que aumenta el riesgo de contagio de SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual.

En muchos países, la educación de la salud constituye uno de los medios para disminuir la morbilidad y mortalidad infantil, por medio de la alimentación de pecho y la información a los padres sobre los riesgos del agua contaminada y de una nutrición adecuada <sup>42</sup>.

57

Todos cuantos trabajamos en el campo de la sanidad tenemos el deber ético de velar por los mejores intereses de los pacientes en todo momento, e integrar dicha responsabilidad a una preocupación mayor y compromiso para promover y asegurar la salud de la población <sup>43</sup>.

#### **4.3.2. La opción preferencial por los pobres**

Nuestra misión de hacer presente a San Juan de Dios en un mundo de sufrimiento y pobreza que representa la mayor parte de la población mundial se revela particularmente importante por el hecho de que la pobreza opresiva

---

41 La Nueva Evangelización y la Hospitalidad... Ob. Cit, 5.6.3, Situaciones concretas.

42 Documento de la Asociación Médica Mundial, "Proyecto de declaración sobre la promoción de la salud", 10.75/94, Agosto 1994.

43 Ibidem.

–por causa de estructuras sociales injustas que excluyen a los pobres– genera una violencia sistemática contra la dignidad de hombres, mujeres, niños y nonatos que no puede tolerarse en el Reino querido por Dios.

“Nuestra Orden existe para evangelizar a los pobres, para acompañarlos y aliviarlos en sus sufrimientos, al estilo de San Juan de Dios. (...) Se han notado algunos esfuerzos por adecuar nuestra vida y estructuras al servicio del marginado: hospitales de día, albergues, asistencia a pacientes de SIDA, drogodependientes y terminales, promoción de zonas marginadas desde los centros ya existentes... Sin embargo, estos esfuerzos requieren una acción más coherente desde la óptica del pobre, de manera que la Orden misma, en su estilo de vida, se identifique claramente con esta opción y tenga una incidencia mayor, a través de su forma de vivir, de su servicio, de su anuncio y denuncia, en la Iglesia y en las estructuras de la sociedad”<sup>44</sup>.

58

#### **4.4. La eficacia y la buena gestión**

*4.4.1. Deber de concienciar a la población de que los recursos sanitarios no pueden ser considerados como mero consumo.* En todos los países, la demanda de servicios sanitarios es superior a la capacidad de la nación para ofrecer dichos servicios. Es un deber importante colaborar en despertar la conciencia de la sociedad sobre el hecho de que los costos de la atención médica no pueden ser considerados como mero consumo. Representan también una inversión de los recursos humanos, lo que permite disminuir el sufrimiento individual y ofrecer oportunidades a la gente de volver al trabajo productivo o a vivir en sus propios hogares o a un costo de atención más bajo. Por lo tanto, los gastos en los servicios de atención médica tienen un efecto positivo en la disminución de otros costos sociales.

*4.4.2. Administración y gestión eficaz y eficiente de los recursos.* La profesión médica debe asumir la responsabilidad de una administración eficaz de

---

44 La Nueva Evangelización y la Hospitalidad..., Ob. Cit., 3.6.3.



los recursos de atención médica, lo que incluye la utilización de métodos de diagnóstico y terapéuticos eficientes, que comprendan también la implementación de índices de calidad y de parámetros de ejercicio aplicables y realistas.

*4.4.3. La institución hospitalaria empresarial debe orientarse hacia la recuperación de la persona integralmente considerada.* La totalidad de la institución hospitalaria empresarial ha de orientarse o reorientarse hacia la recuperación de la persona integralmente considerada, es decir, en sus dimensiones somatopsíquicas, sociales y espirituales que, conjuntamente, interactúan para la humanización en la asistencia sanitaria. En el hospital-empresa la inversión en crear un clima humano y humanizador como ayuda a la rentabilidad de los recursos favorece la productividad y eficacia del trabajo mismo <sup>45</sup>.

*4.4.4. La inversión en crear un clima humano y humanizador como ayuda a la rentabilidad de los recursos.* Al igual que en otras empresas, la inversión en crear un clima humano y humanizador en el hospital, ayuda a la rentabilidad de los recursos al mejorar las condiciones de los profesionales y

59

otros trabajadores de la salud. Todos ellos pueden, a su vez, ayudar a crear las condiciones más humanizadoras para los pacientes al humanizarse ellos mismos <sup>46</sup>.

Entre las mejoras que es necesario potenciar requiere un énfasis particular la actualización de conocimientos y habilidades por medio de la formación permanente adaptada a las circunstancias de cada tiempo y lugar.

*4.4.5. Derechos y deberes de los trabajadores.* Asiste el derecho al trabajo a los contratados de acuerdo con la ley vigente. Corresponde al especialista en Derecho Laboral, hallar la solución técnico-jurídica capaz de coordinar el derecho de objeción de conciencia y el derecho al trabajo en la formulación

---

45 Cfr. JUAN PABLO II, Centesimus Annus 40; 20; 32.

46 Cfr. MARCHESI, Pierluigi La Humanización, 1981.

del contrato laboral, en las sucesivas revisiones del mismo y en la entrada en vigor de nuevos convenios colectivos. La atención que en grado excelente, ha de prestar la Orden a los derechos del trabajador, en aras de la más estricta justicia social, no debe realizarse a costa de su propia existencia, lo que iría contra esta misma justicia social.

#### **4.5. Nueva hospitalidad y nuevas exigencias: Tercer y Cuarto Mundo**

Cada vez es mayor el abismo que separa a los países del llamado Norte desarrollado y los del Sur en vías de desarrollo. A la abundancia de bienes y servicios disponibles en algunas partes del mundo, sobre todo en el Norte desarrollado, corresponde en el Sur un inadmisibles retraso y es precisamente en esta zona geopolítica donde vive la mayor parte de la humanidad. Al mirar la gama de los diversos sectores: producción y distribución de alimentos, higiene, salud y vivienda, disponibilidad de agua potable, condiciones de trabajo, en especial el femenino, duración de la vida y otros indicadores económicos y sociales, el cuadro general del tercer mundo resulta desolador, bien considerándolo en sí mismo, bien en relación a los datos correspondientes de los países más desarrollados del mundo <sup>47</sup>.

60

También en los países desarrollados las fuerzas económicas y sociales excluyen de los beneficios de la sociedad a millones de personas que constituyen el llamado cuarto mundo: pobreza o miseria de "hombres, mujeres y niños que además de vivir en condiciones de gravísima incomodidad física y psicológica han perdido la legitimación de sujetos de derecho al no tener garantizados sus derechos con la debida protección jurídica y social. Ejemplos más concretos son los desempleados durante años, jóvenes sin posibilidad alguna de empleo, niños de la calle explotados y abandonados a su suerte, ancianos en soledad y sin protección social, ex-reclusos, víctimas del abuso de drogas, enfermos de Sida, inmigrantes en general, y clandestinos, en particular... to-

---

47 Cfr. JUAN PABLO II, *Sollicitudo Rei socialis*, 14.



dos ellos condenados a una vida de dura pobreza de marginación social y de precariedad cultural”<sup>48</sup>.

*4.5.1. Solidaridad y cooperación.* El evangelio de Jesucristo es un mensaje de libertad y una fuerza de liberación. La liberación es ante todo y principalmente liberación de la esclavitud radical del pecado. Lógicamente reclama la liberación de múltiples esclavitudes de orden cultural, económico, social y político, -que, en definitiva, derivan del pecado, y constituyen otros tantos obstáculos que impiden a los hombres vivir según su dignidad<sup>49</sup>.

“La solidaridad es una virtud eminentemente cristiana. Es ejercicio de comunicación de los bienes espirituales aún más que comunicación de bienes materiales. El principio de solidaridad es una exigencia directa de la fraternidad humana y cristiana. La solidaridad se manifiesta en primer lugar en la distribución de bienes y la remuneración del trabajo. Los problemas socioeconómicos sólo pueden ser resueltos con la ayuda de todas las formas de solidaridad: solidaridad de los pobres entre sí, de los ricos y los pobres; de los trabajadores entre sí, de los empresarios y los empleados, solidaridad entre las naciones y entre los pueblos. La solidaridad internacional es una exigencia del orden moral. En buena medida, la paz del mundo depende de ella”<sup>50</sup>.

*4.5.2. Cooperación y Colaboradores: derechos y deberes.* El Documento del LXIII Capítulo General señala con suficiente claridad las líneas de lo que se exige a Hermanos y colaboradores de San Juan de Dios<sup>51</sup>. Destacamos los siguientes aspectos:

- Humanizarse para humanizar y ser testigos de la santidad desde el radicalismo de las bienaventuranzas a ejemplo de San Juan de Dios, pobre entre los pobres, siervo y profeta.

48 Carta del Card. CARLO MARIA MARTINI. Biennio pastoral 1992-1993.

49 Cfr. INSTRUCCIÓN DE LA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Libertad cristiana y liberación, Roma, 1986

50 C.C. 1939-1942.

51 La Nueva Evangelización y la Hospitalidad..., Op. Cit., 4.4

- La promoción de las personas bajo todos los aspectos: curación del enfermo, acogida afectuosa de los crónicos, atención especial a los más débiles y a los más pobres, acompañamiento de los que están viviendo sus últimos momentos, transformando los gestos de curación en gestos de evangelización.
- Tenemos que presentar nuestra cultura de hospitalidad como alternativa a la cultura de hostilidad, que no sólo domina la relación entre los pueblos, las naciones y las etnias, sino también las relaciones interpersonales. Tenemos que demostrar una nueva capacidad de acogida, crear comunidades de fe abiertas, que sean una invitación a todas las personas con las que nos relacionamos: enfermos, familiares, colaboradores, amigos. Cada Centro debería ser una pequeña Iglesia doméstica capaz de crear la comunión cristiana en la que la alegría del uno es la del otro y el dolor del uno es el dolor del otro. Hoy más que nunca, en las relaciones humanas, el Hermano de San Juan de Dios está llamado a ser testigo de Dios “amante de la vida” (Sab 11,26) que se mezcla entre su gente y con su presencia hace acogedora la tierra, Y al hombre verdaderamente hombre.
- Valorar y promover las cualidades de los profesionales y voluntarios que colaboran con la Orden, y hacerles partícipes en el servicio y evangelización de las personas asistidas en nuestras obras y en algunos momentos de la vida de la Comunidad.
- Preparar a los profesionales identificados con la filosofía y valores de la Orden, para que asuman funciones de dirección y animación en nuestras obras.

4.5.3. *El voluntariado*. Gratuidad e identificación. “Es voluntario el que, además de sus propios deberes profesionales y de estatus, de modo continuado y desinteresado, dedica parte de su tiempo a actividades, no en favor de sí mismo ni de los asociados (a diferencia del asociacionismo) sino en favor de los



demás o de intereses sociales colectivos, según un proyecto que no se agota en la intervención misma (a diferencia de la beneficencia) sino que tiende a erradicar o modificar las causas de la necesidad y de la marginación social”<sup>52</sup>.

Nuestra filosofía es idéntica a la de otros tipos de voluntariado. Sólo que lo que es básico para todos está matizado por el hecho de ser una acción hospitalaria o social, realizada en los Centros de la Orden, según el espíritu de San Juan de Dios.

En nuestro voluntariado se da:

- Principio de voluntariedad: los voluntarios forman parte del mismo libremente, porque quieren.
- Principio de la gratuidad: su entrega es fruto de una exigencia interior, de un compromiso personal. No hay exigencia externa que las obligue.
- Principio de la solidaridad: surge de la exigencia de hacerse presente en la necesidad del otro, de compartirla.
- Principio de la complementariedad: se asumen tareas de las que nuestra sociedad es deficiente, enriqueciéndola, promoviendo así la justicia social.
- Principio de integración personal: se plantea casi siempre para dar, pero muchas veces oímos que es más lo que se recibe.
- Principio de la preparación: exige una formación adecuada, que le dé los conocimientos históricos, la dimensión apostólica y los valores de la Institución y la capacidad de saber estar en cada circunstancia.
- Principio del asociacionismo: se trabaja coordinadamente, formando un grupo, sin individualismos.
- Principio evangélico: siendo nuestro voluntariado aconfesional, se fundamenta en el Evangelio y en la forma como Juan de Dios ha vivido su dedicación a los pobres, enfermos y necesitados. Los lugares donde se ejerce el voluntariado son Centros Confesionales; gratuidad en el servicio e identi-

---

52 CÁRITAS. Cfr. M. del Carmen Furés: El voluntariado en nuestra sociedad, en *Labor Hospitalaria*, 1985;198(4):206.



ficación con el carisma de la Orden, resumen los fundamentos de nuestro voluntariado <sup>53</sup>.

## 4.6. Evangelización, Inculturación y Misión

4.6.1. Visión de conjunto. Evangelizar constituye la vocación propia de la Iglesia, su identidad más profunda. Ella existe para evangelizar, es decir, para testimoniar, enseñar y predicar la Buena Nueva de Jesucristo. Como núcleo y centro de su Buena Nueva Jesús anuncia la salvación, ese gran don de Dios que es liberación de todo lo que oprime al hombre, pero que es, sobre todo liberación del pecado <sup>54</sup>.

64

La evangelización parte del mandato misional del mismo Jesucristo: “Id, pues, y haced discípulos a todas las gentes. Sabed que yo estoy con vosotros todos los días hasta el fin del mundo” (Mt 28,18-20; cfr. Mc 16,15-18; Lc 24,46-49; Jn 20,21-23).

Para cumplir este mandato, el Evangelio debe encarnarse “traducirse” (sin traicionarse) en las diferentes culturas <sup>55</sup>. La evangelización no es posible sin la inculturación.

La ruptura entre evangelio y cultura es, sin duda alguna, el drama de nuestro tiempo, como lo fue también en otras épocas <sup>56</sup>. Por otra parte, la secularización ha desembocado de hecho, en el establecimiento de una cultura de la increencia que reduce el mundo a la inmanencia y en la que las afirmaciones relativas a la trascendencia se tornan cultural y socialmente irrelevantes. En

---

53 PILES F, Pascual Origen y trayectoria del Voluntariado en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios; Congreso Nacional de Voluntarios de San Juan de Dios, 18-20 de Octubre de 1995

54 Cfr. PABLO VI, *Evangelii Nuntiandi* (EN) 9, 14.

55 Cultura significa la manera en la que un grupo de personas vive, piensa, siente, se organiza, celebra y comparte la vida. En toda cultura subyace un sistema de valores, de significados, de visiones del mundo que se expresan en el exterior en el lenguaje, en los gestos, en los símbolos, los ritos y estilos de vida.

56 Cfr. *Ibid.*, 20; *Gaudium et Spes*, 43.



esta situación, quienes se propongan ser cristianos sin renunciar a su propio tiempo, sin tener que exiliarse de la cultura en la que viven, necesitan realizar el esfuerzo de inculturar el cristianismo en las culturas surgidas de la modernidad.

La inculturación hace posible aportar la Buena Nueva desde el interior de cada cultura aportando, por tanto, su propia riqueza a la encarnación histórica del Evangelio. Esto significa que el Evangelio, al encarnarse concretamente, sufre fuertes transformaciones respecto a sus anteriores formas de inculturación. Así la inculturación permite “alcanzar y transformar con la fuerza del Evangelio los criterios de juicio, los valores determinantes, los puntos de interés, las líneas de pensamiento las fuentes inspiradoras y los modelos de vida de la humanidad, que están en contraste con la Palabra de Dios y con el designio de salvación”<sup>57</sup>.

En su recto proceso, la inculturación debe estar dirigida por dos principios: la compatibilidad con el Evangelio de las varias culturas a asumir y la comunión con la Iglesia Universal<sup>58</sup>.

65

4.6.2. Evangelización, Inculturación y Misión de la Orden. En un mundo en el que el hombre contemporáneo cree más a los testigos que a los maestros, cree más en la experiencia que en la doctrina, en la vida y los hechos que en las teorías<sup>59</sup>, la Orden se encuentra en una situación privilegiada para la evangelización y la inculturación de la fe por el hecho de estar presente en muchas culturas, en 46 países, en los 5 continentes. La cultura de la técnica, probablemente la más reacia a los valores cristianos es también sensible al testimonio vivido del compromiso concreto por el hombre.

El carisma de la Orden nos mete de lleno en este compromiso, dado que la promoción del hombre bajo todos los aspectos es nuestra misión: la curación

---

57 EN, 19.

58 Cfr. JUAN PABLO II, *Redemptoris Missio*, 54.

59 *Ibidem.*, 42.

del hombre enfermo, la acogida afectuosa de los crónicos, la atención especial a los más débiles y a los más pobres o el acompañamiento a los que están viviendo sus últimos momentos.

Sólo la fidelidad al carisma hará posible la evangelización y la inculturación del mundo de la técnica en el que han de enfrentarse la “cultura de la hostilidad” y la nueva hospitalidad.

La pregunta que tenemos que responder en el futuro es cómo transformar los gestos de curación en auténticos gestos de evangelización, cómo transformar los lugares en que trabajamos en lugares significativos de evangelización. Humanización y evangelización deben formar para nosotros una unidad indivisible, porque “donde no hay caridad no está Dios, aunque Dios en todo lugar está”.<sup>60</sup>



## 5. Aplicación a situaciones concretas

### 5.1. Asistencia integral, derechos y deberes de las personas asistidas

Nuestra aportación a la sociedad será creíble, en la medida en que incorpore los progresos de la técnica y la evolución de las ciencias y la sepa enriquecer con sus logros; de ahí la importancia de que nuestra respuesta asistencial mantenga una inquietud por estar permanentemente actualizada en su vertiente técnica y profesional.

A partir de ahí, deberemos dar una asistencia que considere todas las dimensiones de la persona humana: biológica, psíquica, social y espiritual. Solamente una atención que trate todas estas dimensiones, al menos como criterio de trabajo y como objetivo a lograr, podrá considerarse como asistencia integral.

Quizá éste haya sido el campo donde las obras de la Orden han cultivado una mayor tradición; su nivel asistencial ha sido una característica que las ha destacado a lo largo de los años.

Las primeras Constituciones ya insistían en la forma de tratar a los enfermos y así se ha continuado resaltando este aspecto a lo largo de la historia.

#### 5.1.1. La humanización de la asistencia

El concepto de “humanización” es un elemento clave de la actual asistencia “holística”, es decir integral, de la persona. De forma particular en la Orden Hospitalaria constituye un elemento que caracteriza su identidad carismática, tanto porque implícitamente ha estado presente ya desde la primera obra asistencial de San Juan de Dios, como porque fue relanzada de forma eficaz en los años '80 por el Superior General de entonces, el Hermano Pierluigi Marchesi.

Si es cierto que un hospital que no sabe evolucionar con la ciencia y la técnica puede quedarse al margen de la misma y por tanto sin capacidad de interlo-

cución, no es menos cierto que la ciencia y la técnica comportan sus riesgos.

La constante evolución, la continua aparición de nuevos equipos y técnicas de trabajo, tienen un peligro inherente de ir dejando de lado a la persona humana, tanto al profesional como al paciente o la persona asistida; pues en muchos procesos de trabajo, de tener un papel fundamental, pasan a tener un papel secundario y según las técnicas, incluso irrelevante. Pensemos por ejemplo en todos los servicios de diagnóstico, de procesos de información, etc., donde antes el profesional era imprescindible para una acertada actuación, mientras que en estos momentos hay lugares donde su papel es secundario o inexistente.

68

Toda esta evolución no es neutra a la respuesta de la persona, no queda al margen de su sensibilidad aunque con frecuencia corre el riesgo de ser dejada. Cuando se trata del enfermo, sujeto pasivo de toda esta actuación profesional, con mayor razón puede darse esta evolución de aislamiento, de segregación, de despotismo tecnológico -todo por el enfermo y para el enfermo, pero sin el enfermo.

Por eso es imprescindible la incorporación de programas de humanización en los centros y en las obras. Hacemos referencia no solo a la incorporación de servicios, sino también a la planificación de programas efectivos de humanización.

Hay que lograr que todos los profesionales que hacen posible el servicio asistencial se sientan llamados a atender al enfermo o a la persona asistida y a su familia. En esto consistirá la humanización de las obras de San Juan de Dios: en lograr que todos los profesionales trabajen por el enfermo, para el enfermo y con el enfermo, aplicando los mejores medios técnicos al servicio de la persona atendida.

En este ámbito, en los últimos años está adquiriendo una atención cada vez mayor un movimiento concreto, que es el de la *medicina narrativa* o NBM (*Narrative Based Medicine*). El movimiento no se contrapone sino que se integra con las evidencias científicas de la Evidence Based Medicine, conjugando



los resultados de tipo puramente científico con el enfoque humano y personalizado al paciente, que tiene en cuenta todos sus componentes existenciales. El relato del paciente sobre su enfermedad y las circunstancias personales y familiares en las que ésta se manifiesta resulta así determinante para encontrar el enfoque clínico más adecuado. Además, en una dimensión de reciprocidad narrativa, el enfoque clínico no se basará únicamente en prescripciones de carácter "tradicionalmente" médico-terapéutico, sino que considerará todos los componentes biográficos en los que se coloca la vivencia de la enfermedad. De esta manera, la competencia científica cada vez mayor tendrá que conjugarse con una "competencia humana" cada vez mayor, conjugando el *high tech* con el *high touch*, en plena sintonía con lo que la Orden Hospitalaria afirma desde los años '70 sobre la humanización de la asistencia.

La atención a las necesidades de la persona (incluyendo las que se refieren al espíritu y a la trascendencia) es un elemento clave en todo servicio sanitario y social.

69

El hombre es un ser relacional; en la medida que entramos en contacto con los demás nos vamos consolidando como personas. Cuando logramos que ese contacto se convierta en encuentro, estamos realizando la plenitud de nuestra dimensión relacional.

De ahí la importancia del encuentro, del escuchar, del aceptar, del acoger, de saber canalizar los aspectos positivos y negativos que están presentes en toda persona que vive y se siente necesitado de los demás.

La enfermedad, cualquiera sea su manifestación externa, es una expresión de la limitación, de la debilidad del hombre y en esa circunstancia especial es cuando las personas hacemos una demanda explícita o implícita de apoyo. Toda persona, en la limitación y en el dolor, busca alguien con quien compartir su estado, en quien descargar el peso que lleva sobre sí. De ahí la necesidad de que todos los que formamos la Orden Hospitalaria, Hermanos y Colaboradores, adquiramos y crezcamos en las cualidades siguientes:

5.1.1.1. *Apertura.* A las nuevas aportaciones de la sociedad, a los nuevos criterios de actuación, a las nuevas inquietudes del hombre, a otras culturas, a otros mundos. Abierta es la persona que sabe acoger lo que la sociedad y el mundo le van ofreciendo y sabe discernir lo que considera positivo de esa oferta para hacerlo suyo. Abierta es la Institución que también sabe colocarse de idéntica manera; si bien en este caso se exigirá diálogo entre las personas, para saber discernir de forma conjunta lo que es positivo para todos.

5.1.1.2. *Acogida.* Recibir al que llega con un aliento de afecto y de esperanza, que le permita confiar en la persona y en la Institución que se hacen cargo de él. El primer contacto es muy importante, puede abrir o cerrar las puertas. En su situación de necesidad, para el enfermo o la persona asistida, ese primer contacto adquiere aún mayor importancia. En la dificultad, sentirse aceptado y acogido es el elemento esencial para vivir un estado de seguridad y confianza en las personas que cuidan de uno. Habrá que velar en particular para que la burocracia y el trámite administrativo no se conviertan en un obstáculo para la acogida del enfermo.

70

5.1.1.3. *Capacidad de escucha y de diálogo.* Dejar que la persona exprese su situación, sus inquietudes, sus temores, sus miedos y que pueda sentir en nosotros un eco de confianza y serenidad; tanto en los momentos de alegría, como en las situaciones más difíciles.

Que el enfermo o la persona asistida capte que sus manifestaciones no caen en saco roto, que son acogidas, consideradas, tenidas en cuenta. Está diciéndolo lo único que se siente capaz de decir en ese momento; incluso, es muy probable, que nos esté revelando su interior.

Se darán situaciones en las que lo que el enfermo o la persona asistida pide o quiere no sea lo más conveniente para él. Desde nuestra reflexión deberemos ser capaces de hacernos entender y de hacerle comprender al enfermo o a la persona asistida nuestra actuación; inclusive en aquellos casos en los que llegue a discrepar de nuestros criterios de actuación.



*5.1.1.4. Actitud de servicio.* Siempre a disposición del enfermo, de la persona asistida y de sus familiares, siempre dispuestos a aportarle nuestra técnica, nuestra ciencia y nuestra persona, al servicio de su bien integral.

A veces no podemos o no debemos hacer lo que el enfermo y el asistido quiere o pide, pero de la actitud con que hagamos las cosas, él podrá descubrir si estamos buscando su bien o nuestra comodidad.

*5.1.1.5. Sencillez.* Es decir la humildad del que sabe que está dando una ayuda al que lo necesita y que se propone como objetivo fundamental evitar una situación de dependencia.

Tener la sencillez del que camina intentando encontrar la verdad, el bien para todos, incluso en estructuras tan complejas como son las de los hospitales.

## **5.1.2. Derechos de las personas asistidas**

Los derechos de las personas asistidas se inscriben dentro del amplio marco de los derechos fundamentales del hombre. Desde el punto de vista de los derechos humanos, el derecho a la salud está ubicado entre los llamados de segunda generación, es decir, los derechos de tipo económico y social. Con el desarrollo de la conciencia en torno a este tema, en los años sesenta se fue ampliando el interés por los derechos de los enfermos y de las personas asistidas. Teniendo en cuenta que como personas, los asistidos son sujetos con los mismos derechos universales, pero en éstos se deben considerar algunas particularidades debido a su situación, que requiere una mayor sensibilidad y solidaridad. En este sentido se han formulado declaraciones nacionales, regionales y locales.

La Orden asume los derechos reconocidos o proclamados, y -desde la perspectiva de una asistencia integral- resalta los siguientes:

*5.1.2.1. Confidencialidad.* La confidencialidad comprende tres valores íntimamente relacionados en la relación asistencial: la intimidad, el secreto y la



confianza. El respeto a las personas exige el respeto a la intimidad del paciente o de la persona asistida<sup>61</sup>, es decir, aquella esfera particular en que uno mismo se despliega ante sí, se reconoce, afirma y vincula a la propia identidad. El respeto a la intimidad de cada uno posibilita la convivencia social en la pluralidad de individuos. El velo del secreto tutela el mutuo respeto y abre camino a la confianza, vía de acceso a lo más íntimo del otro.

Respeto mutuo y confianza abren la puerta al derecho de comunicar los propios secretos con la garantía de que no serán desvelados. En esto consiste la obligación del secreto profesional en el que se da por supuesto y permanece implícito el compromiso de no divulgar lo conocido en el ejercicio de la profesión.

72

La obligación del secreto, coexiste con el deber de desvelarlo cuando no hay otra manera de evitar el daño injusto de otra persona y/o de la sociedad, por ejemplo para evitar el contagio u otro mal que amenace a la colectividad.

La progresiva especialización y tecnificación de la Medicina multiplican los casos en que ésta se ejerce en equipo. Tiene entonces lugar el secreto compartido, el cual exige especial cuidado por parte de todos, para que no resulte perjudicado el respeto debido a la intimidad del enfermo.

El personal que trabaja en hospitales o residencias sociosanitarias debe sensibilizarse para percibir los diversos modos en los que los derechos de confidencialidad e intimidad son violados. Sirvan de ejemplos: las conversaciones sobre pacientes o personas asistidas en lugares públicos; el fácil acceso a las historias clínicas por personas no autorizadas. Especial atención merecen todas aquellas listas de pacientes con diagnósticos y/o tratamientos, producidas por los modernos sistemas informáticos.

---

<sup>61</sup> Algunos prefieren el término privacidad, que constituye un conjunto más amplio, más global, de aspectos de la personalidad que de ser considerados de forma aislada puede que no tengan un significado intrínseco, pero que vinculados coherentemente entre sí reflejan un retrato de la personalidad del individuo que éste tiene derecho a custodiar de forma reservada.



Para facilitar el respeto a la intimidad de los pacientes o de las personas asistidas, los centros deberán disponer, en la medida de lo posible, de una estructura fija o móvil como son habitaciones individuales, espacios reservados, cortinas o mamparas, etc. que permita el aislamiento del enfermo de acuerdo con sus necesidades. Hay que tener en cuenta también la edad y gravedad de los que comparten la misma habitación.

El enfermo o la persona asistida podrá solicitar estar solo, o con la persona que él desee, cuando sea explorado o visitado por su médico, o cuando reciba atenciones de enfermería. Tendrá que considerar, sin embargo, que cualquier hospital y sobre todo si es de tipo docente o universitario, es un lugar de formación y que su colaboración es imprescindible en este aspecto.

*5.1.2.2. Veracidad.* El derecho del enfermo o de la persona asistida a conocer la verdad corre paralelo con el ya reseñado del mismo al secreto. Ambos derechos se complementan y prestan el más firme apoyo a la necesaria confianza en el médico, pero ambos pueden entrar en conflicto con el motivo primordial de la relación médico-enfermo: la consecución de la salud.

73

En principio debe considerarse prioritario el derecho a conocer la verdad sobre el estado de su salud por parte del enfermo o de la persona asistida, pero no a costa de lo que a él le conviene como persona. Algunas veces hay motivos de verdadero amor para callar: le haríamos un daño inútil.

Influyen en lo que conviene decir: la entereza del paciente o del asistido y su fortaleza de ánimo, sus convicciones personales y el equilibrio psíquico, así como el tipo de relación que existe entre tal médico y tal enfermo. No cabe descuidar tampoco las circunstancias económicas y familiares, o sociales, que rodearán al paciente después de la consulta médica. Pero adquieren especial relieve el diagnóstico y el pronóstico.

El conocimiento cierto de una muerte inevitable y próxima debe ser comuni-

cado al enfermo, para que éste pueda realizarse en el último acto de su vida. Este deber presupone la capacidad del sujeto para asumir y representar bien su papel en ese momento decisivo. Dejarle alguna esperanza (“un pedazo de cielo abierto”, la denominan algunos) suele ayudar, no olvidando que, ayudándole a enfrentar la realidad sin falsedades, podemos abrir el paso a otro tipo de esperanza, que le permite asumir la verdad con mayor aliento, y realizarse así plenamente como persona humana. Tiene esto lugar también en el caso de personas que no creen en la vida futura, pero que supieron dar algún sentido a su vida y a la relación con los demás.

74

El titular del derecho a conocer la verdad es el propio enfermo o la persona asistida, siempre que sea adulto y dueño de sí. Cuando no es capaz de asumir la propia responsabilidad por no haber alcanzado la madurez necesaria, o por cualquier otra causa, la información requerida debe comunicársele a quien deba o pueda tomar decisiones en su nombre, a modo de fiduciario, interesado como el que más en el bien del paciente o del asistido. Si éste fuese capaz, sólo se le debe decir a los familiares y allegados aquello que él desearía comunicarles, según nuestro criterio razonable.

*5.1.2.3. Autonomía.* La valoración y el respeto de la autonomía, sobre todo en el ámbito sanitario, es una conquista de la modernidad. Hasta hace pocos decenios, en efecto, existía un gran paternalismo en la relación entre el médico y el paciente o la persona asistida, por lo cual, en general, siempre decidía el médico y el paciente o el asistido se confiaba a él, consciente de no tener ni los conocimientos ni las competencias necesarias para poder elegir de la mejor manera posible. Por otra parte, estaba totalmente convencido de que el médico siempre actuaría por su bien.

El “paciente post-moderno” ya no piensa de la misma forma. Es consciente de sus derechos, entre los cuales está el derecho a la vida y el derecho a la tutela de la salud, siendo estos prioritarios. Además es consciente de que es el único titular de estos derechos cuya defensa no puede delegar a otros, por lo menos mientras tenga uso de razón.



Este cambio de perspectiva ha sustituido el paternalismo del pasado por un contractualismo exasperado, que hace que la relación entre el médico y el paciente sea entendida como un simple "contrato" en el que ambos deben respetar todas las cláusulas. Es evidente que la superación de estas posturas deberá llevar a una auténtica *alianza terapéutica* en la que el médico coopera con el paciente, para realizar su mayor bien, respetando las elecciones de cada uno. Para que todo esto se pueda llevar a cabo de la mejor forma posible es fundamental entender lo que es la autonomía del paciente.

Según la interpretación clásica, la elección se puede considerar autónoma si se respetan tres condiciones. La primera es la *intencionalidad*. Tiene que tratarse pues de una elección totalmente "voluntaria" y no sólo vagamente deseada. En segundo lugar tiene que existir un *conocimiento* de lo que se decide. Naturalmente todo esto hace que entre en juego el problema de la verdad al enfermo o al asistido de la que se habló en el punto anterior y al que de nuevo nos referimos. Y, por último, la elección se debe expresar sin *control externo*. Esto significa que no debe haber ninguna forma de coerción (ni siquiera la que podría derivar de la influencia que ejerce el médico sobre el paciente o la que nace del miedo a una posible interrupción del tratamiento por su parte) ni tampoco de manipulación (como por ejemplo el hecho de alterar o distorsionar la verdad aunque se haga por el supuesto bien del paciente o de la persona asistida). A menudo se incluye entre estos criterios la ausencia de "persuasión", aunque de una forma más prudente creemos que un intento de persuasión equilibrado y respetuoso se debería considerar como algo debido si se hace por el bien del paciente o del asistido.

Es evidente que estos criterios que conciernen la autonomía del paciente o de la persona asistida se realizan concretamente en el *consentimiento* al acto médico tanto si es diagnóstico como si es terapéutico. Para conseguir una uniformidad a la hora de obtener el consentimiento sería oportuno que las diferentes Casas o las Provincias elaboraran protocolos apropiados para utilizarlo en la práctica clínica de los diferentes Centros. Es fundamental que todos los profesionales sanitarios entiendan que la demanda de consentimiento

no es un procedimiento legal para salvaguardar al médico, sino un derecho del paciente o de la persona asistida y, como tal, conlleva un deber ético específico por parte de los mismos profesionales.

Debemos también reflexionar sobre los límites de la autonomía. Aunque ésta constituya el primer principio de la bioética, en el que se basan una buena parte de los problemas bioéticos contemporáneos, no puede considerarse como un principio absoluto, ni superior a todos los demás. Existen límites objetivos a la autonomía de las decisiones, como los que se refieren, ante todo, a la propia vida, que no se puede considerar como objeto inmediato e incondicionado de una decisión del paciente o de la persona asistida. La consecuencia de ello sería la legitimación de cualquier tipo de suicidio. Más bien debemos considerar que, en la relación con el enfermo o la persona asistida, el valor supremo que hay que respetar no es su autonomía, sino su bien, que, seguramente, también incluye su autonomía.

76

Además, entre los límites de la autonomía también debemos incluir los de tipo religioso y cultural. En el primer ámbito, de hecho, pueden estar incluidos comportamientos considerados ilícitos sólo por la religión de la persona, mientras que en el contexto de otras culturas, la autonomía no siempre es un valor de tipo individual, puesto que reviste una dimensión colectiva. El individuo se considera parte del grupo y es éste último el pleno poseedor de su poder decisorio.

*5.1.2.4. Libertad de conciencia.* El derecho a la libertad de conciencia, descrito en el artículo 18 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, forma parte de la mayoría de las Constituciones de los Estados modernos y es exigido por la autocomprensión de su existencia como don y como proyecto que se tiene que realizar. Todo hombre, por tanto, tiene derecho al respeto de su pensamiento, de sus opciones filosóficas, ideológicas, políticas y culturales, con la condición que no perjudiquen los derechos humanos fundamentales. Ello adquiere una importancia particular en la actualidad, frente al multiculturalismo y a la multiplicidad de opciones éticas de la sociedad contemporánea.



Este ámbito se refiere en especial a la dimensión religiosa de la existencia. En este caso hay que recordar que la Declaración *Dignitatis Humanae* del Concilio Vaticano II empieza precisamente afirmando que “la persona tiene derecho a la libertad religiosa”.

La realización de esta libertad, evidentemente, está condicionada por el principio general de la responsabilidad personal y social, es decir, por el hecho de que cada hombre o grupo social tiene la obligación de tener en cuenta los derechos de los demás y los deberes para con los demás y todo ello por el bien común. Estos límites se concretan en la necesidad de una reglamentación jurídica que salvaguarde concretamente esta libertad religiosa y que la defienda de un proselitismo injusto.

Cada persona y todas las iglesias tienen el derecho de manifestar su fe. El derecho a la libertad religiosa incluye el derecho a dar este testimonio respetando siempre la justicia y la dignidad de la conciencia de los demás. Sin embargo, el “proselitismo” es la corrupción de este testimonio, puesto que está formado por una conducta abusiva e impertinente que atenta contra la libertad religiosa del prójimo. Según el Consejo Mundial de las Iglesias y según el Secretariado para la unidad de los cristianos, las principales actitudes reprobables son:

- Cualquier clase de presión física, moral o social que desemboque en la enajenación o en la privación del discernimiento personal, de la libre voluntad y de la plena autonomía y responsabilidad del individuo;
- Cualquier beneficio material o temporal, ofrecido abiertamente o de forma indirecta a cambio de la aceptación de la fe por parte de quien es testigo de ésta;
- Cualquier beneficio que provenga del estado de necesidad en el que se podría encontrar quien recibe el testimonio o de su condición de debilidad social o falta de instrucción en vistas de convertirlo al propio credo;
- Cualquier cosa que pueda suscitar sospechas sobre la buena fe de la persona;
- Cualquier alusión que denote falta de justicia o de caridad para con los creyentes de otras comunidades cristianas o de otras religiones no cristianas,

con el fin de conseguir adeptos; los ataques ofensivos que hieren los sentimientos de otros cristianos o los miembros de otras religiones.

### **5.1.3. Deberes de las personas asistidas**

Frente a los derechos del enfermo y de las demás personas asistidas, si bien están menos elaborados desde la reflexión bioética y la práctica, están los deberes de estas personas.

*5.1.3.1. Respeto a la institución y sus principios.* Los Centros de la Orden Hospitalaria son estructuras confesionales católicas. Precisamente por ello su misión, que es una expresión de la misión universal de la Iglesia, se dirige a todos, sin ninguna discriminación ética, ideológica o religiosa. Sin embargo, al mismo tiempo, también las personas que no comparten la fe católica o los principios inspiradores de la actividad asistencial inspirada por la misma, tienen el deber de respetar el espíritu que anima dichas estructuras. Por tanto, deberán abstenerse de comportamientos que puedan estar en evidente conflicto con lo que profesa la Institución. Esto obviamente no excluye ni las eventuales reivindicaciones en el caso de injusticias o negligencias sufridas (que son tales prescindiendo de la confesión religiosa), ni el justo respeto por la pertenencia religiosa de la persona, como ya se ha afirmado a propósito de los derechos del enfermo y de las demás personas asistidas.

78

*5.1.3.2. Respeto a los profesionales sanitarios.* El personal sanitario que, en sus diversos niveles, asiste al enfermo, tiene derecho a ser respetado en su profesionalidad, en su dignidad, en su decoro, en su trabajo, sobre todo cuando éste es particularmente gravoso en razón del peso que implica. Por tanto, éste tiene el deber de respetarlo, consciente de que en todo caso se está dedicando al cuidado de su persona, que necesita asistencia. Si, a veces, ésta podrá no parecer óptima (salvo en los casos de objetiva *malpractice* o negligencia médica) la comprensión que el enfermo o la persona asistida exige para sí mismo tendrá que ejercerla también para con el personal. Es cierto que se trata de una relación asimétrica, pero también el personal está



constituido por personas con su bagaje de fragilidad, cansancio, problemas familiares, económicos, laborales, ansiedades, preocupaciones, o incomodidad, que podrían repercutir en una relación que siempre debería ser cordial y empática. En dicho sentido, precisamente la estima y la comprensión por parte del enfermo o de la persona asistida podrán ayudarle a vivir su trabajo de manera más humanizadora.

*5.1.3.3. Respeto a los pacientes y a las personas asistidas.* El enfermo o la persona asistida no utiliza para él solo la estructura sanitaria y, por tanto, tendrá que tener en cuenta a los demás enfermos o demás personas asistidas que la comparten con él. Con dicho fin tendrá que evitar molestarles en los momentos en que descansan y, en especial, durante las horas nocturnas, compatiblemente con las exigencias de la terapia. Tendrá que evitar el ruido y la invasión durante las visitas de sus familiares, el volumen alto del televisor y cualquier otro comportamiento que pueda causar molestia a las demás personas hospitalizadas. Si bien estas indicaciones tienen un carácter “negativo”, no se deben subestimar las que tienen carácter positivo. La presencia de más enfermos o personas asistidas siempre constituye un gran recurso psicológico y, por tanto, también terapéutico. Ayudarse mutuamente durante el tiempo de la enfermedad y establecer buenas relaciones, sobre todo en las hospitalizaciones largas, puede ser una ayuda eficaz para hacer más aceptable una estancia que, por otra parte, siempre es una fuente de incomodidad.

*5.1.3.4. Respeto al enfoque clínico.* La relación terapéutica entre el profesional sanitario y el paciente o la persona asistida se sirve de una serie de instrumentos clínicos de distintos tipos: entrevista anamnésica, exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc. Al hacerlo, el paciente o la persona asistida debe colaborar plenamente con quien cuida de él, practicando comportamientos diligentes, y, por tanto: llevando siempre consigo la documentación clínica anterior, cuidando su conservación (sin romperla, mancharla, etc.); no ocultándola para ver si el médico consigue orientarse aun sin ella; no poniendo en el mismo plano la relación con el médico y la relación con



Internet, donde puede que se haya documentado; realizando diligentemente las prescripciones terapéuticas.

80 5.1.3.5. *Respeto a las estructuras*. El enfermo o la persona asistida justamente pretende que la estructura hospitalaria en la que se encuentra sea “hospitalaria”, que los locales estén limpios y sean acogedores, que los servicios sean funcionales, que haya espacios para los familiares, etc. Precisamente por ello tendrá que ser el primero en mantener de esta forma dichos locales. La dimensión de una estructura “pública” no es la de no pertenecer a nadie, sino la de ser de todos. Como tal no sólo tendrá que cuidar de la misma todo lo que pueda, como lo haría con su propio hogar, sino incluso más, dado que se trata de espacios comunes, de los que tendrán que servirse también otras personas. No solamente, sino que en dicho respeto tendrá que implicar a los demás enfermos o personas asistidas que comparten con él la estancia en el hospital, estimulándoles a hacer lo mismo, casi “entregándoles” la estructura en las mismas condiciones óptimas en las que la ha encontrado. Dicha atención no sólo se refiere al buen uso del amueblado, a mantener limpios (en lo que a su parte se refiere) los locales, a no estropear o manchar las paredes, al cuidado de las zonas verdes públicas (de estar presentes), a evitar la negligencia ante comportamientos que puedan causar daños (incendios, inundaciones, etc.).

#### **5.1.4. Derechos del niño y del adolescente**

En el ámbito de los derechos del enfermo o de la persona asistida, asumen una relevancia particular los derechos específicos del menor de edad (*del niño y del adolescente*). Entre éstos, recordamos los siguientes: el derecho a recibir las informaciones sanitarias; el derecho a la autodeterminación sobre el propio estado de salud (con los límites y en las formas que se explican mejor a continuación, a propósito del consentimiento); el derecho a la confidencialidad de los datos clínicos; el derecho a la libertad religiosa y a la integridad física. Para el niño hospitalizado, además, es fundamental el derecho a la presencia y al acompañamiento de sus familiares y a la continuidad educativa en



el ámbito escolar. En el ámbito de dichos derechos, nos limitamos a destacar algunas de las principales problemáticas emergentes.

*5.1.4.1. Consentimiento y asentimiento del niño y del adolescente.* En la mayoría de los países, el consentimiento o el rechazo de las acciones diagnósticas y terapéuticas corresponde a quien ejerce la patria potestad, es decir a los padres, o, en su ausencia, al tutor del niño y del adolescente. Sin embargo, ello no significa que el niño y el adolescente no tengan ninguna capacidad decisoria o no deban ser interpelados en cuanto a las intervenciones sanitarias que les atañen. En el plano jurídico y médico legal, en los países en los que la patria potestad corresponda a los padres aun en el caso de menores emancipados, el suyo será sólo un *asentimiento* que no excluye el consentimiento de los padres, pero en el plano ético subsiste el deber en cualquier caso de tomar en consideración sus preferencias, sus deseos y su voluntad. Obviamente todo ello deberá ser proporcional a sus capacidades de comprensión respecto al asunto de que se trate, y además, a su edad. Según lo que afirma el Convenio de Oviedo, “La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez”. Dicha solicitud de asentimiento es particularmente importante en el caso de la experimentación farmacológica. Es posible realizar dicha experimentación con el menor, con tal de que de dicha experimentación se pueda prever por lo menos un beneficio potencial para el mismo y una aceptable asunción de los eventuales daños.

*5.1.4.2. Neonatos de peso sumamente bajo.* En los Centros de la Orden más avanzados en el plano científico, un problema que se planteará con frecuencia cada vez mayor se refiere a las intervenciones de reanimación en neonatos de edad gestacional y de peso sumamente bajo en el momento del nacimiento (< 24 semanas y 500 gr.), que hasta hace poco tiempo se clasificaban como “abortos”. El problema se refiere sobre todo a los resultados de la intervención, que si bien a menudo permite la supervivencia de neonatos de pocos cientos de gramos, al mismo tiempo deja resultados invalidantes y permanentes. Según los criterios generales inherentes a la proporcionalidad de

los tratamientos, éticamente es un deber hacer lo que resulte “proporcionado” a la situación del caso, evitando cualquier encarnizamiento terapéutico.

*5.1.4.3. Conflicto de intereses.* En la asistencia al niño y al adolescente siempre debemos tomar en consideración la realización de su best interest (mejor interés). De hecho, existen muchas situaciones conflictivas, desde las que se refieren a la asistencia cotidiana y ordinaria hasta las más delicadas y clínicamente complejas, que pueden poner en conflicto el interés de los padres respecto al del niño y del adolescente. Por ejemplo, una terapia más dolorosa pero más rápida y “cómoda” para los familiares, intervenciones de tipo estético-correctivo que se realizan únicamente para satisfacer una necesidad narcisista de los padres, el uso de sedantes clínicamente no necesarios, hasta formas de abstinencia o, por lo contrario, de intensificación terapéutica no justificadas en el plano médico.

82

*5.1.4.4. Experimentación.* También en este ámbito siempre ha de prevalecer el interés del niño y del adolescente. Efectivamente, en el ámbito pediátrico hay que tener en cuenta una diferencia respecto a la experimentación con adultos. Esta puede no concernir directamente, en el curso de la experimentación, a la persona que se somete a la misma, mientras que en los niños y adolescentes ésta siempre debe incluir un posible beneficio para los mismos. Además, en los estudios aleatorios que prevén el alistamiento de sujetos sanos, en la eventualidad que se alisten libremente a niños y adolescentes, éstos no tendrán que someterse a tratamientos peligrosos o invasivos. En cualquier caso, aunque el niño y el adolescente en términos estrictamente jurídicos no pueden dar un consentimiento válido, que siempre está reservado a quien tiene su tutela, dentro de los límites y las formas permitidas por sus capacidades, pueden y deben formular su asentimiento. Sin éste, aun con el consentimiento de los padres, no se debe realizar la experimentación.

*5.1.4.5. Futilidad.* Particularmente delicados en el niño y en el adolescente son los problemas relativos a la futilidad o al encarnizamiento terapéutico. Si



es criticable en el adulto, lo es aún más en el niño y el adolescente, que es sometido a un tratamiento inútil del que no derivarán resultados positivos. Aunque desde la evaluación afectiva de los padres esto se haga a beneficio del niño, no siempre persigue realmente su interés, sino que sirve sólo para satisfacer a los padres en su ilusión de haber hecho todo lo posible por la vida o la salud de su hijo.

*5.1.4.6. Adolescencia.* En la actualidad, el adolescente no sólo ha adquirido un papel social profundamente distinto respecto al pasado, sino que es precisamente el grupo que corre los mayores riesgos en cuanto a algunos eventos, como las adicciones, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, las patologías alimentarias, etc. Por otra parte, a pesar de que todavía esté sometido a la potestad de sus padres (con variables legislativas en los distintos países, dependiendo de su edad), con determinadas condiciones son posibles algunas acciones, como la donación de un órgano o la interrupción del embarazo. Por otra parte, la particular psicológica de esta edad, sus problemas psicológicos, su necesidad de autonomía, las crisis religiosas, el malestar familiar, etc., imponen a todas las personas que por diferentes razones tienen que relacionarse con personas que están en esta edad de la vida una especial sensibilidad y competencia humana, además de un conocimiento profundo del mundo juvenil, de sus preguntas y de sus criticidades. Por tanto, habrá que informar al adolescente de forma clara y comprensible sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que se le podrá someter, además de reconocer y respetar su eventual rechazo a la terapia propuesta.

## **5.2 Problemas específicos de nuestra acción asistencial**

### **5.2.1. Sexualidad y procreación**

*5.2.1.1. Procreación responsable.* La procreación humana es el camino mediante el cual Dios coopera con el hombre que libremente se convierte en instrumento de su acto creativo mediante la generación, de ahí nace el gran valor del engendrar humano que, por eso, es confiado a la procreación res-

ponsable por parte de la pareja<sup>62</sup>. Esta responsabilidad procreadora hace que la pareja esté atenta al doble significado, unitivo y procreador de la sexualidad conyugal. En la realización de esta tarea tan importante, la pareja se orientará a la luz de la palabra de Dios y de las enseñanzas de la Iglesia adquiridas de forma responsable y según la propia conciencia única y personal.

En los Centros de la Orden se deberán fomentar todas aquellas estructuras que, según las formas y modalidades propias de las situaciones sanitarias y culturales de los diferentes países, puedan fomentar una responsabilidad procreadora, incluso mediante un adecuado counselling.

Estos criterios marcarán también los servicios profesionales de los agentes sanitarios tanto a nivel de ambulatorios como en las intervenciones en régimen de hospitalización.

84

*5.2.1.2. Interrupción voluntaria del embarazo.* La vida humana es un valor universalmente reconocido aunque sea percibido con diferentes sensibilidades históricas y culturales. El respeto y la tutela de la vida humana es el fundamento de todas las profesiones y organizaciones sanitarias.

La tutela de la vida se lleva a cabo desde el principio hasta la extinción natural independientemente de las modalidades y circunstancias de la fecundación, de su estado de salud antes y después del nacimiento, de sus expresiones relacionales, de su aceptación social. Es más, cualquier situación de malestar existencial, siguiendo el ejemplo de San Juan de Dios, constituye un motivo de compromiso, individual y comunitario, para la salvaguarda del don que Dios confía al cuidado del hombre.

Al considerar la vida humana como algo inviolable se establece un principio ético que se debe respetar independientemente de las complejas cuestiones

---

62 Juan Pablo II, *Evangelium Vitae* (EV), 44.



teológicas sobre el momento de la “animación” (es decir, de la infusión del alma sobrenatural, tanto si tiene lugar en el momento de la concepción o bien en una fase siguiente). Según las equilibradas y prudentes posturas de la *Donum Vitae* y de *Evangelium Vitae*, el ser humano debe ser respetado “como una persona” desde el momento de su concepción, dado que posee, desde dicho estadio, la dignidad propia de la persona <sup>63</sup>.

En cualquier caso, es necesario que la reprobación del aborto voluntario no conlleve el desprecio hacia quienes lo practican. Al contrario, con caridad cristiana nuestras obras deberían convertirse en Centros de acogida de la vida y de “reconstrucción” de una existencia que a menudo está profundamente marcada por el hecho de haber practicado una interrupción del embarazo. La condena del error no debe transformarse en condena de quien lo comete sino que debe transformar, a través del amor, a la persona que se equivoca en una persona consciente de su error pero que confía en el perdón de Dios.

85

La ilicitud de practicar la interrupción voluntaria del embarazo no excluye el hecho de que se puedan realizar intervenciones mediante fármacos u operaciones quirúrgicas para salvaguardar la salud de la madre y que puedan conllevar incluso la muerte del feto, siempre que la misma no sea directamente querida, no se consiga mediante la intervención misma, y que esta última sea inaplazable <sup>64</sup>.

*5.2.1.3. Objeción de conciencia.* La inviolabilidad de la vida humana excluye que en las obras de la Orden Hospitalaria se pueda practicar no sólo el aborto voluntario, sino otras intervenciones que, de hecho, supriman la vida. El personal que trabaja en ellas, por tanto, tiene el deber de la objeción de conciencia. Dicha objeción consiste en el rechazo a cumplir una prescripción de la ley cuyos efectos se consideran contrarios a nuestras convicciones ideológicas, morales o religiosas. Como tal, en el ámbito sanitario se puede aplicar no sólo a la interrupción del embarazo sino también a algunas prácticas de procreación asistida,

63 Congregación para la Doctrina de la Fe, *Dignitatis Personae* (2009) 5.

64 Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, *Carta de los Agentes Sanitarios*, Ciudad del Vaticano, 1995, #142.

a la eutanasia y a algunas intervenciones que suspenden las terapias vitales. La verdadera y propia objeción de conciencia está garantizada por las distintas legislaciones que regulan su ámbito y modalidades de aplicación. Sin embargo, sencillamente como “cláusula de conciencia” puede aplicarse a todas las situaciones en las que el sanitario considere que no puede cumplir, según su conciencia, con las disposiciones de la ley. En este caso se asume plenamente la responsabilidad, incluso de carácter jurídico. La objeción de conciencia de por sí siempre es individual. Algunos acuerdos de carácter local y recientemente, en el año 2010, una resolución del Consejo de Europa, prevén la posibilidad de una objeción de conciencia “institucional” que exima a la institución sanitaria y no solo a los profesionales a nivel individual, de practicar actos que sean contrarios a la identidad específica de dicha Institución <sup>65</sup>.

86

5.2.1.4. *Diagnóstico prenatal*. El diagnóstico prenatal constituye en la actualidad uno de los métodos de investigación más sofisticados y claramente destinados en el futuro a adquirir un espacio operativo y un perfeccionamiento metodológico cada vez mayores. Se puede realizar con métodos no invasivos, como la ecografía morfológica o la ecocardiografía; con métodos invasivos (amniocentesis, villocentesis) y con análisis bioquímicos (tritest o triple prueba, etc.). Muy a menudo con la combinación de algunos de éstos.

Sin embargo, en su aplicación inmediata, la amniocentesis no está inmune del peligro de un planteamiento de principio equivocado, que la considera con la finalidad de la interrupción abortiva del embarazo. Plantear el problema en estos términos reductivos significa traicionar de raíz el espíritu de servicio al hombre que

---

65 Cf. Benedicto XVI. Discurso a los Farmacéuticos Católicos en el 25º Congreso Internacional, 29/10/2007. El siguiente es el texto de la resolución n. 1763/2010 del Consejo de Europa “ninguna persona, hospital o institución será coaccionada, considerada civilmente responsable o discriminada debido a su rechazo a realizar, autorizar, participar o asistir en la práctica de un aborto o eutanasia”.

En diciembre de 2011, la Comisión General de Bioética de la Orden publicó el documento La objeción de conciencia (que se encuentra en la página web de la Orden), donde, además de ilustrar los principios generales, se analizan detalladamente los temas relativos a la denominada “cláusula” o “afirmación de la conciencia”, la objeción de los farmacéuticos, la prescripción de la “píldora del día después”, la cooperación al mal, etc.



la investigación científica encarna en grado tan elevado. Las principales expectativas se dirigen más bien a la perspectiva de las “terapias intrauterinas”, que ya comienzan a vislumbrarse y cuya premisa indispensable es el diagnóstico prenatal. Por tanto, se tendrá que prestar una atención especial para que los procedimientos de diagnóstico prenatal no tengan como finalidad exclusiva la interrupción del embarazo en el caso de que revelen malformaciones fetales. Es más, el positivo compromiso por la vida y la acogida del más débil y necesitado, como en el caso de un sujeto malformado, exigen por fidelidad al carisma de San Juan de Dios, una acogida más concreta y efectiva. Esto es aún más necesario puesto que la cultura dominante y las políticas de muchos Estados tienden a negar la vida al sujeto que sea de alguna manera “imperfecto”. La posibilidad de que en las obras de la Orden se realicen dichos diagnósticos exige que, al mismo tiempo, sean las mismas obras quienes instituyan Centros de counselling cualificados para las parejas y las familias que se encuentran en una situación de dificultad causada por el nacimiento de un hijo con malformaciones. En los últimos tiempos, además, el diagnóstico prenatal también se ha utilizado, sobre todo en algunos países, para la eliminación de fetos de sexo femenino, aunque no presentaran ninguna patología.

87

*5.2.1.5. Interceptivos y contragestativos.* Se trata de dos tipos de fármacos que tienen por efecto impedir la implantación del embrión o provocar su despego en las fases iniciales de la implantación.

*RU 486* es la sigla con la que se denominó un fármaco que en fases precoces del embarazo tiene la capacidad de producir el despego del embrión ya implantado en las paredes del útero. En el plano de la valoración moral, por tanto, el juicio no es diferente respecto al que se ha formulado en cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo. Además, podría llevar a una cierta banalización del acto abortivo que adquiere la tipología de un verdadero “aborto en píldora” y a una nueva soledad, dado que, a menudo, el aborto en sí puede tener lugar fuera del entorno hospitalario.



Con el término de *intercepción* se indican globalmente todos los métodos que pretenden impedir la implantación del embrión tras una relación sexual “no protegida”. Para ser eficaces deben ser utilizados antes de que hayan transcurrido las 72 horas desde la relación sexual. La forma más común de intercepción está constituida por la denominada “píldora del día después”. Sin embargo, según los estudios más recientes resulta que no es seguro que la acción sea efectivamente de tipo interceptivo, ya que podría ser contraceptiva a todos los efectos.

5.2.1.6. *Reproducción asistida*. Son muchas las parejas estériles que recurren a las técnicas de reproducción asistida como recurso eficaz para superar un problema que no depende de su voluntad.

88

No puede en modo alguno ningún Centro de la Orden ofrecer este servicio sin estar altamente cualificado y reconocido. En tal caso consideramos éticamente aceptable la ayuda a las parejas por medio de las técnicas de reproducción asistida, que permiten un éxito procreativo a su intimidad sexual<sup>66</sup>, utilizando gametos de la pareja, con el respeto a la vida del embrión.

Si circunstancias de política sanitaria exigieran otras intervenciones, debería arbitrarse soluciones aceptables o buscar alternativas. Los Comités de Ética y Bioética pueden ser una excelente ayuda.

5.2.1.7. *Mutilación genital femenina (MGF)*. Se trata de un fenómeno que siempre ha existido, pero que sólo en épocas recientes se ha planteado ante la atención de la opinión pública. Se trata de varios tipos de intervención, que tienen por común denominador una mutilación de los genitales externos de la mujer. Además de los daños inmediatos (infección, hemorragia, shock algógeno, etc.), pueden comportar graves efectos secundarios después en el ámbito de la esfera de la sexualidad y de la reproducción. Sin embargo, es

---

66 Cf. Carta de los Agentes Sanitarios, 21



sobre todo a nivel psicológico que las MGF expresan toda su problemática, ya que constituyen una forma brutal e inmotivada de sometimiento de la mujer. Además de su firme condena, por tanto, se deberá prestar particular atención a la asistencia sanitaria de las mujeres que la hayan sufrido, si acudieran a los Centros de la Orden, no sólo en las regiones en las que se practican las mutilaciones, sino en otras en las que las mujeres con MGF podrían encontrarse como inmigrantes. Además, será necesario predisponer eventuales disposiciones en las zonas de mayor riesgo, para asegurar una acogida y un apoyo psicológico y humano adecuados.

*5.2.1.8. Transexualidad.* En algunos Centros de la Orden comienzan a plantearse problemas de tipo ético-clínicos relacionados con personas transexuales que piden distintos tipos de intervenciones médicas o quirúrgicas (de mutilación o reconstrucción) para adaptar el sexo somático al sexo psíquico. Sobre esta problemática no hay unanimidad de opiniones. En el plano del respeto de la integridad anatómica, dichas intervenciones se configuran, efectivamente, como una lesión no tiene como finalidad la terapia de una patología. Sin embargo, en una consideración más amplia del bien integral del paciente o de la persona asistida, al que se dirige toda actividad asistencial, se trata de recomponer una especie de unidad perdida, eliminando la que el paciente o la persona asistida percibe como una laceración psicosomática insana e irreversible.

89

## **5.2.2. Donación de órganos y trasplantes**

*5.2.2.1. Trasplante de órganos.* Las modernas posibilidades proporcionadas por los trasplantes constituyen uno de los mayores retos éticos de nuestro tiempo puesto que nos invitan a adquirir una nueva visión de la solidaridad interpersonal. La transplantología actual ofrece numerosas opciones:

*Trasplante de cadáver.* Es la forma más común y difundida. La donación de órganos después de la muerte debería considerarse un verdadero deber de todos los hombres y, a mayor razón, de todos los cristianos. La Orden Hospitalaria,

en este sentido, se une a los esfuerzos de toda la colectividad para encarnar y difundir una "cultura de la donación". Más allá de los aspectos legislativos que pueden hacer que el consentimiento al trasplante tras la muerte sea más o menos explícito, la importancia de la donación nunca se debe perder de vista.

En este sentido, la doble postura de la Orden, como expresión de un organismo eclesial por una parte, y por otra como una estructura sanitaria, podría contribuir a la superación de estas resistencias. En efecto no debemos transformar el justo culto de los muertos del que la piedad cristiana es muy rica, en un culto de los cadáveres. Sin embargo, subsiste un ámbito en el que podrían considerarse como ilícitos determinados trasplantes que será posible realizar en un futuro más o menos cercano (y que podrían interesar a los Centros más avanzados de la Orden), como el trasplante de cerebro, de gónadas, de rostro. Se trata de intervenciones que de cierta forma transfieren la identidad misma de la persona y no sencillamente un órgano.

90

*Trasplante de ser viviente.* Un problema diferente se plantea para los trasplantes entre seres vivientes. Siendo un gesto de grandísima y a veces heroica oblación, y por sus características extraordinarias no se puede considerar un deber ético como el de la donación post-mortem. Forma parte de esos actos extraordinarios que no son exigidos pero que revelan una admirable gran y generosidad. En las distintas legislaciones dichos trasplantes están reservados a los consanguíneos o, con ciertas excepciones, a personas que tengan vínculos especiales con el paciente (convivientes, etc.). Sólo recientemente se está avanzando la posibilidad de extender también a donadores desconocidos dicha posibilidad, que sin embargo presenta varias reservas de tipo ético.

*Trasplante de animal.* Hay que decir ante todo que dicho trasplante "de por sí" no constituye razón de ilicitud. Sin embargo, hay otras problemáticas específicas. La primera podría ser de tipo psicoemocional, ya que el receptor tendría que vivir con un órgano animal en su cuerpo. En segundo lugar, una reflexión de carácter más general podría referirse a la utilización del animal en



este sentido. En realidad, aun reconociendo en la vida del animal una realidad digna de ser tutelada, en una jerarquía de valores la vida animal está subordinada a la vida humana y en casos de conflicto entre ambas o de necesidad existencial, un antropocentrismo sano y sereno privilegia al hombre respecto al animal.

**5.2.2.2. Comprobación de la muerte.** Para que se puedan extirpar los órganos de un cadáver se plantea, en la mayoría de los trasplantes, el delicado problema de la comprobación de la muerte, aunque dicho diagnóstico de por sí no se refiere únicamente al caso de los trasplantes. Es evidente que se puede extirpar un órgano solamente a un sujeto que esté efectivamente muerto. Precisamente por esto hoy en día existen criterios rigurosos para su comprobación, que además están codificados en la mayoría de las legislaciones. Según las que aceptan el criterio de la "muerte cerebral", validado por la comunidad científica internacional y plenamente acogido por la Iglesia católica, un individuo está muerto cuando sobre la base de algunos parámetros clínicos y/o instrumentales ya no hay ninguna actividad, de forma irreversible, tanto en la corteza cerebral como en el tronco encefálico <sup>67</sup>. La muerte, en efecto, es un *proceso* y no un acontecimiento; por lo tanto, el final de la existencia terrenal no constituye la *muerte de la totalidad del organismo* (que en algunas partes sigue viviendo incluso tras la interrupción de la actividad cerebral) sino la *muerte del organismo como una totalidad*.

91

### **5.2.3. Enfermos crónicos y en fase avanzada de la enfermedad**

**5.2.3.1. Eutanasia.** El respeto por la vida, que empieza desde su inicio, se extiende a lo largo de toda la existencia hasta su fin natural <sup>68</sup>. Con la palabra eutanasia entendemos la muerte que sea provocada o buscada tanto con procedimientos que deliberada y voluntariamente puedan causarla (impropiamente denominada eutanasia activa) como omitiendo o absteniéndose de procedimientos que puedan evitarla. Esta última se define, igualmente impropiamente, como eutanasia pasiva, palabra ambigua e impropia: o se trata de una deliberada supresión de la

---

<sup>67</sup> *Ibíd.*, 129.

<sup>68</sup> Cf. EV, 57.

vida -realizada tanto cometiendo como absteniéndose- o bien se trata sólo de evitar un inútil encarnizamiento terapéutico, y en este caso no es eutanasia. Cada vez más a menudo, además, se utiliza el término suicidio o muerte medicamente asistida para indicar la eutanasia solicitada por el paciente y, en cierta medida, para que recaiga sobre él toda la responsabilidad. En realidad ello no elimina las responsabilidades del médico y su directa cooperación en el acto.

Por el mismo principio del doble efecto ya aplicado para el aborto voluntario, no constituye un acto de eutanasia la intervención que se proponga actuar para mejorar una condición patológica del individuo (por ejemplo para eliminar el dolor) pero que pueda también conllevar, de forma inevitable y no deseada una posible anticipación de su muerte.

92

El deber de garantizar a todos una muerte digna del hombre conlleva, en cualquier caso, el cuidado hasta el último instante de vida. La gran diferencia que existe entre la cura (cure) y el cuidado (care) hace que no haya enfermos in-cuidables aunque haya algunos in-curables. La alimentación parenteral, la limpieza de las heridas, la higiene corporal, las adecuadas condiciones ambientales son derechos ineludibles de los que no se puede privar a ningún enfermo hasta los últimos instantes de su existencia.

*5.2.3.2. Declaración de las Instrucciones previas o Voluntades anticipadas de tratamiento.* Están constituidas por un documento (también denominado "testamento vital" o *living will*) que expresa la voluntad de la persona de que se respeten sus valores y sus convicciones en el caso de que algún día, a causa de una lesión o enfermedad, sea incapaz de manifestarla. En concreto, pide que se respete el derecho, en estas circunstancias, a no ser sometido a tratamientos desproporcionados o inútiles, a que no se alargue el proceso de morir de forma insensata y a que se alivien los sufrimientos con fármacos apropiados aunque esto conlleve el efecto de una vida más breve<sup>69</sup>. Además,

---

69 Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia, 5 de mayo de 1980, III- IV.



en él se puede designar a una persona delegada (*proxy*) a tomar las decisiones cuando el paciente ya no tenga la capacidad de hacerlo por sí solo.

Planteado de esta forma y como declaración de propósitos, no hay duda de que las voluntades anticipadas sean buenas y aconsejables. En los países en los que no existe una legislación específica al respecto, un amplio sector de la sociedad reclama, de forma insistente y con razón, su tutela jurídica.

La Iglesia no puede aceptar de ninguna manera que se provoque la muerte activamente, aunque sea por voluntad del interesado, expresada libremente. El límite de disponer de la propia vida con la intervención de terceros, en caso de enfermedad o de invalidez incurable y permanente, hasta provocar directamente la muerte, y el lícito rechazo de tratamientos desproporcionados marca la diferencia entre las voluntades anticipadas aceptables para los católicos y los otros tipos de voluntades o instrucciones previas.

93

En cualquier caso, sigue abierto el problema de la alimentación asistida, que, de por sí debe considerarse como un medio ordinario y proporcionado, dado que no puede ser objeto de disposiciones anticipadas <sup>70</sup>. Sin embargo, las modalidades exclusivamente sanitarias con las que ésta se realiza, pueden asimilarla, según la interpretación de muchos, a un verdadero tratamiento terapéutico.

**5.2.3.3. Estado vegetativo.** El estado vegetativo es una condición que surge a continuación de un estado más o menos largo de coma y en el que están presentes las actividades del tronco cerebral (actividad de la vida vegetativa), mientras que están ausentes las de la corteza (conciencia, motilidad voluntaria, etc.). De esta condición, que puede durar varios años, a veces es po-

---

70 Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Respuestas a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal estadounidense sobre la alimentación e hidratación artificiales, 1 de agosto de 2007; Artículo de comentario sobre las respuestas a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal estadounidense sobre la alimentación e hidratación artificiales, 14.09.2007.

sible “despertarse” con residuos de déficits más o menos graves en relación con la duración del estado. El despertar se convierte en algo cada vez más difícil a medida que nos aleja temporalmente del evento que produjo dicha condición. Tras haber superado algunos años, esto es posible sólo en casos excepcionales. Cualquier intervención sobre un sujeto en estado vegetativo, por tanto, se realiza en un sujeto biológicamente vivo, aunque se encuentre en una condición puramente vegetativa y sin ninguna relacionalidad subjetiva con el entorno externo. Por tanto, la asistencia de estas personas tendrá que limitarse a la asistencia ordinaria y proporcionada, evitando cualquier encarnizamiento terapéutico posible.

94

5.2.3.4. *Cuidados paliativos*. Podemos decir que el hombre, desde siempre, ha empleado cuidados paliativos cuando se ha encargado de la fase “terminal” de un enfermo, apoyándole con todos los remedios disponibles y también ayudándole, consolándole, acompañándole hacia la muerte. Hoy en día tenemos una idea más elaborada de estos cuidados que están estructurados a nivel operativo (en los hospices, en las unidades de cuidados paliativos, etc.) que nos ayudan a no abandonar a su destino al paciente que sufre una patología incurable. Los cuidados paliativos se presentan pues como “cuidados totales” proporcionados a la persona en una relación global de ayuda, encargándose de todas las necesidades asistenciales <sup>71</sup>.

El cuidado paliativo no se realiza cuando “ya no hay nada que hacer”, sino que es exactamente lo que hay que hacer para el enfermo terminal. Su objetivo no será la curación, puesto que es imposible, pero se trata de realizar una serie de tratamientos (a veces incluso técnicamente complejos) para garantizar una buena calidad de vida, durante el tiempo que le queda.

Una fase especialmente delicada está constituida por el paso de la terapia al cuidado paliativo. En este ámbito adquiere especial importancia la que se ha definido como *simultaneous care* (cuidados simultáneos), es decir la aplica-

---

71 Cf. EV 65.



ción de ambas modalidades de cuidados, tanto terapéuticos como paliativos, que permiten obtener las ventajas de ambos, con un neto beneficio en términos de mejora clínica por una parte y de mejor calidad de vida por otra. Este doble enfoque incluye asimismo la posibilidad de participar en experimentaciones clínicas, etc. De esta manera por una parte no se priva al paciente de posibles oportunidades terapéuticas, y por otra no se le obliga a tener que elegir necesariamente entre dos tipologías asistenciales.

A la luz de estas consideraciones, las instituciones de la Orden Hospitalaria que se encargan de pacientes que están en una fase terminal de su enfermedad, deberían acondicionar, en la medida de lo posible, unidades de cuidados paliativos destinadas a hacer que al paciente se le haga más llevadera dicha fase final y, al mismo tiempo, deberían garantizar un acompañamiento humano adecuado.

5.2.3.5. *Sedación paliativa*. Denominada también sedación "farmacológica" o, más impropia, "terminal", es un procedimiento terapéutico indicado en todas las situaciones en las que las fases terminales de la vida comportan dolor, ansiedad o miedo, que de otra forma no se podrían superar. Aunque sea deseable vivir con lucidez y plena conciencia esta última fase de la existencia, en los sujetos en los que ello constituye únicamente una fuente de sufrimiento, es posible predisponer dicho tratamiento concordado con el paciente y sin fines eutanásicos. Si de dicho tratamiento derivase una posible aceleración del proceso que conduce a la muerte, éste sería igualmente lícito si se respetan las condiciones del denominado principio de doble efecto <sup>72</sup>.

95

5.2.3.6. *Feto terminal*. Con dicho término hacemos referencia a todas las condiciones patológicas fetales incompatibles con la vida, de tipo genético y/o malformativo (anencefalia, agenesia renal, algunas enfermedades cromosómicas, etc.) que son la consecuencia de patologías materno-fetales (graves retrasos en el crecimiento, patologías placentarias o del cordón umbi-

---

72 Cf. Pío XII, Discurso a la Sociedad Italiana de Anestesiología, 24 de febrero de 1957; Congregación para la Doctrina de la fe, Declaración sobre la Eutanasia, 5 de mayo de 1980, n. III.



lical, etc.). Dichas condiciones plantean delicados interrogantes bioéticos que atañen en cualquier caso al respeto de la vida humana y, por tanto, implican el rechazo del aborto incluso cuando éste se defina como “terapéutico”, si bien en ciertos casos es posible anticipar el parto sin la supresión directa del feto destinado a una muerte segura en un lapso de tiempo breve.

#### **5.2.4. Ética de la terapia**

*5.2.4.1 Proporcionalidad de los cuidados.* Nuestros hospitales, aunque estén basados en promover la salud, no pueden considerar la muerte como *un fenómeno que se tenga que eliminar*, sino como una parte integrante de la vida, fundamental para la realización plena y trascendente del enfermo. Por consiguiente, todo enfermo debe ser atendido en su derecho de que no se le obstaculice, es más, debe ser apoyado, para asumir de forma responsable, según su religión y su sentido de la vida, el acontecimiento de su propia muerte. A ello se opondría el hecho de ocultarle la verdad o de privarle, sin una necesidad urgente y real, de sus habituales relaciones con la familia, los amigos, la comunidad religiosa e ideológica. Sólo así se podrá realizar, incluso en estos momentos definitivos de la existencia, la humanización de la medicina.

96

Es evidente que esto conlleva el hecho de vivir con plena responsabilidad y dignidad el momento de la propia muerte. Si, por una parte, ésta no puede ser provocada directamente, por otra no se debe insistir con tratamientos que no influyan eficazmente sobre la duración de la vida o sobre su calidad, alargando solamente la agonía con un inútil encarnizamiento terapéutico. Todo el mundo tiene el derecho a morir con dignidad y serenidad sin tormentos inútiles, empleando todos y sólo los tratamientos que parecen ser realmente proporcionados <sup>73</sup>.

Entre los medios desproporcionados, recordamos los siguientes: modestas perspectivas de mejora clínica, uso de fármacos o dispositivos particularmen-

---

73 Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia, *Ibidem*.



te costosos o difíciles de conseguir, rechazo psicológico insuperable (mutilaciones graves, etc.), dificultades asistenciales extremas, etc.

Por tanto, los tratamientos desproporcionados pueden representar una verdadera futilidad en el plano de su significado clínico. En este caso su rechazo puede considerarse como un verdadero deber moral.

*5.2.4.2. Urgencias.* En muchos Centros de la Orden existen servicios de Urgencias. La mayor parte de los problemas éticos que se presentan están relacionados precisamente con la situación de urgencia que presentan los pacientes. En muchos casos, por ejemplo, el estado de necesidad no permite que se solicite el consentimiento con todos los requisitos que implicaría. En el caso de conflictos fuertes se recurrirá a lo que está previsto por los Códigos de deontología médica y por la legislación de los distintos países. Además, se debe prestar una atención particular a las condiciones psicológicas de las personas que acompañan al enfermo, ya que a menudo están muy implicadas en el plano emotivo.

*5.2.4.3. Terapia intensiva.* Las unidades de terapia intensiva (cardiológica, de reanimación, etc.) comportan una gran atención no sólo por las condiciones clínicas del paciente, sino también por su condición psicológica. Efectivamente se trata de estructuras en las que el paciente está consciente de que se encuentra en una situación crítica, cuyo resultado podría ser incluso infausto. Además, en la mayoría de los casos, dicha condición de ansiedad corre el riesgo de agravar asimismo sus condiciones clínicas. Incluso el papel de los familiares puede ser modesto, visto que con frecuencia es necesario aislarlos del contacto directo con su ser querido. Por tanto, hay que actuar de manera que dicha estancia hospitalaria se realice con un enfoque humanizador, que formará parte integrante de la terapia.

*5.2.4.4. Terapia del dolor.* El dolor físico y el sufrimiento psíquico afectan desde siempre a la humanidad, que por una parte intenta luchar contra ellos, mientras que por otra, muy a menudo "se resigna a sufrirlos". Asimismo, una malentendida ascesis cristiana (a la que hoy se define como *dolorismo*)

malinterpretó algunas enseñanzas evangélicas, considerándolos inevitables. En realidad, si por una parte hay que afrontarlos con fuerza, por otra hay que luchar con todos los medios que la medicina pone a nuestra disposición en la actualidad. Lamentablemente no siempre se practica la terapia del dolor de forma adecuada en los centros sanitarios. En los Centros de la Orden la práctica de una adecuada terapia del dolor debe ser un signo importante de atención al enfermo y de humanización.

98 5.2.4.5. *Medicina estética*. En muchos contextos sociales actuales, sobre todo en el mundo occidental, la atención por la propia imagen, junto con el deseo de una calidad de vida cada vez más refinada, han llevado a una creciente solicitud de intervenciones, tanto médicas como quirúrgicas, en el ámbito de la *medicina estética*. Dicha disciplina pertenece más a la *medicina del deseo* que a la de las *necesidades sanitarias* en su sentido más estricto, pero, dado que es un campo de la medicina y que se practica en algunos centros de la Orden, no podemos subestimarla. Los criterios de discernimiento ético de su solicitud y de su ejercicio hacen referencia a las finalidades de su ejecución, a una proporción adecuada entre costes y beneficios, pero sobre todo al significado que asume con relación al bien global de la persona.

### **5.2.5. Investigación con seres humanos**

5.2.5.1. *Experimentación clínica*. La investigación siempre ha sido uno de los principales "motores" con los que se ha llevado a cabo el progreso de la medicina. A ésta, junto con algunos descubrimientos fortuitos como el de los antibióticos o los rayos X, debemos los logros actuales de la ciencia. Hoy en día la investigación ya no se realiza en un laboratorio cerrado o sobre animales sino directamente sobre el hombre. Este método experimental no es una opción que algunos investigadores quieren emplear sino que se ha convertido hoy día en una necesidad ineludible sobre todo por lo que se refiere a los nuevos fármacos. Después del laboratorio y el animal, todo fármaco debe ser probado por primera vez en el hombre. No se trata, evidentemente, de utilizar al hombre como un conejillo de indias sino de poner a punto una terapia



de la que el sujeto mismo sobre el que se experimenta y/u otros podrán sacar provecho. Esto puede tener lugar sólo bajo algunas rigurosas condiciones que ya han sido fijadas por varias Cartas y declaraciones internacionales<sup>74</sup>. Y puesto que este tipo de investigación tiene lugar sobre todo en las estructuras hospitalarias es importante que nuestros Centros estén informados y atentos a estas condiciones.

La primera condición es que toda experimentación parta de una presunción de beneficio. Por ejemplo, la introducción en el mercado de un fármaco anteriormente inexistente o de uno mejor que otro por varios motivos: mayor eficacia, riesgos inferiores, coste inferior, mayor facilidad de administración, etc.

*5.2.5.2. Consentimiento informado.* Cualquier experimentación se deberá hacer *con el consentimiento del interesado*. Para que el consentimiento sea válido debe ser libre. Esto significa que no se podrá ejercitar ninguna coerción, ni implícita ni de tipo "moral" como podría ser el caso de la influencia de la autoridad médica o el miedo a no continuar siendo tratado de forma adecuada.

Además, el consentimiento deberá ser "informado", explicando al paciente o al asistido que forma parte de una experimentación clínica, de cuáles son los riesgos y las ventajas, las alternativas, las garantías de seguros, etc. Como condición previa para que el consentimiento sea realmente informado, es indispensable que el paciente o la persona asistida sepa la verdad sobre el estado de su enfermedad. Nunca es posible esconder indefinida y sistemáticamente la verdad al enfermo o a la persona asistida que, por el contrario siempre debe tener conciencia de sus condiciones de salud. Esto no significa que esta comunicación de la verdad no se pueda hacer progresivamente, diferida en el tiempo y compartida con los familiares. Ni que se tenga que violar de forma obstinada la conciencia del enfermo o del asistido que haya

---

74 Cf. Código de Núremberg, Declaración de Helsinki, Declaración de Ginebra, Buena Práctica Clínica, etc. Además de los criterios del Magisterio, ver también la Carta de los Agentes Sanitarios, 75-82.

expresado el deseo de no saber la verdad. Ni tampoco que la verdad tenga que ser detallada e incluya todos los pormenores de todos los posibles efectos secundarios: es suficiente que sea adecuada.

5.2.5.3. *Investigación con personas disminuidas y grupos vulnerables.* Lo antedicho se refiere evidentemente a la experimentación clínica realizada con sujetos jurídica y éticamente competentes, es decir en condiciones de comprender perfectamente lo que se les dice y hace, y capaces de expresar un consentimiento plenamente consciente. Pero la experimentación no atañe solamente a estos sujetos ni se puede limitar a ellos. Se excluirían, así, a pacientes como por ejemplo los niños, los enfermos mentales, los sujetos en coma u otros sujetos incapaces que también necesitan nuevos descubrimientos terapéuticos. Precisamente por este motivo, se deberá pensar en oportunas formas de "tutela" confiadas a sujetos que por sus vínculos afectivos con el paciente o la persona asistida o por su función institucional se supone que se preocuparán siempre por el bien del paciente o del asistido. Bajo estas condiciones y tras evaluar los riesgos que corre el paciente o la persona asistida comparados con las potenciales ventajas, la experimentación se podrá llevar a cabo de una forma lícita.

100

Un problema particular se presenta además en las posibles experimentaciones realizadas con sujetos sanos. Difícilmente uno de estos estaría dispuesto a someterse a este tipo de experimentación sin conseguir algo a cambio. En la mayoría de los casos, en efecto, estos sujetos son presos a quienes se les ofrece una reducción de la pena. A menudo esta práctica se justifica presentándola como una especie de "tributo" que de esta forma pagan los presos a la sociedad. En otros casos estos sujetos son estudiantes que de alguna manera son retribuidos por el servicio prestado y en otros muchos casos se trata de auténticos "conejiillos de indias humanos" reclutados en los países del Tercer Mundo a cambio de una paga miserable. En esos casos falta el requisito fundamental de la libertad a la hora de aceptar la experimentación, además de que estos comportamientos son lesivos de la dignidad humana.



En nuestros Centros, por lo tanto, se deberá vigilar siempre que incluso una posible experimentación sobre sujetos sanos sea llevada a cabo tras su consentimiento absolutamente libre y con una adecuada garantía de falta de riesgos significativos.

5.2.5.4. *Fetos y embriones.* Por lo que se refiere a la experimentación prenatal pueden existir dos casos fundamentales. El primero es el de la experimentación con embriones excedentes que son el fruto de métodos de fecundación in vitro. A menudo se realiza con consideraciones de tipo pseudohumanitario, alegando que es preferible “utilizar” el embrión de esta forma en lugar de suprimirlo o congelarlo. El segundo caso es el de la experimentación realizada en mujeres embarazadas que hayan pedido la interrupción del embarazo. También en este caso se podría pues “utilizar” el feto, que de cualquier manera está destinado a morir. En realidad estas consideraciones, por muy útil que sea esta investigación para otros seres humanos, hacen que se instrumentalice la persona humana, aunque sea para una buena causa, no siendo ya un *fin* sino un simple *medio* <sup>75</sup>.

101

Es diferente, en cambio, el caso de una terapia experimental, aunque con todos los riesgos que conlleva, que se emplea para un posible beneficio del feto sobre el que se experimenta. Es evidente que este beneficio deberá ser potencialmente mayor al hecho de no realizar la experimentación misma o a la utilización de otra terapia.

5.2.5.5. *Investigación y terapia con células madre.* Ya desde hace tiempo se estudia la posibilidad de utilizar células madre en la futura terapia de algunos tumores, enfermedades neurodegenerativas, cardíacas, etc. Las células madre son células totipotentes que se encuentran en el embrión en las fases tempranas de su existencia (blastocistos), en los tejidos embrio-fetales del cordón umbilical y en algunos tejidos del adulto (tejido medular, adiposo, etc.). Más allá de los aspectos científicos de su utilización y de las posibles

---

75 Cf. EV 63.

aplicaciones terapéuticas, cabe destacar que la toma de células madre del embrión comporta inevitablemente su supresión. En cuanto a las células de fetos abortados voluntariamente, aun siendo de por sí lícita, se tendrá que evitar que dicho gesto pueda constituir una legitimación del acto abortivo.

En cualquier caso, también en cuanto a la utilización de células del adulto es necesario cotejar atentamente los riesgos con los posibles beneficios.

5.2.5.6. *Biobancos*. El de los biobancos es un problema emergente, por lo menos en los países industrializados, pero que podría interesar también a los países en desarrollo, por lo menos desde la perspectiva del abastecimiento de materiales biológicos. Se trata de estructuras o unidades operativas en las que se conserva y se cataloga en bancos de datos material biológico, como por ejemplo: células madre, tejidos humanos, residuos quirúrgicos, ADN. Dichos materiales son utilizados con finalidades de estudio o investigación. Dado que en el archivo de los datos se incluyen también los datos biológicos de la persona de la que se origina el material, se plantean problemas delicados de privacidad, así como de conocimiento del dato genético, en especial cuando éste presente caracteres patológicos.

5.2.5.7. *Comités de Ética*. Se trata de dos tipologías de institución: Comités para la investigación y Comités de ética clínica. En algunos países hay una única institución que incluye ambos ámbitos, en otros se trata de instituciones diferentes. Con el fin de promover la investigación clínica y farmacológica, es oportuno que los hospitales organicen Comités para la investigación. Estos comités son también una instancia formativa que inspira y promueve momentos de reflexión, de información, de innovación y de sensibilización en las áreas asistencial, científica, didáctica y administrativa.

Por otra parte, los Comités de ética, que es oportuno constituir y promover en todas la Provincias de nuestra Orden, se presentan hoy en día como órganos para la defensa de la autonomía del paciente o de la persona asistida y el respeto de sus derechos. En la estructura de tales comités, deberá existir una



representación adecuada del Centro al que pertenecen y sobre todo deberá haber personas competentes a nivel de ética.

No todos los países tienen legislación sobre este tema y con frecuencia la fisonomía de los Comités es diferente. En algunos países existen Comités “nacionales” mientras en otros son sólo hospitalarios; algunos se ocupan sólo de investigación y otros sólo de problemas clínicos; algunos son totalmente independientes, mientras otros están vinculados a una institución, etc.

De todos modos, se puede decir que, en general, las funciones que realizan los Comités de Ética son tres.

La primera es la de *evaluar y autorizar*. A estos, en efecto, les compete el examen de las pruebas experimentales, tanto de carácter médico como quirúrgico. En este ámbito, los Comités deberán expresar un ponderado parecer que tenga en cuenta todas las condiciones de licitud que permiten la experimentación misma (razón del estudio, proporción riesgos/ventajas, tutela del paciente, consentimiento informado, etc.)

En segundo lugar, los comités tienen una función *consultiva y propositiva* en el caso de que sean expresamente consultados por terceros (personal sanitario, pacientes o personas asistidas, instituciones externas) para expresar un parecer sobre cuestiones de gran compromiso ético o para aclarar situaciones de conflicto para las conciencias de los agentes sanitarios (asesoramiento ético), ya que pueden formular directrices sobre aspectos comportamentales de importancia ética.

Finalmente, los Comités pueden tener una función *formativa y cultural*, puesto que pueden ser considerados verdaderos instrumentos de formación para promover la sensibilidad ética de los religiosos y de los colaboradores, promoviendo con varias iniciativas (congresos, publicaciones, etc.) una mayor competencia ética del personal y de las instituciones sanitarias.



Para realizar las funciones arriba mencionadas (con la excepción de las relacionadas con la experimentación), en algunos Centros los Comités cuentan con el apoyo de Servicios de Bioética, que asumen varias denominaciones.

### **5.2.6. Medicina predictiva**

*5.2.6.1. La comunicación del diagnóstico.* Las modernas posibilidades proporcionadas por la medicina predictiva, realizada en muchos de nuestros Centros, plantea problemas éticos que hasta ahora no existían. El primero de estos problemas es el de la comunicación del diagnóstico. ¿A quién se deberá comunicar? ¿Al interesado? ¿A sus familiares? ¿A ambos? El criterio ético general por lo que se refiere al hecho de comunicar la verdad al paciente o a la persona asistida nos dice que el titular prioritario, o incluso exclusivo, de este derecho, es el mismo enfermo o asistido, independientemente de la gravedad de la enfermedad. Es precisamente en los casos de pronóstico más grave donde el problema se presenta con más urgencia.

104

La situación de las enfermedades genéticas no debería representar una excepción a esta regla. Sin embargo la particularidad de muchas de estas enfermedades cuya expresión clínica podría implicar a los miembros de la familia hace que se planteen las preguntas antedichas. En este documento es imposible ahondar el problema, aconsejando simplemente un atento examen de las diferentes situaciones que tenga en cuenta los “derechos” de todas las personas implicadas dando una prioridad absoluta al enfermo (que no deberá ser defraudado en una realidad que le atañe tan profundamente) pero teniendo también en cuenta, si es necesario en ese caso, las justas exigencias de los familiares.

Aún más que en otras patologías, la comunicación del diagnóstico de una enfermedad genética tendrá que tener en cuenta la particular condición psicológica y emotiva de los padres, deberá prestar atención al uso de términos adecuados, comprensibles y que no infundan “terror” en los destinatarios de la información, nunca deberá esconder o manipular la verdad, sino presentar-



la con “dulzura”, tendrá que respetar las opciones de la pareja pero, al mismo tiempo, no deberá inducir a la interrupción del embarazo, y, es más, deberá favorecer la acogida de la vida aunque esté afectada por graves patologías.

*5.2.6.2. Patrimonio genético y tutela del secreto.* En el futuro desarrollo de las ciencias médicas se está marcando el horizonte de un conocimiento total del patrimonio genético del individuo, no sólo por lo que se refiere a su estructura fisiológica sino también, y eso es lo que más cuenta, para identificar las posibles patologías. Si esto por una parte es una premisa indispensable para su futura corrección (ingeniería genética), por otra parte esta posibilidad plantea nuevos interrogantes éticos.

El primero es el del secreto de estos datos que, al ser custodiados en “bancos genéticos”, podría representar un peligroso elemento de distorsión o de simple invasión en la vida del individuo. En realidad el problema no es diferente del que podría conllevar la invasión de un archivo clínico o informático. Se plantea simplemente en términos diferentes un viejo problema que es el del carácter secreto de los datos personales. Puede que lo que más llame la atención en este caso sea la profundidad y la “intimidad” de este tipo de posible invasión que penetra en las fibras más secretas de la estructura humana. Pero los criterios que se aplican en las demás situaciones deberían aplicarse también a esta.

A este problema está estrechamente vinculado el problema de una especie de “carnet de identidad genético” del individuo, o incluso verdaderos kits para el autodiagnóstico genético que comienzan a aparecer en el mercado. ¿Cuáles son los problemas que causará este instrumento? ¿De qué forma afectará a la psique del individuo el hecho de saber que es portador de varias enfermedades genéticas que, aunque no se manifiesten siempre clínicamente, permanecen como potenciales? ¿De qué forma influirá a la hora de elegir pareja? En el fondo, hasta ahora, siempre se ha dicho que hay que prevenir las enfermedades genéticas con pruebas prematrimoniales. Éste podría ser el

último e insuperable instrumento. ¿Podrá condicionar las elecciones afectivas del individuo? Se trata sin duda alguna de una visión lejana pero a la que debemos empezar a prepararnos.

Hay otro aspecto, el último, más pragmático, aunque no menos importante, que atañe a las implicaciones de tipo profesional y de seguros. No se excluye que en el día de mañana el que contrate a una persona pueda pedir (como ocurre hoy día con el certificado médico) el “carnet de identidad genético” llegando incluso a no contratar a los trabajadores que no resulten idóneos, en el momento o en un futuro. Esto representaría una grave forma de discriminación laboral y, frente a esta posibilidad, la filosofía asistencial de nuestros Centros debería prever medidas que tutelen a esos trabajadores que podrían representar una de las “nuevas pobrezas” del futuro.

106

### **5.2.7. Problemas ético-sociales**

*5.2.7.1. Dependencias.* Aunque en todos los pueblos y en todas las épocas han existido formas de dependencia física y/o psíquica de varias substancias, a menudo con un trasfondo mágico-religioso, en la actualidad este problema ha adquirido dimensiones ético-sociales de gran envergadura. Los motivos principales son: la amplitud de este fenómeno, su presencia en las capas más jóvenes de la población, y el daño individual y social que conlleva el hecho de recurrir a estas substancias.

El problema, que es muy complejo, interpela fuertemente a la Orden Hospitalaria a varios niveles. Ante todo por los componentes típicamente sanitarios que conlleva: primeros auxilios, eliminación del hábito, tratamiento médico de las complicaciones.

Además, están los tratamientos psicológicos y educativos para la superación definitiva de la dependencia psíquica. Si es relativamente fácil superar la dependencia física, no se puede decir lo mismo de la psíquica. En efecto, si no se presenta una propuesta fuerte que pueda colmar el vacío de valores que



arrastra hacia la toxicodependencia, el sujeto nunca conseguirá ganar su batalla contra el abuso de sustancias. Éste es el motivo que hace que la Iglesia esté presente en el mundo con varias estructuras (Centros de acogida, comunidades terapéuticas) que han permitido la rehabilitación y la reinserción social de los tóxicodependientes.

Además, no hay que dejar de lado la dimensión social de este compromiso de la Orden Hospitalaria que se corresponde plenamente con su carisma. Sin duda alguna, la toxicodependencia forma parte de esas “nuevas” pobrezas de las que tanto se habla y en las que la Orden tiene que sentirse comprometida <sup>76</sup>.

Como es obvio, las antedichas actividades no se deberán realizar en oposición con los servicios y las intervenciones públicas sino de forma complementaria. Esto no significa que se tengan que compartir necesariamente las medidas legislativas y sociales que no se consideren en armonía con la misión carismática de nuestras obras.

Entre los abusos de sustancias psicótropas en la actualidad se presta mucha atención al abuso de psicofármacos comúnmente empleados como somníferos o ansiolíticos de los que, sobre todo en los países más industrializados, se hace un uso indiscriminado, a menudo en base a la sencilla autoprescripción, sin una visita o indicación médica anterior.

Otra adicción importante es la del *alcohol*. En efecto, el problema del alcoholismo, en varios países del mundo, alcanza unas dimensiones muy superiores a las de la droga. Además las capas sociales afectadas son muy diferentes, lo cual representa un estímulo más para que la Orden se comprometa de forma eficaz en este ámbito.

---

<sup>76</sup> Cf. P. MARCHESI, *La Hospitalidad de los Hermanos de San Juan de Dios hacia el año 2000*, Roma 1986, Apéndice III.

Junto a dichas formas de dependencia, no debemos olvidar el *tabaquismo*, con los daños sobre todo de tipo físico que comporta (*neoplasias, patologías cardiovasculares, etc.*), y asimismo las nuevas dependencias (de internet, videojuegos, oniomanía o compra compulsiva, etc.).

5.2.7.2. *Enfermos de SIDA*. La difusión actual de esta patología y las peculiaridades sociales que conlleva requieren una respuesta válida por parte de nuestra Orden que podemos resumir en varias actuaciones.

La primera actuación deberá ser de tipo cultural, evitando las actitudes interiores y por consiguiente los comportamientos discriminatorios, especialmente en aquellas situaciones de carácter sanitario en las que el sujeto seropositivo o con SIDA declarado se encuentre en hospitales generales por varios motivos (urgencias, necesidad de operación quirúrgica, etc.) compartiendo con otros enfermos y visitantes su hospitalización.

108

La actitud de acogida deberá expresarse de forma más apropiada y como una forma de actuación del carisma, en estructuras predisuestas para estos enfermos o de seguimiento de los enfermos que estén en una fase avanzada de la enfermedad. Además es oportuno que la Orden se haga promotora de dichas estructuras asistenciales para las personas más marginadas, con la impronta del espíritu cristiano que siempre las ha orientado. Además, sobre el plano de nuestra herencia histórica, no debemos olvidar que precisamente en la asistencia hacia personas afectadas por varias enfermedades infecciosas se han distinguido en el pasado, incluso de forma heroica, muchos de nuestros religiosos hospitalarios.

Junto con el hecho de encargarse de estos enfermos, la Orden contribuirá también en la prevención de la patología que esté basada sobre todo en una apropiada enseñanza de los valores. En el caso de que estas estrategias se revelen ineficaces o insuficientes, cualquier posible reducción del daño se deberá realizar con una consciencia real de que estas medidas, dada su falibilidad, no representan una garantía absoluta de prevención de contagio.



Además, en la medida de lo posible, sería oportuno que la Orden colaborara también en las actividades de investigación llevadas a cabo por otros organismos o instituciones sanitarias para encontrar nuevos remedios a nivel de terapia o de prevención para acabar definitivamente con este mal.

Se plantean problemas específicos en el plano ético-social en los países en desarrollo. Ante todo en cuanto a los fármacos antirretrovirales, tanto en lo que se refiere a su coste y a las consiguientes dificultades de adquirirlos, como en cuanto a posibles problemas de tipo político que obstaculizan su aprovisionamiento. Otro problema está constituido por la lactancia materna. Aunque esté contraindicada para las mujeres seropositivas de los países en desarrollo, en cualquier caso es preferible, ya que, dada la elevada mortalidad infantil, tiene igualmente un efecto de protección de la salud del recién nacido, que es superior al riesgo de contagio.

Finalmente, se deberá tener cuidado de que la profunda comprensión humana, la acogida, el rechazo de toda marginación y de toda supuesta "condena divina" expresada en esta enfermedad, no se traduzca en una legitimación de los comportamientos que están en su origen.

*5.2.7.3. Otras enfermedades infecciosas.* En algunas partes del mundo existen varias enfermedades infecciosas como la malaria, la tuberculosis, algunas nuevas patologías virales (SARS, gripe aviar, fiebre hemorrágica del virus Ébola, etc.) que cobran muchas víctimas. En los países con mayor difusión de dichas patologías en los que está presente la Orden, el cuidado médico y la atención humana por los pacientes que las padecen debe constituir una prioridad asistencial absoluta.

*5.2.7.4. Medicamentos huérfanos y enfermedades raras.* Las enfermedades raras son patologías, en la mayoría de los casos de tipo genético, así definidas por su escasa presencia numérica (por lo general de menos de 1 caso cada 2000 habitantes). Aunque cada una de ellas sea rara, en su conjunto son nu-

meras (más de 7000) y muchas de ellas son particularmente invalidantes. Sin embargo, precisamente porque son raras, a menudo es difícil estudiarlas, pero sobre todo se revelan de "escaso interés económico" para la industria, que difícilmente realiza la inversión necesaria para estudiarlas y encontrar una terapia. Con dichas enfermedades está relacionado el problema de los denominados "medicamentos huérfanos", es decir fármacos que pueden ser eficaces para la terapia o la mejora sintomatológica de la patología, pero que no se producen o se producen de forma inadecuada porque no implican un beneficio económico adecuado para las industrias farmacéuticas. En gran medida, la sensibilización social en lo que atañe a las enfermedades raras y a los medicamentos huérfanos en la actualidad está gestionada por asociaciones de enfermos o por organismos de voluntarios que se ocupan también de recaudar fondos para financiar su investigación y terapia.

110 5.2.7.5. *Personas con discapacidad física, psíquica y sensorial.* Aunque parece que la sociedad contemporánea ha vuelto a descubrir la atención por los discapacitados, tanto con la aceptación de la persona "diferente" como con la aplicación de medidas como por ejemplo la desaparición de la "barreras arquitectónicas", a nivel cultural sigue habiendo algún rechazo de esta realidad. Esto va desde la promoción de una eugenesia prenatal y la supresión del embrión afectado por cualquier anomalía, hasta la petición de la eutanasia para eliminar a un recién nacido malformado o a un adulto discapacitado.

Pero no tendría sentido criticar todo esto si, al mismo tiempo, no se actúa para subrayar la acogida y el amor que la sociedad debe tener con sus miembros en desventaja. Una sociedad realmente hecha a la medida del hombre no puede basarse sobre los "fuertes" sino sobre los "débiles". Por lo tanto, además de tener obras específicas para los discapacitados, la Orden debería tener un papel de testigo.

En el respeto por los principios de la *participación, inclusión y personalización*, la Orden está llamada, en especial, a favorecer la autonomía de vida de las personas con discapacidades, promoviendo su inserción y su participación



en la vida social y laboral. Para ello será necesario alentar la desinstitucionalización, convirtiendo las grandes estructuras en otras más pequeñas y familiares, que puedan contar con la debida protección en todo sentido.

Un problema particularmente delicado se plantea en cuanto al ejercicio de la sexualidad. Una condición indispensable para dicho ejercicio es que pueda ser algo libremente querido. Existen varios grados de restricción de dicha libertad decisoria, mientras están presentes, al mismo tiempo, los estímulos sexuales. Si, por una parte, parece una falta de respeto a la dignidad humana cualquier intervención dirigida a mutilar una de sus funciones (en el caso específico, la reproductiva), por otra parte, el sujeto que presenta discapacidades psíquicas no sólo no tiene la capacidad de ejercer libremente dicha facultad, sino que del uso de la misma, ya que mantiene inalterado su potencial biológico, se podría derivar un embarazo. Precisamente por esto, en el intento de preservar el máximo respeto que se debe al ser humano en su plena identidad corporal, de forma responsable habrá que evitar que el discapacitado psíquico, por las condiciones existenciales particulares en las que pueda encontrarse, pueda causar un daño a sí mismo y a los demás <sup>77</sup>.

111

5.2.7.6. *Enfermos mentales*. Forman desde siempre una categoría de enfermos especialmente atendidos en nuestras obras, dada la experiencia biográfica de nuestro Fundador. Sobre ellos hemos adquirido un bagaje de experiencias y competencias muy importante que, a menudo, ha sido precursor de ideas y soluciones que se aplican hoy día en la sanidad pública. Sin embargo, siguen existiendo algunos problemas éticos, además de los problemas específicos que derivan de las medidas legislativas de varios países.

El primer problema es de alguna manera el denominador común de todos los demás y se refiere a la capacidad de consentimiento. La superación del pater-

---

77 Sobre el delicado problema de la sexualidad de la persona con discapacidad se ha expresado también Juan Pablo II, en su mensaje a los participantes del Simposio Internacional promovido por la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la "Dignidad y derechos de la persona con discapacidad mental" (8 de enero de 2004).



nalismo del pasado y la actual valoración de la autonomía del paciente implican naturalmente también al enfermo mental. Lo implican aún más, dadas las limitaciones de actuación de esta autonomía de decisión. Podría pues aparecer la tentación de volver, aunque sólo en este caso y con una finalidad positiva, al antiguo paternalismo. Esto no debe ocurrir, excepto cuando, a causa de un estado de necesidad o por falta de otras personas (familiares, tutores, comités de ética) con las que poder compartir la elección, no haya realmente otra alternativa posible. En todos los demás casos se hará partícipe al paciente de las decisiones, en la medida en que sus condiciones se lo permitan, o bien se implicarán las personas arriba mencionadas, quienes, por sus relaciones o por su papel, se supone que velarán siempre por el bien del paciente.

112

Este problema, en algunos casos se presenta de forma evidente: en la aplicación de los psicofármacos, en la terapia electro convulsiva (TEC), en la contención física y en la privación de la libertad. Al hacer esto se deberá considerar suficiente el consentimiento general, a menudo implícito, expresado por quien está autorizado a hacerlo, en el momento en el que se requiere una hospitalización.

De cualquier forma, y más allá de estos problemas particulares, las estructuras psiquiátricas o sociales de la Orden deberán caracterizarse siempre por un tratamiento de los enfermos mentales marcado por un profundo humanismo. Por una parte, esto refleja una permanente actuación carismática de aquella particular sensibilidad manifestada por San Juan de Dios, y por otra, es una profecía renovada en un sector que necesita una humanización continua. Ésta, en efecto, no debe limitarse al hecho de garantizar al enfermo mental un espacio vital adecuado, un ambiente higiénicamente satisfactorio, una buena calidad de la comida, una justa libertad de movimiento, la posibilidad de mantener relaciones afectivas con la familia, etc., sino que se debe ampliar en términos positivos a la "realización" de la persona. Para hacer esto se deberán emplear todas sus aptitudes y todos sus recursos. Es un proceso que tiene que llevar a la valoración de una personalidad que, aunque con sus carencias, siempre revela el rostro de la persona humana.



Desde esta perspectiva, siempre debemos tomar en consideración la importancia de la desinstitucionalización de dichos pacientes que, con pocas excepciones, tendrán que ser acogidos en estructuras específicas que no sean de "hospitalización", como por ejemplo las comunidades protegidas, y que puedan, en la medida de lo posible, encontrar también una ocupación en el mundo laboral. En cuanto al ejercicio de la sexualidad por parte de los enfermos mentales, recordamos las indicaciones ya señaladas en el punto anterior sobre los discapacitados psíquicos.

5.2.7.7. *Ancianos*. El número de ancianos, que aumenta constantemente en la sociedad actual, conlleva un incremento de las patologías, con las consecuentes cargas sanitarias, y también conlleva problemas específicos de carácter socio-asistencial. Las dificultades objetivas de algunas familias a la hora de acoger a un anciano o el rechazo egoísta por parte de otras, obligan a menudo a la persona anciana a vivir en una residencia. Existen muchas estructuras de este tipo en la Orden en varios lugares del mundo.

113

Hay muchos recorridos existenciales que pueden llevar a un anciano a una residencia. A pesar de no tener ningún derecho de juzgar a las familias que han tomado esta decisión, la Orden deberá hacer todo lo posible para favorecer las relaciones afectivas entre la persona mayor y su familia de origen, incluso prestando su ayuda para eliminar los obstáculos que se puedan interponer.

La estancia de una persona mayor en una Casa administrada por la Orden no se debe ver solamente como la solución de un problema de vivienda sino que debe estar profundamente marcada por su sentido carismático. Esto conllevará la valoración de la "tercera edad", que no debe estar disfrazada por la ilusión de una juventud eterna, sino que se debe vivir como una edad de la vida particular y diferente, con todas las riquezas y todos los problemas que conlleva, al igual que las demás edades. Sin embargo, al mismo tiempo se tendrá que evitar la tendencia denominada "ageismo" (*discriminación por edad*), que considera a la persona mayor como inútil, no productiva y por tanto poco importante para el desarrollo, sobre todo económico, de la sociedad.

La vida de la persona mayor está caracterizada por una vivencia de pérdida (de la fuerza física, del papel social, de las personas queridas, del trabajo, de la casa, etc.) este sentimiento se debe asimilar y compensar con un sentimiento de enriquecimiento (de la experiencia, de los recuerdos, del bien realizado, etc.). Además, sobre todo si consideramos las muchas formas de descuido o de verdaderos malos tratos que sufre el anciano, nuestros Centros deben ser ejemplares también en el respeto por la dignidad de la persona mayor y la humanización de su tratamiento.

Bajo una perspectiva de fe, además, este tiempo puede adquirir el sentido de una larga vigilia de preparación al encuentro con la eternidad.

5.2.7.8. *Abuso de niños, adolescentes y personas vulnerables.* Uno de los problemas que han surgido durante los últimos años (por un mayor conocimiento del fenómeno o debido al aumento real del mismo) es el de los abusos de niños, adolescentes e incapaces, así como el de la violencia de género. Este puede asumir el aspecto del abuso físico, psicológico o sexual. En lo que se refiere a las estructuras de la Orden, una forma particular de abuso es el de carácter institucional. En las instituciones asistenciales pueden suceder todos los tipos de abusos arriba mencionados, además de algunas condiciones específicas del abuso institucional, como, por ejemplo:

- Falta de respeto a la confidencialidad
- Aislamiento inadecuado
- Intimidación
- Tratamientos alimentarios inadecuados
- Rechazo de los alimentos
- Indiferencia al prestar asistencia
- Ausencia de respuesta a las peticiones de ayuda.

Es inútil destacar la gravedad de todo abuso, sea quien fuere quien lo cumple, y, aún más, la gravedad particular en el ámbito institucional, tanto porque la institución misma debería constituir una estructura de acogida, cuidado y pro-



tección del niño y del adolescente, como porque el mismo se cumple en instituciones de la Orden. Frente a la comprobación de dichos casos, en línea con la actuación de la Iglesia, se tendrán que tomar todas las medidas de carácter disciplinario contra quien haya cometido el abuso, pero sobre todo las medidas de cuidado y de atención de la persona que lo haya sufrido. La justa severidad para con quien comete el abuso, efectivamente, no debe llevarnos a olvidar que en el centro del problema siempre está la persona que ha sufrido el abuso y que debe elaborar y curarse adecuadamente del trauma sufrido.

En este sentido podría ser oportuno, como ya se ha hecho en algunos países, redactar protocolos específicos para prevenir y tratar eventuales episodios de abusos <sup>78</sup>.

*5.2.7.9. Inmigrantes, sin hogar y otras condiciones de marginación.* La presencia de los inmigrantes, de los refugiados, de los prófugos, de los exiliados políticos constituye un fenómeno en fuerte expansión. Si, por una parte, los problemas que presentan son sobre todo de orden social (integración cultural y religiosa, problemas de empleo, etc.), por otra parte, éstos constituyen un ámbito en el que el carisma de la hospitalidad se puede expresar de una forma concreta. Las respuestas en este sentido pueden ser muy diferentes, propuestas por una creatividad que sabe escuchar las sugerencias del Espíritu y suscitadas también por las necesidades de cada país o situación social. Paralelamente a la acogida, podrá requerirse también la atención sanitaria para aquellas personas que no pueden gozar de ninguna asistencia pública. La Orden deberá actuar también en estos casos de necesidad, creando nuevas estructuras o bien encontrando las soluciones más adecuadas en otras estructuras asistenciales.

Una situación parecida es la que sufren las personas que se denominan: sin-

---

<sup>78</sup> Cf. Documento de la Orden "Asistencia y protección en la Hospitalidad, directrices para las políticas asistenciales y de protección de niños, adultos frágiles y personas mayores en los Servicios y Centros Apostólicos de la Orden. 2010

techo, vagabundos, “ocupas”, que tiene en común una pobreza tan absoluta que no poseen ningún tipo de vivienda estable estando obligados a vivir en la calle, bajo los portales, en las salas de espera de las estaciones. Puede que, a pesar de los siglos transcurridos, el escenario de esta humanidad que sufre sea muy parecido al que se presentaba a la vista de San Juan de Dios o de San Juan Grande. Por lo tanto, cualquier clase de intervención asistencial en favor de ellos (material, de alojamiento, sanitario, etc.) se presenta bajo una línea de continuidad carismática absoluta.

Junto a estas situaciones, no se excluye que, en los próximos años, la Orden sea llamada a una mayor intervención en los problemas y enfermedades que genera la sociedad del momento: trastornos de la alimentación –anorexias y bulimias-, trastornos del comportamiento, mujeres maltratadas, personas con tentativas suicidas, soledad, etc. Una adecuada atención a las necesidades de la persona que sufre no puede descuidar los “nuevos sufrimientos” que con el tiempo pueden aparecer y que tienen que encontrar a la Orden preparada para responder con creatividad y amor.



## 6. Crear el futuro con esperanza

### 6.1. Desafíos del presente

En la reflexión sobre el futuro, más propiamente sobre la relación entre creatividad y temporalidad, debemos notar y superar una contradicción: el tiempo sobre el que queremos investigar no es un espacio mental abstracto y lejano, sino una determinación de nuestro presente.

La época en la que se vive es la que prepara el futuro: los valores que son fundamento de nuestro testimonio encierran la semilla del futuro. Porque el compromiso y el testimonio no deben trasladarse continuamente a un futuro hipotético que nos impediría asumir nuestras responsabilidades presentes.

Es necesario entrar en el tercer milenio con la valentía vocacional y profética de roles y testimonios nuevos<sup>79</sup>. En el mundo de la Hospitalidad, la esperanza como anuncio de salvación, crea un futuro posible sólo si genera estructuras de salud que acojan al hombre de hoy que sufre. Crear quiere decir instituir y promover procesos capaces de fecundar el tiempo de manera que se produzcan iniciativas fieles al querer de Dios y a los signos a través de los cuales su querer se manifiesta en el tiempo.

Crear en hospitalidad significa generar y testimoniar, constantemente, un amor vivo -que opera, que construye- por el hermano en el dolor. Detenerse constantemente a proyectar -a pensar- el futuro sin crear y producir lo **nuevo** puede colocarnos fuera de la historia.

El cambio de época que estamos viviendo nos impone evaluar y, por consiguiente, elegir y producir concretamente las respuestas más idóneas planteadas por el pluralismo cultural creciente, por el movimiento de los derechos humanos, por el reto de la ecología, por el envejecimiento de la población, por el cre-

---

79. Una primera pista la encontramos en el documento: Hospitalidad de los Hermanos de San Juan de Dios hacia el 2000, presentado a los Hermanos en abril de 1987.

cimiento de las pobrezas viejas y nuevas, por el deseo de paz y por la reducción de los recursos económicos disponibles para la defensa del estado social.

Como decimos en otros apartados de este documento, la bioética se impone como parámetro de nuestro actuar religioso y profesional correcto, justamente porque impone un punto de vista universal a nuestro comportamiento y a nuestras opciones que apuntan siempre a la promoción de la humanidad del hombre.

El hombre, como nos enseña San Juan de Dios, no es un objeto insignificante en el panorama de la naturaleza, sino un punto de vista original sobre toda la creación<sup>80</sup>. Para testimoniar el horizonte futuro de nuestra hospitalidad debemos considerar más a fondo las exigencias del hombre necesitado enlazando la ética y la espiritualidad con una antropología coherente.

118 Hoy, Hermanos y Colaboradores tenemos la tarea de ser profetas de esperanza, de dignidad de la persona que sufre, de amor que en ocasiones está apagado por la técnica y las leyes del mercado que han invadido el mundo de la sanidad y de la asistencia.

En el pasado, en muchas circunstancias, hemos reemplazado o anticipado el espacio del Estado; hoy debemos entrar en este espacio y en las organizaciones de mercado, con la cultura y el espíritu de San Juan de Dios en defensa de los enfermos y necesitados. La Orden tiene que recorrer un camino que traduzca la enseñanza social de la Iglesia, sirviéndose de técnicos competentes que dejen espacio a la creatividad del amor y a la espiritualidad de la Orden.

Todo esto podría llevar también a repensar la presencia de la Orden en algunas obras concretas, pero permitirá, quizá, una refundación al iniciar este milenio.

Crear el futuro quiere decir entrar como levadura en la masa de la humani-

---

80. cfr. 2a Carta de San Juan de Dios a la Duquesa de Sesa.



dad renunciando a quedarse como observadores mudos, detrás de nuestras ventanas limitadas que, a veces, consideramos como la totalidad del mundo.

Enviados a evangelizar el mundo sanitario, anunciamos que la salvación está en medio de nosotros y se manifiesta en la acogida de Cristo en el hermano; toda obra de hospitalidad es signo de esperanza para alcanzar la verdadera salud.

## **6.2. Fuerza profética de la hospitalidad**

Para vivir en la nueva hospitalidad necesitamos volver a dibujar nuestra presencia en la sanidad que cambia involucrándonos en un movimiento vertiginoso que corre el riesgo de destruirnos, de no definir nuestros proyectos y las estrategias para realizarlos. No se trata de “salvar las obras”, sino de hacer posible el anuncio del Evangelio mediante la práctica del Carisma de la Hospitalidad como servicio a Dios en los necesitados. Tras haber oído tantas invocaciones al cambio, hoy estamos llamados a superar el cambio: debemos entablar un proceso destinado a reinventarnos y reinventar la Hospitalidad.

119

Esperar o querer ser “perfectos” en el cambio significa no oír a Dios que habla en nuestra historia personal y no sólo en la historia de nuestras obras. El tiempo, el mañana, no juegan a nuestro favor, si no vivimos con valentía y plenitud nuestro hoy.

La fuerza profética no se expresa sencillamente en la capacidad de interpretar los signos de los tiempos, sino también y, sobre todo, en el saber superar el presente y “leer el futuro” según la mirada de Dios.

“Aunque la renovación no ha desaparecido del léxico de la Orden y de sus proyectos y es deseada y buscada por todos, debemos hacer un llamado fuerte a su necesidad y a buscar medios para su realización”<sup>81</sup>.

---

81. LXIII CAPÍTULO GENERAL, La Nueva Evangelización y la Hospitalidad en los umbrales del Tercer Milenio, Bogotá, 1994. Numeral 3.3., párrafo final.



Reflexionar sobre la renovación con espíritu profético nos hace pensar en tantas cosas que necesitan un discernimiento. Renovar la hospitalidad significa ofrecer servicios de calidad a las necesidades humanas, evaluar correctamente los recursos económicos, considerar las exigencias de justicia social, cuidar la formación de Hermanos y Colaboradores, adecuar las estructuras organizativas.

Un verdadero esfuerzo de “formación nueva” para los Hermanos y para los Colaboradores se impone como opción prioritaria. No podemos limitarnos a una formación localista: se precisa una apertura mundial. Se impone, pues, una evaluación de las experiencias de las distintas Provincias de la Orden, con intercambios culturales y pastorales, para un empuje nuevo, un entusiasmo nuevo, capaces de inspirar una nueva evangelización y una hospitalidad nueva.

120

Pero todo esto puede no ser suficiente para producir un verdadero movimiento de innovaciones que perduren. Por tanto, inspirados por un verdadero amor hacia nuestro servicio carismático, no debemos limitarnos a simples propuestas correctivas de situaciones que nos han resultado insuficientes o inadecuadas. Debemos ir a la raíz de los problemas, cuestionar de nuevo aquello que nos cuesta más cuestionar, es decir a nosotros mismos como personas, como Hermanos o como Colaboradores, nuestra mentalidad, nuestra manera de mirar la comunidad hospitalaria y los Centros.

Los Hermanos deben construir un tejido comunitario nuevo, en el que el papel de “propietarios” de las obras se equilibre con la función de “animadores”, abriéndose a un compartir más convencido y coherente con aquellos que quieren unirse a ellos con lazos más estrechos.

La renovación exigida por la nueva hospitalidad, la re-invencción de nuestra existencia en el campo de la sanidad consiste más bien en volver a dibujar no solamente las estructuras visibles, sino también las invisibles y las culturales.



Debemos pensar en una transformación que permita mantener en el tiempo las mejoras, independientemente de las variaciones del contexto económico-sanitario externo<sup>82</sup>.

El fin último de los miembros de la Orden Hospitalaria es hacer presente, en su apostolado de caridad, a Cristo que les invita a comprometer su existencia en la evangelización de los pobres y de los enfermos<sup>83</sup>. La Iglesia hoy, con vista a la nueva evangelización, les invita a verificar:

- Si su apostolado tiene un auténtico talante evangelizador en todas sus expresiones
- En qué medida las comunidades, en su acción apostólica, son conscientes de su papel evangelizador.
- Hasta qué punto los individuos se perciben y aprecian en su dimensión de testigos del Evangelio.
- En qué medida saben ser animadores motivados y radicados en el Evangelio, y al mismo tiempo sensibles a las ciencias humanas y organizativas.
- Hasta qué punto han logrado armonizar la dimensión apostólica con la dimensión contemplativa.

121

Por último, es importante que redescubran el sentido de alegría que rodea al profeta entusiasmado por haber descubierto el sentido de su llamada: “me sedujiste, Dios, y me dejé seducir” (Jer 20,7).

La participación compartida de la gestión, del testimonio, de la misión o de la espiritualidad se revela el paso obligado para realizar el ministerio de salud y salvación que anunciamos proféticamente a la humanidad que sufre.

Debemos convencernos en la práctica de las cosas concretas que la solución de participación implica a las personas e impone la revisión del sistema jerár-

---

82. Toda la carga propositiva de estas palabras está encerrada en la página final del documento La Nueva Evangelización y la Hospitalidad..., Op. Cit., 5.6

83. Cfr. Constituciones n. 41

quico que a menudo ha condicionado las relaciones entre Colaboradores y Hermanos y entre los Hermanos mismos.

La participación debe trazar un itinerario propio que atañe tanto los aspectos culturales y de comunicación como los relativos a la organización y apunta a la maduración de relaciones más modernas en la empresa-hospital y en la comunidad hospitalaria.

Esto quiere decir someterse, todos, a una confrontación constante sobre los problemas concretos como la productividad, el mejor uso de las estructuras técnicas, la calidad del trabajo y del servicio, el reconocimiento de la centralidad del hombre enfermo. La satisfacción del paciente hay que buscarla, de todas las maneras, con la misma inteligencia y constancia con la que se busca la creación de un ambiente de trabajo satisfactorio.

122

La participación puede acrecentar la satisfacción de los agentes y de los usuarios si es sostenida por el desarrollo profesional, por un sistema económico más cercano a las modalidades de participación, por un cuidado atento a la formación espiritual de todos en fidelidad al carisma de la hospitalidad.

Pero, más aún, y a otro nivel, la participación conlleva una información más difundida y una comunicación más interactiva respecto a lo que se ha hecho hasta ahora.

### **6.3. Vitalidad humano-divina del carisma de la hospitalidad**

Nada puede garantizarnos el éxito frente a los retos futuros o conservar las eventuales conquistas si el hombre no está enraizado en la confianza en el Padre. En la respuesta convencida e integral a la llamada de Dios comprometemos todo nuestro ser y todos nuestros recursos al servicio de la humanidad.

En esto, el carisma de la hospitalidad es gracia derramada por medio de nosotros sobre los hombres que sufren y nos compromete a convertirnos en guías morales



para el mundo de la salud. Ser guías morales impone una coherencia de vida en los comportamientos cotidianos, en el cumplimiento de nuestros quehaceres, en nuestra obra de evangelizadores positivos y propositivos en el mundo sanitario.

Radicados en la fidelidad a Cristo hombre-Dios, salvador del hombre, debemos construir las oportunidades para que se respete la dignidad humana, se reconozca el sentido y el destino trascendente de todo ser humano.

Emerge aquí, la dimensión espiritual, más propiamente teológica del carisma de la hospitalidad. La vitalidad humana del carisma, lo visible de nuestro estilo, tiene que ser una manifestación de lo invisible de nuestra unión con Dios. A partir de cómo reconocemos la figura de Dios y el "sentido" de su función en la historia, en la naturaleza, en la existencia de los hombres, determinamos su papel en nuestra vida personal.

123

El modelo de acción apostólica que debemos formular y actuar tiene que encontrar su fundamento en la teología del servicio. En efecto, si nuestra opción vocacional se orienta a aliviar el sufrimiento, debemos determinar cuál es nuestro modo de concebir esta tarea como un precioso servicio a Dios. Porque está escrito:

"Cuando el Hijo del hombre venga en su gloria sobre la tierra ... entonces el Rey dirá a los que están a su derecha: venid, benditos de mi Padre, heredad el Reino preparado para vosotros desde la creación del mundo. Porque tuve hambre y me disteis de comer, tuve sed y me disteis de beber; fui extranjero y me recogisteis; estuve desnudo y me vestisteis; enfermo y me visitasteis; estuve en la cárcel y fuisteis a verme. Entonces los justos replicarán: Señor, ¿cuándo te vimos enfermo y te visitamos, o en la cárcel y fuimos a verte? Y el Rey les contestará: "Os lo aseguro: Cada vez que lo hicisteis con un hermano mío de esos más humildes, lo hicisteis conmigo". (Mt 25,31-40).

Pero esto que según el Evangelio estaba tan íntimamente enlazado con la mentalidad de la Iglesia primitiva -el espíritu de comunión y el sentido vivo

del testimonio- es más difícil de realizar en la era moderna. Porque nuestra visión del mundo, la cultura moderna, nos han llevado a excluir la dependencia divina y trascendente vital de las cosas de esta tierra.

Por tanto es necesario revisar nuestra manera de actuar y de pensar, para poder transformar nuestra existencia de Hermanos o de Colaboradores, y ser realmente "transparentes", testigos vivos del amor misericordioso<sup>84</sup>.

Por tanto, la fundación de un modelo eficaz de teología del servicio que sea nuestro no puede posponerse más: el concepto de servicio está en el centro de la tradición cristiana.

124 En la enorme complejidad de la sociedad contemporánea, la búsqueda de un modelo de teología del servicio debe hacerse mediante un salto a riesgo que nos lleve a la invención de algo nuevo. Estamos llamados a pensar de manera nueva la relación fundamental y fundante, siempre particular, entre la fe cristiana y las formas de servicio religioso, político o intelectual prestadas al mundo por la praxis social cristiana.

Se precisa una valentía nueva para arriesgarse a una apertura que abarque en un único movimiento a Dios, el totalmente otro, y al hombre totalmente semejante a nosotros. Una teología, por tanto, centrada en la hospitalidad de Dios en el hombre y del hombre en el hombre. Solamente en esta arriesgada apertura, como una magnífica aventura, podrá fundarse nuestro servicio.

Y así el enfermo, la persona que sufre y el ser necesitado, se convierten por la fe en Dios, en fuente de vida. Ejercer el carisma de la hospitalidad significará, pues, en un cierto sentido, dejarle sitio al otro y hacerlo vivir - con nosotros y en nosotros.

---

84. Cfr. Constituciones n. 2



Traducir en acción estos principios o estos riesgos de aventura cambiaría y revolucionaría nuestro ser, daríamos un testimonio que podría encantar a los jóvenes de nuestra época y daría a nuestros centros un rasgo propio que nuestro Fundador quiso para su hospital.

Actitud de simple disponibilidad, pero también lucha por encontrar un sitio “a los demás”; en nuestra oración, en nuestras palabras, en el ejercicio concreto de nuestras profesiones, en la acogida, en la asistencia y en el acompañamiento a los enfermos y necesitados.

Y así la hospitalidad se convierte en lugar teológico en el que Dios, que nos ha acogido desde siempre, inspira gestos de hospitalidad que lo hacen sentir acogido entre los hombres y lo hacen presente en el mundo

A series of horizontal dotted lines providing a template for writing.



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Dotted lines for text entry.



ORDEN HOSPITALARIA DE

**San Juan de Dios**

PROVINCIA SUDAMERICANA MERIDIONAL