

**ORDEN HOSPITALARIA DE
SAN JUAN DE DIOS
CARTA DE IDENTIDAD**

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

**Roma, 8 de marzo del 2000
Revisada 2012**

Agradecimiento:

COMISIÓN INTERPROVINCIAL ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS.

COMISIÓN GENERAL DE BIOÉTICA 2012-2018.

PRESENTACIÓN

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.

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.

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⁽¹⁾.

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 al servicio del hombre que sufre, del hombre que pasa necesidad y solicita ayuda para reconstruir su proyecto personal.

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.

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 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, y
- nos oponemos al afán de lucro; por tanto, observamos y exigimos que se respeten las normas económicas justas”⁽²⁾.

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⁽³⁾.

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”⁽⁴⁾.

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, hacia 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.

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 manifieste el amor especial del Padre para con los más débiles, a quienes tratamos de salvar al estilo de Jesús”⁽⁵⁾.

El Hermano se consagra y vive en comunión con otros que han sentido la llamada 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.

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.

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”⁽⁶⁾.

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”⁽⁷⁾.

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 concretos 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 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?

Éste 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.

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.

Para la reflexión:

En los Centros y Comunidades:

- 1) Describe signos que evidencian cómo se está viviendo el Carisma, la Misión y los Principios fundamentales de la Orden.
- 2) Describe lo que está dificultando o entorpeciendo esta vivencia.
- 3) Indicar líneas de acción que garanticen la vivencia del Carisma, la Misión y los Principios fundamentales de la Orden.
- 4) Señala signos que evidencien los lazos de comunión en la Hospitalidad entre Hermanos y colaboradores.
- 5) ¿Qué habría que hacer para favorecer el crecimiento en estos lazos de unión en la Hospitalidad?

NOTAS AL CAPÍTULO PRIMERO

- (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.
- (2) ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS, *Estatutos Generales*, Roma, 1997, N° 43.
- (3) Cfr. LXIII CAPÍTULO 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
- (5) *Constituciones*, Roma, 1984, 2b.
- (6) *Hermanos y Colaboradores unidos...*, Op. Cit., Nos. 115-116
- (7) *Constituciones*, Roma, 1984, 3

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?”⁽¹⁾.

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, 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.

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 al 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 valoración*. 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 proceso tal 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 judeocristiana 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 sólo espera 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 nexos “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 concreta, 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.

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 específico 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 taumátúrgico, sino que apunta al bien integral del hombre, su *salus* y no sólo su *sanitas*.

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 christifideles la continuidad de este cuidado encontramos el fundamento “carismático” de la hospitalidad sobre cuyas raíces bíblicas es necesaria una reflexión más orgánica.

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 nos 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⁽²⁾.

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 rinden 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 semítico 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).

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 paisano. 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 reelaboración monoteísta las divinidades se transforman en ángeles. Lo vemos cla-

ramente en Hb 13,2: “La hospitalidad no la echéis en olvido; que por ella algunos, sin saberlo, hospedaron ángeles”.

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 cómo 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 Sirácida: “Sé padre para los huérfanos y marido para las viudas, y Dios te llamará hijo y su favor te liberará 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 icono 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.

El muerto es también destinatario de esta actitud hospitalaria, 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” (Nm 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 icono 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, brotara 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 necesitado, 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⁽³⁾.

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.

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.

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 *ágape*) 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).

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 3 Jn 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⁽⁴⁾. 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.

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 donde quedarse.

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*.

Para la reflexión:

- 1) Ilustra con ejemplos las perspectivas más comunes que vemos entre nosotros (Hermanos, Colaboradores y Usuarios) frente al dolor humano. (Cfr. 2.1.1)
- 2) Señala la progresión de la Hospitalidad entre el Antiguo y el Nuevo Testamento (diferencias, afinidades, superación de conceptos).

NOTAS AL CAPÍTULO SEGUNDO

(1) CONCILIO VATICANO II *Constitución Pastoral Gaudium et Spes*, No. 10, 1964.

(2) Cfr. *Veni Sancte Spiritus*.

- (3) 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.
- (4) Cfr. JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, 1984, Capítulo VII.

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⁽¹⁾.

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 juandediana 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”⁽²⁾.

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. Él 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”⁽³⁾.

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.

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 visible en las fuentes⁽⁴⁾, y luego una respuesta de hospitalidad misericordiosa hacia todos los necesitados, sufrientes y pecadores⁽⁵⁾. Francisco de Castro nos describe cómo 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”⁽⁶⁾.

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”⁽⁷⁾.

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. 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.

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 cómo 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⁽⁸⁾.

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⁽⁹⁾, perdonando y salvando⁽¹⁰⁾. Y porque el verlos sufrir le “partía el corazón”⁽¹¹⁾.

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⁽¹²⁾.

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.

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”⁽¹³⁾.

“Recorred a la pasión de Jesucristo nuestro Señor y... os llenará un gran consuelo”⁽¹⁴⁾.

Fue así cómo 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”⁽¹⁵⁾. Y así la convirtió una segunda vez, como ella misma rinde testimonio durante los funerales del santo.

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”⁽¹⁶⁾.

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 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 ⁽¹⁷⁾. Esta identidad de pertenencia a la Familia de San Juan de Dios sigue siendo un modelo válido para el presente y el futuro.

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. 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⁽¹⁸⁾, 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⁽¹⁹⁾.

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”⁽²⁰⁾.

Después de esta primera etapa de la Orden Hospitalaria, a través de casi cinco siglos de historia han existido Hermanos y colaboradores juandedianos, 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⁽²¹⁾.

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”⁽²²⁾.

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 diagnos-

ticadas como enfermos mentales y al cambiar la terminología aplicada a los mismos, con el fin de resaltar su dignidad y sus derechos como personas.

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

Expresiones del carisma de San Juan de Dios que se han 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.

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 estableciendo 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 ven reflejadas 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 asistencia-

les y por los nuevos métodos de trabajo, sobre todo el del trabajo en equipos con varias especialidades. Todo ello para atender mejor y de una forma más global al enfermo como persona.

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 innovadora 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 centros abiertos u hospitales de día (day-hospital), 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 y 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.

Para la reflexión:

¿Cómo sigue recreando la Orden (Hermanos y Colaboradores) los rasgos del Carisma de la Hospitalidad?:

LOGROS, CARENCIAS O SUGERENCIAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES

- 1) Hospitalidad misericordiosa
- 2) Hospitalidad solidaria
- 3) Hospitalidad de comunión
- 4) Hospitalidad creativa
- 5) Hospitalidad integral
- 6) Hospitalidad reconciliante
- 7) Hospitalidad generadora de voluntariado y colaboradores
- 8) Hospitalidad profética

NOTAS AL CAPÍTULO TERCERO

(1) 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 Ávila 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 António 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 MARTÍNEZ 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:

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.

(2) 1ª Carta de San Juan de Dios a la Duquesa de Sesa (1DS), 13. Respecto al tema, cf. GAMEIRO, A. *Koinonía, filoxenía y martyrion em S. João de Deus e na sua Orden nascente*, tesis de doctorado, Roma 1996, en curso de publicación.

(3) 2ª Carta de San Juan de Dios a la Duquesa de Sesa (2DS), 18.

(4) cf. SÁNCHEZ MARTÍNEZ, José. *Kénosis y Diakonía en el itinerario espiritual de San Juan de Dios*, Madrid 1995.

(5) 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.

(6) CASTRO, Op. Cit., Capítulo XVII.

(7) *Ibidem.*, Capítulo XII.

(8) Cfr. 2 GL, 8.

(9) 1ª Carta de San Juan de Dios a Gutierre Lasso (1 GL), 2.

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

(11) 1 DS, 15.

(12) A partir del capítulo XII al XX de su libro, Castro ilustra bien estas distintas dimensiones de la hospitalidad juan-dediana.

(13) 2 DS, 9.

(14) 1 DS, 9.

(15) CASTRO, *Ibidem.*, Capítulo XV

(16) *Ibidem.*, Capítulo XX.

(17) 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.

(18) En el *Proceso a los Jerónimos* (Cf. SÁNCHEZ, 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 Ávila (Angulo) nos da sus nombres: Antón Martín, Pedro Pecador, Alonso Retigano y Domingo Benedicto.

(19) ORTEGA LÁZARO, L., O.H., Antón Martín.... pp. 17-18 y 31

(20) Declaraciones en el Pleito entre los hermanos del "ospital de Juan de Dios" y "los frayles e convento del monesterio de san Jerónimo", 1572-73. En: SÁNCHEZ MARTÍNEZ, José Op. Cit., pgs. 181-188 y 285 ss.

(21) 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.

(22) ANTÍA, 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-doctrina* que tenían 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-doctrina* 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.*”

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 dignamente¹. 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 deberes².

¹ Cf. CONCILIO VATICANO II. Constitución Pastoral *Gaudium et Spes* (GS), n. 27.

² 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 Bio-medicina*, 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 tam-

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 derechos 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.

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 misericordia³.

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 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.

bién 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.

³ Cf. LXIII CAPÍTULO GENERAL, *La Nueva Evangelización y la Hospitalidad en los umbrales del Tercer Milenio* Bogotá, 1994, # 5.6.1.

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 minusvalía⁴.

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 morales⁵.

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.

⁴ 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).

⁵ 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 siguientes 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).

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 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 humano⁶. Partiendo de que en el carisma hospitalario tiene acogida toda persona, la Orden está en contra de la pena de muerte en toda situación.

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 miseria⁷. 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 biodegradable y reciclable y sensibilizándonos todos, Hermanos y Colaboradores como agentes de salud, a través de cursos o seminarios⁸.

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

⁶ Cf. JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae (EV)*, 5.23.

⁷ Cf. PABLO VI, *Octogesima Adveniens* 21; JUAN PABLO II, *EV* 27, 42.

⁸ *La Nueva Evangelización y la Hospitalidad... Ob. Cit.*, 5.6.3, Situaciones concretas.

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 adecuada⁹.

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 población¹⁰.

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 –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”¹¹.

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 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.

⁹ Documento de la Asociación Médica Mundial, "Proyecto de declaración sobre la promoción de la salud", 10.75/94, Agosto 1994.

¹⁰ *Ibidem.*

¹¹ *La Nueva Evangelización y la Hospitalidad...*, Ob. Cit., 3.6.3.

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⁽¹⁴⁾.

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 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⁽¹⁵⁾.

Entre las mejoras que son necesarias 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 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 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⁽¹⁶⁾.

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... todos ellos condenados a una vida de dura pobreza de marginación social y de precariedad cultural”⁽¹⁷⁾.

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⁽¹⁸⁾.

“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”⁽¹⁹⁾.

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⁽²⁰⁾. 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.
- 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”⁽²¹⁾.

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 les 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 cómo 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 identificación con el carisma de la Orden, resumen los fundamentos de nuestro voluntariado⁽²²⁾.

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⁽²³⁾.

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⁽²⁴⁾. 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⁽²⁵⁾. 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 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”⁽²⁶⁾.

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⁽²⁷⁾.

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⁽²⁸⁾, 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 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”⁽²⁹⁾.

Para la reflexión:

- 1) Describe signos que evidencian cómo se está viviendo en los Centros y Comunidades de la Orden los Principios de la Hospitalidad:
 - Dignidad de la Persona Humana
 - Respeto de la Vida Humana
 - Promoción de la salud y lucha contra el dolor
 - Eficiencia y buena gestión
 - Nueva Hospitalidad
 - Evangelización, inculturación y misión

- 2) Describe lo que está dificultando o entorpeciendo esta vivencia:
 - Dignidad de la Persona Humana
 - Respeto de la Vida Humana
 - Promoción de la salud y lucha contra el dolor
 - Eficiencia y buena gestión
 - Nueva Hospitalidad
 - Evangelización, inculturación y misión

- 3) ¿Cómo se difunde y se forma a Hermanos, Colaboradores y Usuarios en los principios que iluminan nuestra hospitalidad?
- 4) ¿Qué habría que hacer para garantizar una mejor difusión y formación en los principios que iluminan nuestra hospitalidad?

NOTAS AL CAPÍTULO CUARTO

- (1) Cfr. CONCILIO VATICANO II, Constitución Pastoral *Gaudium et Spes* (GS), No. 27.
- (2) El concepto de dignidad humana y los derechos de las personas aparecen íntimamente unidos en la Declaración Universal de los 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 reciente convenio sobre Derechos humanos y biomedicina, 1997. Si bien en estas declaraciones no queda claro en qué consiste y en qué se funda la dignidad humana todos ellos 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.
- (3) Cfr. LXIII CAPÍTULO GENERAL *La Nueva Evangelización y la Hospitalidad en los umbrales del tercer milenio*, Bogotá, 1994, # 5.6.1.
- (4) 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. (Alastair Anderson, Simplemente otro ser humano. *Salud Mundial* 34, Enero 1981:6)
- (5) Cfr. JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae* (EV), 5.
- (6) Cfr. *Ibidem*. EV, 64-65.
- (7) Cfr. PABLO VI, Octogesima Adveniens 21; JUAN PABLO II, EV 27, 42.
- (8) *La Nueva Evangelización y la Hospitalidad...*, Op. Cit., 5.6.3, Situaciones Concretas.
- (9) Asociación Médica Mundial, *Proyecto de declaración sobre la promoción de la salud*, 10.75/94, Agosto 1994.
- (10) *Ibidem*.
- (11) *La Nueva Evangelización y la Hospitalidad...*, Op. Cit., 3.6.3
- (12) Cfr. EV, 15.
- (13) Cfr. *Ibidem*. EV, 44.
- (14) Cfr. JUAN PABLO II, *Centessimus Annus* 40; 20; 32.
- (15) Cfr. MARCHESI, Pierluigi *La Humanización*, 1981.
- (16) Cfr. JUAN PABLO II, *Sollicitudo Rei socialis*, 14.
- (17) Carta del Card. CARLO MARIA MARTINI. Biennio pastoral 1992-1993.
- (18) Cfr. INSTRUCCIÓN DE LA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Libertad cristiana y liberación*, Roma, 1986
- (19) C.C. 1939-1942.
- (20) *La Nueva Evangelización y la Hospitalidad...*, Op. Cit., 4.4
- (21) CÁRITAS. Cfr. M. del Carmen Furés: *El voluntariado en nuestra sociedad*, en *Labor Hospitalaria*, 1985; 198(4):206.
- (22) 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
- (23) Cfr. PABLO VI, *Evangelii Nuntiandi* (EN) 9, 14.
- (24) 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.
- (25) Cfr. *Ibidem*., 20; *Gaudium et Spes*, 43.
- (26) EN, 19.
- (27) Cfr. JUAN PABLO II, *Redemptoris Missio*, 54.
- (28) *Ibidem*., 42.
- (29) SAN JUAN DE DIOS, *Carta a Luis Bautista*, 15. Cfr. *La Nueva Evangelización y la Hospitalidad...*, 4.3.

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 interlocución, 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.

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 humaniza-

ción 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.

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.

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 diciendo 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 asistida¹², 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.

¹² 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.

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.

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.

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.

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 comunicado 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.

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.

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 probables 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.

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.

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”¹³. 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,

¹³ Consejo de Europa, *Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina*, Oviedo 1997. o.c., 6.2

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 abstención o, por lo contrario, de intensificación terapéutica no justificadas en el plano médico.

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 alistén 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.

5.1.3.6. 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

responsable por parte de la pareja¹⁴. 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.

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 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 persona¹⁵.

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.

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 inaplazable¹⁶.

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, a la eutanasia y a algunas intervenciones que suspenden las tera-

¹⁴ Juan Pablo II, *Evangelium Vitae* (EV), 44.

¹⁵ Congregación para la Doctrina de la Fe, *Dignitatis Personae* (2009) 5.

¹⁶ Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, *Carta de los Agentes Sanitarios*, Ciudad del Vaticano, 1995, #142.

pías 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 Institución¹⁷.

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 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.

5.2.1.5. Interceptivos y contragestivos. 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

¹⁷ 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.

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.

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 sexual¹⁸, 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 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 insanable e irreversible.

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:

¹⁸ Cf. Carta de los Agentes Sanitarios, 21

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.

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 encefálico¹⁹. 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*.

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

¹⁹ *Ibíd.*, 129.

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 natural²⁰. 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 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 médicamente 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.

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 breve²¹. Además, 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.

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

²⁰ Cf. EV, 57.

²¹ Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración sobre la eutanasia*, 5 de mayo de 1980, III- IV.

anticipadas²². 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 posible “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 relación 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.

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 asistenciales²³.

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 aplicación 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 impropriamente “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.

²² 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.

²³ Cf. EV 65.

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 efecto²⁴.

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 umbilical, 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.

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 proporcionados²⁵.

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

²⁴ 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.

²⁵ Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración sobre la eutanasia*, *Ibidem*.

cas 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.

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 internacionales²⁶. 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

²⁶ 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.

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 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.

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 perdido 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*²⁷.

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 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 las 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.

²⁷ Cf. EV 63.

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.

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 presentarla 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.

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 sustancias, 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 sustancias.

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 toxicoddependencia, 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 comprometida²⁸.

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 psicotropas 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.

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.

La actitud de acogida deberá expresarse de forma más apropiada y como una forma de actuación del carisma, en estructuras predispuestas 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.

²⁸ Cf. P. MARCHESI, *La Hospitalidad de los Hermanos de San Juan de Dios hacia el año 2000*, Roma 1986, Apéndice III.

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 numerosas (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.

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 las “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 demás²⁹.

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 paternalismo 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.

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.

²⁹ 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).

Desde esta perspectiva, siempre debemos tomar en consideración la importancia de la desinstitutionalización 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.

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 conlleva 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 protección 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 abusos³⁰.

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-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.

5.2.8. Programas de Humanización y Pastoral

5.2.8.1. Programas de Humanización. 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 interlocución; 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; pues en muchos procesos de trabajo, de tener un papel fundamental, pasan a tener un papel secun-

³⁰ 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

dario y en según qué técnicas 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 y en estos momentos hay lugares donde su papel es secundario o inexistente.

Toda esta evolución no es neutra; no queda al margen de la sensibilidad de la persona y corre el riesgo de dejarla al margen. 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. Estamos haciendo referencia a la incorporación de programas, no de servicios de humanización.

Hay que lograr que todos los profesionales que hacen posible el servicio asistencial se sientan llamados a atender al enfermo, a la persona 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.

5.2.8.2 Pastoral de salud y social. El enfermo o el necesitado tiene quebrada su salud, lo que pone en crisis a toda la persona.

Estamos convencidos de que la fe en Jesucristo es una fuente de salud y de vida. De esto se trata: de que a la persona en crisis se le pueda poner en contacto con su dimensión de fe, si existe, para que de ese encuentro surja una fuente de salud integral.

Uno de los grandes valores de nuestra sociedad es la dimensión plural que ha adquirido. Atrás quedaron los tiempos en que los regímenes políticos se imponían, las autoridades se imponían y la fe y la religión también se imponían. Hoy, reconocemos que la fe es un don y como tal, se puede recibir o se puede rechazar; se puede dejar de lado o se puede cultivar, para que vaya creciendo y madurando.

En nuestras obras, hemos apostado por una presencia plural de profesionales; por ende, hay personas que ese don de la fe lo han recibido y lo han ido madurando y otras que no lo han hecho. De igual modo, a nuestros centros vienen personas que han recibido el don de la fe y lo han hecho crecer y otras que no. A todas queremos servir y a todas queremos ayudar; con todas podemos recorrer un camino que les permita recapitular su historia personal, aprovechando ese momento de crisis que supone la pérdida de salud.

Desde la aceptación de la limitación y la dependencia que supone la enfermedad o la marginación, podremos acompañarles a redescubrir su historia, su ser y el sentido de su vida. Esto se deberá hacer con especial sensibilidad y respeto, al ritmo que el enfermo o necesitado sea capaz de llevar; mejor dicho, al ritmo que él vaya marcando. Con aquellas personas que sientan el don de la fe, podremos celebrar de una forma explícita este proceso; siempre en función del grado de crecimiento y madurez que haya ido alcanzando.

Nuestros Centros, sanitarios y sociales, son Obras de la Iglesia y por tanto su misión es evangelizar desde el cuidado y la atención integral a los enfermos y necesitados, siguiendo el estilo de San Juan de Dios. Hablar de atención integral implica atender y cuidar la dimensión espiritual de la persona, como una realidad esencial orgánicamente relacionada con las otras dimensiones del ser humano: biológica, psicológica y social.

La dimensión espiritual va más allá de lo estrictamente religioso, aunque también lo abarca. Muchas personas encuentran en Dios las respuestas a las grandes preguntas de la vida, pero otras no, debido a que el dato de la fe en Dios no es significativo en sus vidas y por lo tanto las buscan en otras realidades. Dios no tiene para todas las personas el mismo significado, ni es el mismo, ni su vivencia es de la misma manera.

A todos los enfermos y necesitados, desde el respeto y la libertad, hemos de acercarnos y atender sus necesidades espirituales, dejándoles el protagonismo, aportándoles lo que necesiten en la medida que podamos hacerlo.

Es bien cierto que la enfermedad, la marginación y la pobreza son ocasión para plantearse muchas preguntas acerca del sentido de la vida y de la presencia salvífica de Dios. Por ello, y de diversas maneras, hemos de acompañar y responder, si es el caso, todas estas situaciones. Desde ahí tiene sentido nuestra preocupación por la pastoral de la salud y de la marginación.

La pastoral es la acción evangelizadora de acompañar a las personas que sufren, ofreciendo con la palabra y con el testimonio la Buena Nueva de la salvación, tal y como lo hacía Jesucristo, siempre desde el respeto a las creencias y los valores de las personas.

El *Servicio de Pastoral* tiene como misión primordial atender las necesidades espirituales de los enfermos y necesitados, sus familias y los propios profesionales de los Centros. Ello requiere una estructura adecuada que incluye personal, medios y un programa que garantice el cumplimiento de su misión.

El *Equipo de Pastoral* está formado por personas preparadas y dedicadas totalmente al trabajo pastoral del Centro, las cuales son apoyadas por otras personas comprometidas en el proyecto, bien dedicadas a tiempo parcial, bien de forma voluntaria. Debe tener un plan de acción pastoral y un programa concreto en función de las necesidades del Centro y de las personas allí atendidas. Tendrá unas líneas maestras de acción pastoral, tanto en su contenido filosófico como teológico y pastoral. A partir de dichas líneas, ha de elaborar su programa de pastoral tratando siempre de responder a las verdaderas necesidades espirituales de los enfermos, sus familias y los propios profesionales. Habrá de marcar sus objetivos, sus acciones y sus índices de evaluación, distinguiendo las distintas áreas o tipos de usuarios del Centro, programando para cada área la pastoral concreta y adecuada.

El Equipo de Pastoral habrá de cuidar muy bien su formación, con el fin de estar al día, alimentarse profesional y espiritualmente y poder servir mejor a las personas. Una buena ayuda para el Equipo de Pastoral puede ser el *Consejo de Pastoral*, el cual estará compuesto por un grupo de profesionales del Centro, aunque no exclusivamente, sensibles a la realidad pastoral, cuya función principal es reflexionar y orientar el trabajo del equipo.

5.3. En la gestión y la dirección

5.3.1. Gestión

5.3.1.1. Organización y aplicación de recursos. Nuestro Fundador supo adelantarse a la asistencia de su época y lo hizo desde criterios de organización y de aplicación de recursos. Como él, nosotros también estamos llamados a hacer aportaciones de avanzadilla a nuestra sociedad. En nuestra época, más que entonces, la organización y la gestión han de ser espacios singulares de esta aportación.

Éste podría ser un lema de nuestros centros: ser capaces de hacer una correcta asignación de los recursos de que disponemos, sabiendo primar aquellos aspectos más específicos de la Institución. A

nivel del centro, para garantizar la viabilidad del mismo. A nivel de los servicios y secciones, con el objetivo de dar una asistencia integral al enfermo y necesitado.

La retribución y la formación de los profesionales, la obtención de los productos necesarios para el correcto funcionamiento, la adecuación tecnológica y la debida promoción de la humanización deberán caminar en equilibrio; si alguna de las partes se descompensa, estaremos entrando en el camino de la fracción, de la ruptura, de la crisis.

La búsqueda de la equidad, desde una dimensión local, regional y sin perder de vista nuestra vocación universal, ha de estar presente en la toma de decisiones, pese a que en momentos y circunstancias pueda resultar difícil.

Tarea primordial de los gestores es la obtención de estos recursos y, por ende, una parte importante de su tiempo y su trabajo debe estar dedicada a esta función. Ellos verán dónde y cómo se han de hacer presentes para defender la labor que el centro hace, al mismo tiempo que tratan de promover la obra y sus proyectos.

5.3.1.2. Profesionalidad. Porque aspiramos a una asistencia integral y nos sentimos llamados a una respuesta vocacional en nuestras obras, es imprescindible que nuestra profesionalidad esté fuera de dudas.

Desde una respuesta profesional, coherente con los principios éticos de la profesión y animada por la filosofía de la Institución, podremos hacer posible la identidad que aspiramos tengan nuestras obras. La capacitación técnica y humana son las bases imprescindibles para hacer posible esta respuesta profesional.

5.3.1.3. Competencia técnica. De igual modo, el centro deberá velar para que su dotación técnica y tecnológica sea la adecuada a su nivel asistencial. Sólo una competencia técnica adecuada nos permitirá hacer la aportación específica que pretendemos.

Los continuos cambios tecnológicos exigen esfuerzos adicionales para no quedar desfasados. Los profesionales tendrán el compromiso de adquirir una formación técnica suficiente y trabajarán por actualizarla a las nuevas aportaciones de la ciencia.

5.3.2. Organización

5.3.2.1. Correcta expresión de la misión de la obra en los instrumentos organizativos. Nuestra misión en cada uno de los centros es muy rica y plural; por ende, nuestra forma de organización deberá ir caminando hacia la pluralidad. No todos los campos de misión pueden ser compatibles con un mismo sistema de organización.

En la medida que nuestra organización vaya impregnada de la filosofía de nuestra misión, estaremos facilitando que todo el centro, que todos los profesionales comulguen con la misma.

La fórmula, ya puesta en funcionamiento, de separar las funciones de superior y gerente ha demostrado ser muy adecuada y eficaz y en estos momentos es imprescindible en la gestión de muchas de nuestras obras. El Superior de la Comunidad y el gerente de la Obra, están convocados a formar un equipo, junto con los demás miembros del órgano de Dirección.

Es función primordial de este equipo de dirección trabajar de forma interdisciplinar y motivar a esta forma de trabajo en los demás equipos que haya en el centro.

5.3.2.2. *Defensa de la pluralidad.* La diversidad de opiniones y de culturas son un camino adecuado para reconocer la humanidad plural que somos.

Hemos de establecer espacios y elementos organizativos que permitan la expresión de esa pluralidad y promover actitudes personales que hagan posible la común unión en esa pluralidad.

Nuestros valores, la cultura de cada una de las Obras, será el espacio donde se podrá articular esta dimensión de pluralidad.

5.3.2.3. *Delegación. Participación. Asunción de funciones.* Trabajemos con el objetivo de que cada estamento pueda asumir todas las funciones para las que está capacitado, desde el más inferior al de mayor responsabilidad.

Dejemos espacios para que sea posible esa asunción y pongamos elementos organizativos que lo faciliten.

Velemos para que esta delegación se consolide en una asunción de funciones por parte de todos los que hacemos posible el centro.

5.3.2.4. *Descentralización / Centralización.* Caminemos para que la persona con mando tutele las iniciativas y las inquietudes de los colaboradores.

Pongamos en funcionamiento programas de trabajo que permitan que los colaboradores puedan ir creciendo en la asunción de funciones, que con frecuencia reservamos sólo a estamentos superiores.

Que el profesional pueda crecer en sus funciones, que el equipo de trabajo vea aumentado su espacio de actuación, que el mando intermedio tenga más capacidad de iniciativa, que el directivo pueda ir creciendo en responsabilidad.

Que la subsidiariedad, valor muy vinculado a la tradición cristiana, sea un elemento fundamental en la asunción de funciones en nuestra Obras.

La Orden quiere favorecer una adecuada descentralización integrada con una correcta centralización, según los principios y valores que tratamos de promover.

5.3.2.5. *Nuevas fórmulas jurídicas.* Nuestro marco de referencia ha sido siempre el derecho canónico. No obstante, y junto a él, es posible encontrar fórmulas, que permitan nuevos modos de dirección, de delegación, de participación.

Tradicionalmente, nuestras obras se han enmarcado en la fórmula jurídica de Centro propiedad de la Orden Hospitalaria; los nuevos tiempos que vivimos, la dimensión que van adquiriendo las obras; la dinamicidad, la constante evolución en la que están la Sanidad y los Servicios Sociales hacen aconsejable no aferrarnos al pasado en este tema.

La Fundación, la Asociación, la entidad sin ánimo de lucro o las Organizaciones no Gubernamentales, son fórmulas jurídicas que pueden resultar más adecuadas según las realidades e inclusive puede que hasta más convenientes. Experiencias concretas vividas en algunas obras, así lo han puesto de manifiesto. Bueno será que estemos atentos a discernir cuáles son las fórmulas más adecuadas para cada tiempo y lugar.

5.3.2.6. *Trabajo en equipo*. Si queremos atender a la persona y sus necesidades, solamente lo podremos lograr si lo hacemos de forma conjunta.

- En la dirección. Cuando los máximos responsables del centro sean capaces de configurar un equipo de trabajo, estarán en condiciones de poder inspirar y animar a las demás partes del centro para que ellos también lo hagan. La tentación de la eficacia personalista es muy grande y los efectos en cadena de esta tentación, también.
- En los mandos intermedios. Pues ellos también deben marcarse una línea de trabajo en equipo que les permita poder asumir las inquietudes de los inferiores para hacerlas llegar a los superiores; del mismo modo que han de hacer llegar a los inferiores los planes de trabajo de la dirección.
- En los servicios asistenciales y no asistenciales. Cuando seamos capaces de trabajar de forma conjunta todas las personas que estamos atendiendo a un mismo enfermo o necesitado, en ese momento, le estaremos dando una respuesta integral.

En los centros más complejos no podremos formar parte todos del mismo equipo, pero sí podremos formar parte de un equipo que se siente llamado a dar una respuesta integral a las necesidades del enfermo, e integradora para todos los que la estamos haciendo posible.

5.3.3. *Política de personal*

5.3.3.1. *Criterios Generales*. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios como organización:

- Es esencialmente una obra humana, en cuanto que es fruto del esfuerzo humano y se compone de personas, las cuales constituyen el elemento fundamental de la misma.
- Es consciente de que sus obras son empresas con un carácter peculiar, pues siendo una Entidad sin ánimo de lucro, tiene que conjugar sus objetivos empresariales con su responsabilidad social, económica y de institución eclesial.
- Es permeable a las corrientes actuales que provienen del mundo de la empresa –sociología, relaciones humanas, psicología– habiéndose adaptado a los tiempos actuales, introduciendo los necesarios cambios organizativos, por la necesidad de administrar unas obras con criterios empresariales de eficacia y eficiencia, pero sabiendo mantener una filosofía y estilo, con una cultura que le es propia.
- Cuenta con un personal trabajador en sus obras y por ello se propone conseguir una relación entre organización y trabajadores que satisfaga las necesidades y derechos de ambas partes, estableciendo mecanismos que faciliten la acción conjunta de todos para lograr sus fines y aspiraciones.

Por todo lo expuesto, se hace necesario mostrar expresamente una disposición sincera de clarificar las relaciones con el personal trabajador, siempre a la luz de la legislación vigente, de la Doctrina Social de la Iglesia y salvaguardando los derechos del enfermo y necesitado, fin principal de las obras.

5.3.3.2. *Relaciones con los trabajadores*. Teniendo en cuenta que la persona es el elemento fundamental de toda organización, se ha de perseguir que la gestión de recursos humanos esté orientada a motivar, atraer, promover e integrar a los trabajadores de forma coherente con sus necesidades y los fines de la Orden, siempre con criterios de justicia social.

La acción directiva entraña una labor de gestión de personal, ya que sin éstas, es imposible llevar a cabo cualquier obra o acción. Por eso la gestión de recursos humanos exige actualmente unos mandos directivos con un nivel adecuado de competencia profesional junto con una equilibrada capacidad en el campo de las relaciones humanas.

Un aspecto que se debe potenciar en todos los centros de la Orden son los canales de comunicación. Se debe establecer una comunicación estructurada, desarrollando canales adecuados para llegar a todos los niveles de la organización y a todos los trabajadores. Al menos se debe procurar la disposición de unos canales de comunicación definidos y facilitar una información veraz e inteligible.

Otro punto importante en la Orden y sus centros deben ser la acogida e inducción de toda persona que empieza a trabajar, así como su acompañamiento en las primeras etapas de su trabajo.

5.3.3.3. La acción sindical. El sindicalismo es una realidad social en el entorno mundial. La Doctrina Social de la Iglesia, desde hace muchos años, viene reconociendo el derecho del trabajador a formar asociaciones para la defensa de sus derechos comunes o profesionales. En este sentido la Orden reconoce y respeta el ejercicio de ese derecho.

La Doctrina Social de la Iglesia asume y apoya esta realidad y la considera un elemento indispensable en la vida social contemporánea, como fuerza constructiva de orden social y de solidaridad, capaz de conseguir no sólo que el trabajador tenga más sino que sea más, y el papel de los sindicatos no sólo como instrumento de negociación sino también como lugares donde se expresa la personalidad de los trabajadores: sus servicios constituyen el desarrollo de una auténtica cultura del trabajo y ayudan a participar de manera plenamente humana en la vida de la empresa.

La aceptación de esta realidad nos debe llevar a buscar fórmulas de información y comunicación entre la dirección y los sindicatos con una actitud honesta y realista, salvaguardando siempre los derechos de los enfermos y necesitados.

5.3.3.4. Selección y Contratación de personal. El equipo humano será seleccionado teniendo en cuenta su calificación técnica y humana, asegurándose de que sus motivaciones, actitudes y comportamiento respeten los principios de la Orden.

Es conveniente que cada centro tenga unas normas de actuación claras sobre la selección de personal, siendo deseable que sea de público conocimiento el desarrollo de dicho proceso de selección; puesto a seleccionar, fechas, normativa, etc.

Se debe prestar especial atención a los siguientes criterios de contratación:

- **Técnicos:** se exigirá, para la adscripción de una persona a un puesto de trabajo, que esté en posesión de la titulación profesional exigida por la legislación vigente. Independientemente de la titulación, se cuidará con esmero que se disponga de la adecuada capacidad y competencia profesional para ejercer y realizar el trabajo determinado.
- **Perfil humano:** se deben valorar cualidades humanas como aptitudes y actitudes para las relaciones humanas, equilibrio emocional, sentido de la responsabilidad y capacidad para la toma de decisiones, vocación sanitaria y/o social.
- **Perfil ético:** es necesario que las personas que trabajan en los centros de la Orden promuevan los principios deontológicos de su profesión y respeten y promuevan los principios de la Institución.
- **Dimensión religiosa:** se procurará que la actitud de las personas sea favorable a que la atención religiosa en el centro se vea fortalecida.

5.3.3.5. Seguridad en el empleo. Partimos de la base de que todas nuestras actuaciones en el campo del trabajo deben acomodarse a la legislación vigente en cada país, siempre que ésta no viole los principios de la Orden.

No obstante, el actuar específico en este campo, aunque influenciado primero y principalmente por el bien de la entidad y en definitiva, de los atendidos, se debe evitar situaciones de inestabilidad y

desmotivación en las personas contratadas, ofreciendo por el contrario aquellas condiciones de seguridad y estabilidad en el empleo necesarias para un mejor desarrollo del trabajo personal.

También es cierto que la dinámica de funcionamiento de los centros sanitarios y sociales, con un horario de permanente apertura, obliga a un complejo entramado de suplencias y sustituciones que hace difícil poder garantizar una estabilidad en el empleo a las personas que ocupan estos puestos de manera transitoria. No está de más que, incluso en este campo, se estudien sistemas que puedan poner límites a la inestabilidad laboral.

5.3.3.6. *Sistema salarial.* La justa remuneración del trabajo realizado es un problema clave de toda ética social. El salario es el medio solicitado con más insistencia por los trabajadores.

La Doctrina Social de la Iglesia considera el salario como la verificación concreta, aunque no única, de la justicia social.

No es fácil cuantificar el salario justo, ya que el mismo está influido por factores tales como la situación económica de los países, las expectativas de los distintos mercados –incluido el sanitario y social–, la situación de cada centro, las expectativas y necesidades de cada trabajador, etc.

Todo ello nos obliga a remunerar a los trabajadores con salarios posibles, aun siendo conscientes de que en ocasiones no llegan a cubrir las expectativas. Pero por encima de las remuneraciones concretas que existan, se debe estar en actitud real de compromiso por mejorar las condiciones tanto económicas como sociales de los trabajadores; el confort y el bienestar de los trabajadores siempre será un factor positivo en el bienestar y el confort del enfermo y necesitado.

5.3.3.7. *Motivación.* La motivación de una persona trabajadora dependerá del grado de satisfacción de sus necesidades básicas y de la percepción de los atractivos que una empresa u organización ofrezcan para posibilitar su desarrollo humano y profesional.

La motivación del personal es un medio fundamental para conseguir uno de los objetivos de toda organización, el desarrollo humano y profesional de las personas trabajadoras.

Tienen fundamental incidencia sobre el grado de satisfacción y motivación en el trabajo *los sistemas de retribución* –salarios, incentivos, primas, etc.–, *las condiciones de trabajo* –ambientales, seguridad, clima, trabajo en equipo, etc.– y *estímulos individuales* –seguridad, estabilidad en el empleo, consideración, realización, etc. Se deben realizar los esfuerzos necesarios para conseguir un nivel adecuado de estos tres aspectos fundamentales que cubren las necesidades del trabajador.

Como un medio de motivación, la Orden concede especial interés a la promoción personal. Éste es el campo específico de intervención de los equipos de dirección y de manera especial de la dirección de recursos humanos. Hay que lograr que las personas puedan ver una expectativa de futuro a nivel profesional y vocacional en nuestros centros. Para ello, se deberá arbitrar los medios adecuados: para unos, será la formación; para otros, la investigación; otros preferirán la docencia, etc.

5.3.3.8. *Convergencia de valores de todos los que hacemos posible el Centro.* Una de las características de nuestra sociedad es la pluralidad; cabría decir que la época de imposición de una cultura sobre otra está tocando a su fin. Hace tiempo que en muchas de nuestras obras se están poniendo en funcionamiento formas de gestión, de dirección, de trabajo asistencial que tratan de agrupar e integrar esta realidad multicultural.

Urge que sigamos avanzando en esta línea, que todos nos comprometamos en este proyecto de aunar esfuerzos y culturas; hemos de ser capaces de integrar los elementos culturales conjuntos en

nuestros centros. Todo proyecto de convergencia conlleva aunar: los valores jamás se consiguen por imposición. Probablemente sea necesario establecer unos mínimos que no se pueden modificar; pero a partir de ahí, se ha de trabajar por lograr una cultura con unos valores específicos, promovidos y asumidos por todos.

En la medida en que los colaboradores dispongan de espacios para expresar sus criterios, sus valores, en esa medida se estarán comprometiendo en la consecución de un proyecto compartido. También es necesario que se puedan sentir responsables sobre temas, áreas, espacios en los que asumen la delegación.

5.3.3.9. Crear una cultura de pertenencia al Centro, a la Provincia, a la Orden. Las actuales investigaciones en las ciencias administrativas han descubierto la importancia que tiene para las instituciones, el desarrollo de una “Cultura organizacional” coherente con su misión y sus valores. La Orden Hospitalaria como Institución, ha venido profundizando en esta línea desde su misma fundación.

Quizá, en el pasado, hemos mantenido actitudes paternalistas o protectoras hacia los profesionales, como reflejo inconsciente de una actitud defensiva de lo nuestro, de nuestra cultura. Sin perder todos los valores que esta cultura tiene, hemos de superar esa actitud defensiva y un medio adecuado es la articulación de un departamento de recursos humanos profesionalizado, que sepa dirigir y orientar el logro de esta cultura común.

Como elemento ineludible de este proceso, está el respeto y la aplicación de la legislación laboral vigente, de manera especial la seguridad en el trabajo y la salud laboral.

Como elemento dinamizador, la defensa de los derechos de los trabajadores.

La satisfacción personal, el gozo por la tarea bien realizada, el descanso que se obtiene al ver que los objetivos se están logrando; en suma, la serenidad, la paz interior que inunda a la persona cuando se siente ubicada en su profesión, en su obra; que desde ahí y junto con los compañeros está contribuyendo a la construcción de nuestro mundo, a una mejor sanidad, a unos mejores servicios sociales, son realidades que deben potenciarse entre nosotros.

Una llamada de atención para evitar que se den entre nosotros situaciones laborales que sean un obstáculo para la integración de los profesionales. Es cierto que con el paso del tiempo las personas nos estabilizamos y perdemos estímulos; responsabilidad de la dirección será velar y animar a las personas para que esta situación no se dé y en los casos extremos, puede que sea necesario tomar decisiones al respecto.

Ahora bien, una obra donde no se den unas garantías de cierta estabilidad, nunca será un espacio adecuado para invitar a los colaboradores a que se comprometan en un proyecto conjunto.

La Orden mantiene el apoyo y la defensa de los trabajadores cuando exista una intervención judicial, salvo en los casos de manifiesta negligencia profesional. Ante las demandas judiciales, que por desgracia llegan a los centros, se requiere un principio de honestidad sobre la praxis institucional y un manifiesto apoyo a las personas implicadas.

De igual modo, si queremos lograr una cultura propia en nuestras obras, será necesario ir creando formas específicas de actuación en los momentos difíciles y tensos que se puedan producir en las relaciones laborales; también en el conflicto puede haber una forma propia de trabajar la solución.

5.3.4. Política Económica y Financiera

5.3.4.1. Entidad sin ánimo de lucro. La Institución siempre se ha definido como una entidad sin ánimo de lucro; es decir, no tiene como objetivo acumular riqueza.

Los recursos que se puedan obtener se destinarán al propio centro para que, en todo momento, sus instalaciones, sus equipos, sus métodos de trabajo, sean coherentes y adecuadas a su ubicación territorial y a su catalogación.

5.3.4.2. Carácter benéfico social. El origen de la Institución está en la beneficencia, en la generosa colaboración de múltiples personas, para que la obra cumpla su misión. Bueno será que promovamos esta dimensión de la caridad cristiana para continuar con la iniciativa original de la Institución.

Ha llegado el momento de darle una dimensión más universal a nuestra solidaridad. En nuestro mundo las desigualdades se van acentuando y las diferencias son cada vez mayores; esta dimensión benéfico-social de nuestras obras podría encontrar un espacio actual en la colaboración entre centros o entre países en el campo de la salud o de la necesidad social.

5.3.4.3. Equilibrio financiero. El arte de la gestión es el arte de asignar recursos a diferentes necesidades. En el caso de los Centros es la asignación de recursos a los diferentes estamentos que hacen posible el servicio.

Habrà que decidir sobre la asignación a cada una de las partes, pero garantizando la viabilidad del centro; o lo que es lo mismo, su equilibrio financiero.

Si, por una incorrecta asignación de recursos, colocamos al centro en una tesitura de inviabilidad económica estaremos poniendo en peligro el futuro de la obra y de todas las personas que la hacen posible.

5.3.4.4. Transparencia en la gestión. Si el conjunto de valores que pretendemos promover en nuestras obras y que dan sentido a nuestra misión se llevan a efecto, no habrá mayor inconveniente en que los profesionales del centro, los usuarios, la sociedad y la Administración Pública puedan conocer la realidad de nuestros centros

Ahí radica la transparencia de nuestra gestión; si los principios están claros y si intentamos llevarlos a la práctica, razón de más para darlos a conocer.

Los números del centro –actividad, ingresos, gastos, resultado, inversiones, disponibilidades financieras– no son sino una parte de toda la realidad del centro y por ende también pueden ser conocidos.

Un modo adecuado para dar a conocer la realidad de nuestros centros, favorecer la transparencia y estimular la corresponsabilidad, puede ser la elaboración de la memoria anual de actividades en cada Obra.

5.3.5. Responsabilidad Social

5.3.5.1. Servicio a la sociedad como elemento justificativo de las obras. Toda Institución, toda obra, corre el riesgo de cerrarse en sí misma y entrar en una dinámica de justificación de su existencia al margen de la realidad.

No es extraño encontrar entidades que, en este aislamiento, acaban proyectando una obra que ya no es necesaria o que nadie la demanda. No ha de ser así entre nosotros, la razón de ser de nuestras

obras está en el servicio que prestan y, por ende, han de estar abiertas al cambio y a la evolución para ser actuales en su servicio.

En esta línea, las Constituciones especifican que nos sintamos administradores de los bienes y no propietarios, con una misión específica de buscar una correcta utilización de los recursos en las Obras.

5.3.5.2. Respeto y aplicación de la legislación. En nuestra pretensión de hacer una aportación específica a la sociedad, es imprescindible que el respeto y la aplicación de la legislación queden garantizados.

Si entendemos la ley como el mínimo común que nos regula a los que formamos la sociedad, es obligado que destaquemos en su aplicación. Es más, en la medida de nuestras posibilidades, hemos de superar este mínimo y hemos de intentar promover nuestros propios criterios por encima de lo que supone la ley.

Situación especial es aquella en la que la ley pueda ser contraria a la identidad y los valores que la Institución promueve; en este caso, amparándonos en la pluralidad que queremos promover en nuestra sociedad, nos acogemos a nuestra opción de conciencia en la aplicación de la ley en nuestra Obra.

5.3.5.3. Compromiso de justicia social en la asignación de recursos. No es fácil en nuestra sociedad garantizar una equitativa asignación de recursos. Los grupos de presión, por un lado, y las grandes desigualdades, por otro, pueden inclinar la balanza de forma poco equitativa.

Será necesario hacer un esfuerzo de gestión y de educación en los valores para que no siempre se dé la ley del más fuerte. Habrá que considerar las singularidades y tener en cuenta las realidades diversas, pero siempre con el ánimo de un reparto justo de recursos.

De manera especial, se exige estar atentos a la dimensión universal de nuestras vidas y de nuestras obras. Hemos de admitir que hay signos de injusticia en el reparto mundial de los recursos; no nos hagamos nosotros copartícipes de este reparto injusto. Intentemos trabajar por una acción solidaria desde una misión que es universal y desde una visión universal de los problemas.

Este debe ser un espacio para aplicar la Doctrina Social de la Iglesia y, en la medida que lo desarrollemos, lo promovamos, podremos estar contribuyendo a que, de una manera práctica, se vaya extendiendo esa Doctrina Social como un compendio de valores cristianos en nuestra sociedad.

5.3.5.4. Función de denuncia en las situaciones que lo exijan. Aportemos nuestra reflexión y denuncia en aquellas situaciones que veamos de forma clara son deficientes.

No nos limitemos a la reclamación; además de señalar la deficiencia, aportemos sugerencias y orientaciones.

Si somos capaces de aportar soluciones concretas y además conseguimos llevarlas a la práctica, nuestra función de denuncia habrá alcanzado su expresión culminante.

5.3.6. Presencia de la sociedad en el Centro.

5.3.6.1. Los usuarios. Asociaciones de usuarios y familiares. Tradicionalmente, al usuario del servicio sanitario y social le hemos denominado paciente; ha llegado el momento en que desea ser activo y es positivo que asuma este papel.

Dos tipos de asociaciones de usuarios se presentan en estos momentos.

- Las asociaciones genéricas de usuarios, con un contenido reivindicativo importante y frecuentemente con cierta predisposición a hacer uso de la vía judicial.
- Las asociaciones específicas en torno a una determinada enfermedad, bien de manifestaciones crónicas, o bien de procesos muy graves.

Ambas han de tener un espacio en nuestros centros.

Es muy probable que las primeras se acerquen con alguna queja o reclamación; acierto nuestro será concederles un lugar de expresión donde puedan sentirse interlocutor social válido para que de forma constante puedan colaborar en nuestra forma de trabajar y nosotros podamos hacerles partícipes del trabajo que estamos realizando.

Las segundas han de encontrar en los centros un apoyo privilegiado, de manera especial en sus inicios. En nuestra dinámica social, solamente la agrupación de personas puede permitir lograr ciertas metas y, en ocasiones, es difícil conseguir esa agrupación inicial; el centro siempre es una plataforma que permite superar esas dificultades iniciales.

En ambos casos, el diálogo y las posturas abiertas permitirán que las partes –centro y asociación– sean conocedoras de la situación que se vive, de las posibilidades, de las limitaciones, e inclusive de los errores.

Por desgracia, no lograremos evitar la dinámica de queja y reclamación judicial –en muchos casos con un único fin lucrativo–, pero podemos trabajar formas diferentes de relación que se basen en la confianza mutua.

La puesta en funcionamiento de servicios de atención al usuario, mediante la aplicación de diferentes formas para que pueda expresar su opinión, es un cauce muy adecuado para canalizar la presencia del ciudadano en las obras.

5.3.6.2. Los trabajadores. Los trabajadores tienen unos órganos de representación que vienen amparados por la ley y desde ellos se deberá articular la relación laboral colaboradores-Institución.

Ahora bien, en la medida en que consideramos que la Institución es una realidad construida y participada entre todos, bueno será que se articulen modos, formas y estilos de vinculación que, sin obviar el anterior supuesto, den espacio a este nuevo proyecto que queremos hacer en cada obra de San Juan de Dios.

La vinculación será para unos en el marco de la relación laboral de forma exclusiva; éstos, desde el marco legislativo, encontrarán el cauce de vinculación.

Otros se sentirán motivados por una respuesta vocacional, que va más allá de la respuesta profesional; bueno será que se establezcan cauces formales e informales para que puedan hacer crecer su compromiso solidario con el enfermo y necesitado.

Por último, algunos verán su presencia en la obra como una expresión de su compromiso de fe; éstos también deberán disponer de su espacio donde puedan expresar en grupo lo que les motiva en su vida para servir al enfermo y necesitado y estar presentes en una obra de San Juan de Dios.

Salvo el primer supuesto, que viene determinado por el marco legal, las otras situaciones son algo a construir en cada centro, pues será la forma más acertada de expresar esta vinculación que hace posibles las obras de San Juan de Dios.

5.3.6.3. Los bienhechores. Ellos permitieron que nuestro Fundador pudiera llevar adelante su obra; ellos fueron capaces de respaldar todos los compromisos sin límite que Juan de Dios iba asumiendo en su servicio al enfermo y necesitado.

A lo largo de los siglos, ellos han seguido sosteniendo nuestra obra; en unos países más que en otros; pero hasta la articulación del Estado del Bienestar, la mayoría de nuestras obras han vivido de las donaciones generosas de personas que han puesto su confianza en la Orden Hospitalaria y en el servicio que hacía a la persona que sufre.

Hoy, la mayoría de los centros no tiene una dependencia de sus aportaciones económicas, como la tenían antaño; sin embargo, ellas siguen siendo fundamentales en lo que se refiere a solidaridad y a caridad. El fondo sigue siendo el mismo y plenamente vigente: el ser humano que decide ser solidario con otro ser humano y que lo hace a través de la Orden Hospitalaria.

La forma podrá cambiar, de hecho ha cambiado y seguirá cambiando; pero en nosotros está la responsabilidad de hacer efectiva esta solidaridad de la manera más equitativa posible y, si es posible, aumentarla.

Ha llegado el momento en que, en aras a la mayor eficacia de la solidaridad, le demos un carácter más colectivo, que nos permita ayudar más donde más se necesite.

Es un tema abierto a la reflexión, al debate y a la creatividad en la búsqueda de nuevas formas de obtención de fondos y de nuevas formas de hacer más eficaz esta acción solidaria.

Ha sido y es un tema muy arraigado en la cultura de muchas obras, e inclusive Provincias, y es un compromiso de todos lograr que se siga promoviendo; probablemente los nuevos medios de comunicación serán un cauce a estudiar para esta labor, sobre todo con el objetivo de potenciar la vinculación de estas personas a la obra.

5.3.6.4. Los voluntarios. La Orden siempre ha sabido moverse en el mundo de la colaboración altruista, en unos casos como expresión de solidaridad y en otros, como expresión de caridad cristiana.

Nuestro Fundador pudo llevar adelante su obra gracias a la generosa colaboración de muchas personas; unas con su apoyo económico –bienhechores–; otras con su trabajo gratuito y esfuerzo voluntarios.

La Orden supo dar una respuesta a los nuevos movimientos del voluntariado; incluso en países concretos fue pionera en la incorporación de voluntarios a los centros. No obstante, ha de estar en una continua adaptación y puesta al día para no quedar estancados en ideas y estructuras pasadas.

Cada centro es diferente y debería promover una creatividad, una originalidad, en su voluntariado. La diversidad, en este caso, sería una muestra de enriquecimiento.

El proceso de orientación y selección de candidatos según el perfil del voluntario, su misión en el centro, su tiempo de dedicación, la formación que precisa, etc. son temas a delimitar en la Orden y en cada centro.

De igual modo, quizá ha llegado el momento de que las Asociaciones de Voluntarios y sus miembros tengan la posibilidad de canalizar sus percepciones hacia los órganos de gobierno del centro; ellos pueden captar una realidad diferente de lo que ocurre en el centro; bueno sería que se pudiese conocer esa visión a través de un medio apropiado.

5.3.6.5. La Iglesia local. Somos una Institución exenta del Ordinario del lugar; éste es un punto de partida que deberemos tener en cuenta, pero también es cierto que si la Orden quiere hacer una aportación con significado en el siglo que viene, lo ha de hacer desde una labor coordinada y conjunta con la Iglesia.

Si la Iglesia somos pueblo de Dios y todos estamos convocados a formar parte de este pueblo, tendremos que reflexionar cómo hacemos posible esta acción de pueblo de Dios. El lugar donde más fácil se puede hacer esta articulación es desde la diócesis y desde la comunidad parroquial.

Quizá falte mucho trecho para que nos vinculemos en el mismo proyecto, pastores, religiosos y laicos.

No se trata de renunciar a identidades, ni de renunciar a proyectos pastorales; cada uno, desde nuestro lugar, debemos trabajar por construir un proyecto pastoral de conjunto; en caso contrario o no será de conjunto o no será proyecto.

5.3.6.6. La Administración Pública. Nuestras obras tienen una orientación pública en su actividad y en muchos lugares se ha logrado que queden insertas en los servicios públicos de salud o de servicios sociales.

Esta situación conlleva un nivel de relación con la Administración Pública muy fluido que nos permita estar informados sobre la realidad del presente, los proyectos y planes para el futuro, y que nos permita poder informar sobre nuestra situación y nuestra proyección.

Hay que seguir avanzando en esta línea de relación y conexión con la Administración Pública que por nuestra parte exigirá honestidad, claridad y transparencia. Honestidad como expresión de coherencia con los principios que defendemos; claridad en nuestro posicionamiento y nuestras pretensiones; por último, transparencia en nuestros criterios a la hora de aplicar los recursos que recibimos.

En todo lo que se refiere a las relaciones institucionales, la Orden debe reflexionar sobre el papel que le corresponde ocupar. Dos son los riesgos extremos: el quedarnos atrapados en estas relaciones y, por la dinámica que llevan, dejar que se diluya con el tiempo la esencia de nuestra identidad; o el apartarnos de las mismas y dejar que sea el centro y su proyecto asistencial los que se vayan diluyendo por desconexión con la realidad.

Una cosa sí es evidente: asumir esta función de relaciones institucionales exige una formación profesional, humana y religiosa suficientemente amplia; en caso contrario, nuestra presencia será contraproducente. Una vez más se pone en evidencia que si queremos decir algo debemos decirlo con un lenguaje acorde al de nuestra sociedad.

5.3.7. Evaluación

Para ser fieles a la misión, para que la misma se vaya actualizando y recreando, procede que, de forma periódica, vayamos viendo en qué medida estamos llevando a la práctica nuestros planes de actuación.

Deberemos ver cómo estamos aplicando en la gestión, en la dirección y en la asistencia, los principios fundamentales de la Orden y sus criterios generales.

5.3.7.1. Atención a los signos de los tiempos. Nuestra sociedad es una realidad muy dinámica; la ciencia está en constante evolución y cada día aparecen nuevos métodos de trabajo, nuevas técnicas profesionales y nuevos equipos técnicos.

Un mensaje, un principio filosófico, es actual en la medida que se transmite con medios, métodos y técnicas del momento; en caso contrario, nuestra propuesta puede quedar en un discurso inútil.

En este proceso, será necesario evaluar la idoneidad de los medios que la sociedad nos proporciona, pues puede ocurrir que, intentando alcanzar una mayor eficacia, nos sirvamos de instrumentos que sean contrarios a la filosofía de la Institución.

5.3.7.2. Respuesta a las necesidades del hombre y de la sociedad. En esta evolución constante de la sociedad, el hombre también está cambiando, no somos capaces de diferenciar si el cambio de la sociedad arrastra al hombre o si el cambio del hombre lleva al cambio de la sociedad.

Lo cierto es que en este cambio conjunto de sociedad y hombre van apareciendo:

- nuevas enfermedades, a las que es necesario hacer frente;
- nuevas manifestaciones en la forma de enfermar la persona, que nos exigen nuevos métodos de prestar la asistencia;
- nuevos problemas familiares a los que hemos de saber ayudar, sostener, iluminar, acompañar;
- nuevos necesitados, que exigen creatividad y solidaridad por parte nuestra si queremos dar una respuesta coherente;
- nuevas formas de insolidaridad, que nos interpelan para encontrar nuevas formas de respuesta solidaria a nivel institucional.

Responder a las necesidades de las personas, con los medios y formas actuales, manteniendo el estilo y los valores de la Orden, es ser fieles a la Nueva Hospitalidad, como síntesis de nuestro proyecto apostólico.

Para la reflexión:

- 1) Identificar logros y dificultades en la “aplicación a situaciones concretas” desde la realidad de nuestros Centros y Comunidades:
 - En la Asistencia Integral y Derechos del Enfermo
 - En los Problemas específicos
 - En la Gestión y dirección
- 2) Definir cuáles serían las prioridades para la Orden, a partir del diagnóstico anterior:
 - En la Asistencia Integral y Derechos del Enfermo
 - En los Problemas específicos
 - En la Gestión y dirección

- (1) Algunos prefieren el término “privacidad” que constituye un conjunto más amplio, más global de aspectos de la personalidad que, aisladamente considerados, pueden carecer de significación intrínseca pero que, coherentemente enlazados entre sí, reflejan un retrato de la personalidad del individuo que éste tiene derecho a mantener reservado.
- (2) CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et Spes* (GS), 16.
- (3) Cfr. JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae* (EV), 44.
- (4) SAGRADA CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum Vitae*, 22 de febrero de 1987, # 2.
- (5) Cfr. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta de los Agentes de la Salud*, Ciudad del Vaticano, 1995, # 142.
- (6) *Ibidem.*, 21c.
- (7) *Ibidem.*, 87.
- (8) *Ibidem.*, 129.
- (9) *Ibidem.*, 146.
- (10) Cfr. EV 57.
- (11) SAGRADA CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la eutanasia*, 5 mayo de 1980, p. 549. Cfr. *Carta de los Agentes de la Salud*, 119.
- (12) Cfr. *Carta de los Agentes de la Salud*, 119-120.
- (13) Cfr. EV 65.
- (14) A este respecto se puede consultar: Código de Nuremberg, Declaración de Helsinki, Declaración de Ginebra, Good Clinical Practice, etc. Además, desde los criterios del Magisterio, ver la *Carta de los Agentes de la Salud*, 75-82.
- (15) Cfr. EV 63.
- (16) Cfr. MARCHESI, Pierluigi, *La Hospitalidad de los Hermanos de San Juan de Dios hacia el año 2000*, Roma, 1986, Apéndice III.

6. FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

6.1. Formación

6.1.1. Formación técnica, humana y carismática

Además de cuanto se ha dicho en otros capítulos del presente documento, queremos subrayar aquí algunos aspectos específicos de la responsabilidad en la formación de nuestro tiempo de los miembros de la Orden y de sus Colaboradores. No insistiremos en la necesidad de la formación humana, entendida como aquella que se orienta a estimular el autoconocimiento y a ahondar en todo lo relacionado con la persona y con la sociedad, imprescindible para poder ser agentes de humanización en las obras de la Orden.

Algunas características de nuestro tiempo vienen determinadas por la velocidad del progreso de las ciencias en general y de la biomedicina en particular, la velocidad y facilidad de las comunicaciones; la globalización de los problemas, la mentalidad científico-técnica en el enfoque de la realidad y concepción del hombre –reduccionismo científico–, los fundamentalismos religiosos –reduccionismo espiritualista–, la constatación de que el único criterio ético que podemos considerar globalmente compartido, por lo menos en el plano teórico, es del respeto a la dignidad de la persona que exige no instrumentalizarla como medio para un fin, por elevado que sea o que pueda parecerlo. Este hecho, que no es nuevo, adquiere una faceta de particular importancia en las relaciones de los profesionales de la salud con la persona enferma.

En efecto, hemos asistido desde los años 70 a la más profunda transformación de la relación médico-paciente que se ha producido en los últimos siglos al adquirirse lentamente la conciencia de que el paciente capaz ha de ser conocido como agente moral autónomo en las decisiones que afectan a la salud. La información correcta al paciente pasa a un primer plano. El papel del médico en la asistencia ha perdido también, por lo menos en el mundo occidental, su papel único y preponderante. Hoy hemos de hablar de relación entre equipo asistencial, paciente y entorno social. El carácter ambiguo, en cuanto a progreso humano, de ciertas tecnologías cuya aplicación más correcta no impide la presentación de tremendos conflictos entre valores vitales y valores espirituales, la importancia creciente de la enfermería en los cuidados y de los técnicos de laboratorio en los procesos diagnósticos, exigen una formación más rigurosa que otros tiempos. El nivel de asistencia integral, sea en los hospitales, sea en los servicios de atención primaria o centros sociosanitarios, depende de un modo importante del grado de formación de los trabajadores sanitarios.

La formación técnica y profesional, por una parte, y la formación humanística y ética, por otra, han de correr paralelas a lo largo de la formación continuada que exigirá en ocasiones que el balance se incline hacia el primer aspecto y, en ocasiones, habrá que hacer especial énfasis en el segundo, en una actualización de los conocimientos que hagan posible la correcta asistencia sanitaria integral acorde con los criterios actuales.

Debe ser un compromiso de cada Centro el de promover programas de formación a todos los niveles y para ellos se deberán dotar las adecuadas partidas presupuestarias.

Mientras la actualización de los conocimientos científicos y técnicos no requerirá en general un excesivo esfuerzo de motivación, sí que aparece como necesario un plus de motivación para la formación en filosofía y criterios carismáticos de la Orden Hospitalaria. Ésta ha de verse como una ocasión excelente para fomentar el sentido de pertenencia y un instrumento para actualizar los valores

que conforman la cultura e identidad de la Orden, la cual debe ser promovida por la dirección de los centros y plenamente integrada en el plan de formación del centro.

Es importante que, en la medida de lo posible, una persona pueda estar al tanto de los programas y experiencias que vienen realizándose en una región u otra del globo para ver la posibilidad de adecuarlas al propio lugar y centro. Dado que los formadores capaces de comprender la problemática sanitaria y, al mismo tiempo, con dominio pedagógico en los ámbitos del pensamiento contemporáneo filosófico, teológico, pastoral, espiritual, son un bien escaso, deberán hacerse esfuerzos para constituir equipos y potenciar cualidades de diversos sujetos trabajando un programa común. Este programa ha de ser realista, eficaz y eficiente. Los comités de ética hospitalarios pueden cumplir perfectamente esta función.

En estos momentos en los que la Iglesia vive con especial fuerza la necesidad del ‘diálogo interreligioso para que, siguiendo el Vaticano II se “reconozcan, guarden y se promuevan los valores espirituales y morales existentes en otras religiones, así como sus valores socioculturales en orden a colaborar en la búsqueda de un mundo de paz, libertad, justicia y valores morales”⁽¹⁾, resulta imprescindible que, además de la pertinente formación profesional y técnica, se procure la más sólida formación dentro del carisma de la Orden, en filosofía y teología, especialmente centrada en la persona y el misterio de Cristo Jesús.

Las grandes corrientes del pensamiento filosófico⁽²⁾ y teológico han de ser pilares fundamentales en la formación, en la que siempre el carisma de la Orden y su profundo conocimiento han de inspirar las actitudes y conductas a favor de los pobres y necesitados.

De esta manera se estará en condiciones de entablar el cuádruple diálogo necesario en un mundo de pluralismo religioso⁽³⁾:

- Diálogo de la vida, en el que las personas se esfuerzan por vivir en un espíritu de apertura y de buena vecindad, compartiendo sus alegrías y penas, sus problemas y preocupaciones humanas.
- Diálogo de la acción, en el que los cristianos y las restantes personas colaboran con vistas al desarrollo integral y la libertad de la gente.
- Diálogo de la experiencia religiosa, en el que las personas, enraizadas en sus propias tradiciones religiosas, comparten sus riquezas espirituales, por ejemplo, en lo que se refiere a la oración y a la contemplación, la fe y las vías de búsqueda de Dios y del Absoluto.
- Diálogo del intercambio teológico, en el que los expertos tratan de entender más profundamente sus respectivas herencias religiosas y aprecian sus respectivos valores espirituales.

6.1.2. Los Comités de Ética como instrumento de formación

Aunque ya se ha tratado el tema en el capítulo quinto de este documento, vamos a abordarlo aquí desde la perspectiva de investigación y formación que tienen estos comités.

En el campo de la clínica, la palabra bioética ha quedado unida al concepto del diálogo interdisciplinar como metodología de trabajo y, desde el año 1978, a los principios usuales de la bioética contemporánea: autonomía, beneficencia/no maleficencia y justicia. Estos principios, desde el paradigma antropológico del personalismo de inspiración cristiana, son traducción del principio del respeto a la dignidad de la persona, del servicio al bien del paciente integralmente considerado y de la solidaridad.

La necesidad de asegurar la protección de los sujetos humanos que participan en un ensayo o investigación clínica y la relevancia y corrección científica del protocolo de investigación dieron origen a la institucionalización de comités competentes para cumplir tales tareas. Son los Comités Éticos

de Investigación Clínica y Comités de Bioética. Los nombres correspondientes en la literatura americana son Institutional Review Boards e Institutional Ethics Committees. Estos últimos también se denominan Clinical Ethics Committees.

Los Comités Éticos de Investigación Clínica tienen distinta composición, funcionamiento y reconocimiento legal según los países. Todos ellos han de respetar y velar por el cumplimiento de las denominadas Normas de Buena Práctica Clínica. Las decisiones de estos comités son legalmente vinculantes. Los miembros del Comité Ético de Investigación Clínica deben estar cualificados para revisar proyectos de investigación, valorando en primer lugar si se dispone de suficientes datos científicos, ensayos farmacológicos y toxicológicos de animales que garanticen que los riesgos que implica en la persona el ensayo propuesto son admisibles, y la persona ha sido correctamente informada y participa en el ensayo libremente. Otros aspectos que tienen que considerarse son: ponderar si el problema que se plantea investigar es importante o banal; si el diseño experimental propuesto es adecuado a los objetivos previstos; si existe un seguro que cubra los daños y perjuicios que, como consecuencia del ensayo clínico, pudieran resultar para la persona en que hubiera de realizarse.

No hay duda alguna de que la participación en estos comités tiene un valor pedagógico y enriquecedor. De todas maneras, donde el diálogo bioético en los hospitales adquiere una importante función pedagógica es en la discusión de casos concretos en los comités de ética asistencial. Dichos Comités, por su composición interdisciplinar, por la metodología de información-formación, por el respeto mutuo, la importancia de los casos a discutir, la necesidad de encontrar soluciones a los conflictos de valores que se plantean y de normativizar, de algún modo, la actuación en casos parecidos, son en sí mismos formadores.

La función docente es muy importante. En primer lugar, “locus” de formación de los propios miembros del comité. Secundariamente, pero importante, es la programación de la docencia bioética en la Provincia, en los Centros, y su implementación. El diálogo interdisciplinar como metodología de trabajo es necesario. Generalmente, la toma de decisiones ha de ser por consenso ético, no meramente estratégico. Los consultores de casos concretos –médicos, enfermeras, psicólogos...– han de ser miembros “ad hoc” en las deliberaciones del comité para que las decisiones tengan la fuerza de vinculación moral. La composición de los miembros del comité puede variar según el tipo de hospital o centro residencial o sociosanitario.

En última instancia, los comités de ética asistencial representan algo tan antiguo como la consulta nueva colegiada y algo tan relativamente reciente como el reconocimiento del equipo de salud y una medicina orientada al paciente considerado como agente moral autónomo que no pierde sus derechos por el hecho de estar hospitalizado. Los comités que funcionan correctamente pueden ser instrumentos eficaces para definir la “lex artis” del hospital con las correspondientes implicaciones jurídicas.

El comité ha de establecer cuál es el sistema de valores de referencia en caso de conflicto: inspiración cristiana, derechos humanos, códigos deontológicos profesionales, de ámbito nacional o internacional, etc. El comité de ética asistencial ha de pasar el test de coherencia en sus decisiones.

Es imprescindible asegurar la funcionalidad del comité a través de diversas medidas entre las que tiene singular importancia el comité para la resolución de casos urgentes.

Llegados a este punto desearíamos precisar algunos aspectos. Creemos importante, en primer lugar, analizar los pre-requisitos necesarios para abordar correctamente la decisión ética: a) historia clínica correcta; b) competencia profesional para la discusión científica del caso clínico; c) control de calidad.

Establecido el problema clínico y las alternativas posibles de tratamiento se pasa a considerar las dimensiones éticas que hacen referencia a problemas relacionados con la calidad de vida, desde la perspectiva profesional y desde la perspectiva del paciente/familia, cuyos sistemas de valores han de ser respetados. Los factores no clínicos mayoritariamente económico-sociales han de tener especial consideración en una medicina que se precie de ser integral.

El consentimiento por parte de terceros por incapacidad del paciente, presenta problemas de muy difícil solución en neonatología, psiquiatría, pacientes comatosos, deficientes mentales, etc. En estos casos, donde se da a menudo la problemática límite, se muestra especialmente beneficioso el comité de ética asistencial al servicio de una medicina de calidad científico-técnica y humana.

La formación para la resolución de conflictos en la investigación y la clínica requiere como elementos fundamentales: 1) capacidad y competencia profesional para comprender el problema planteado desde la perspectiva en la que una persona trabaja; 2) haber reflexionado sobre la propia actitud ética y un mínimo de fundamentación racional de la misma. Aquí debe distinguirse entre el hecho en sí mismo (actitud coherente en la vida entre el ser y el actuar) y la posibilidad de conceptualización. Ésta debe ayudarse con un programa de formación de antropología y ética filosófica y/o teológica. 3) Metodología para la resolución de conflictos en un clima de diálogo que no excluye la confrontación.

Nos referimos aquí solamente a este último apartado. No hay duda alguna que los llamados principios bioéticos anteriormente enunciados son instrumentos pedagógicos que se muestran útiles en los diálogos de los comités de ética asistencial. La resolución de problemas puede enfocarse desde el punto de vista de discusión de principios que entran en conflicto y su jerarquía en un caso concreto (por ejemplo prioridad del principio de autonomía o del principio de beneficencia) o bien el análisis casuístico. Consideramos que éste es el más adecuado en la discusión de casos clínicos.

6.2. Docencia

6.2.1. *La docencia, una constante en la Orden*

La docencia en la Orden arranca desde el Fundador San Juan de Dios, que *antes de enseñar se dejó enseñar*: en Guadalupe, definida en aquel dicho –“desde fines del XV en toda España–: Ni que hubieras andado toda tu vida a la práctica de anatomía en Guadalupe...”.

“Guadalupe le da una visión al mismo tiempo científica y caritativa; con el respaldo de la ‘Escuela’ de Medicina, cuya calidad consideran los últimos investigadores de gran alabanza... Vio instrumental desconocido en cualquiera de los hospitales de España y las *lecciones teóricas y prácticas* dadas a los principiantes”⁽⁴⁾.

El primer seguidor de San Juan de Dios, Antón Martín, tuvo una sensibilidad especial en la docencia. En el Madrid de los Austria, entorno al 1553, tiene la idea de crear la “Escuela de Cirujanos menores”, para su hospital de “Amor de Dios”. La llevaría a la práctica su sucesor Pedro Delgado⁽⁵⁾.

“Esta Escuela de Cirugía alcanzó gran crédito y pronto acudieron a ella, solicitando practicar en sus clínicas y recibir enseñanzas... *personas que deseaban capacitarse* para examinarse ante el Tribunal de Protomédicos como cirujanos romanticistas. Fue pues, el Hospital de la Plaza de Antón Martín el primero en Madrid con aspecto docente y con implantación de las especialidades médicas”⁽⁶⁾.

A medida que la Orden comienza a expandirse, primero por España y de inmediato por Europa y América Latina, hasta culminar en los cinco continentes, no abandonó nunca su inquietud por la

pedagogía hospitalaria. Su enseñanza, si bien es verdad, fue predominantemente *verbal más que escrita*, con un lenguaje evidentemente práctico, asequible a todos. También elaboró importantes *manuales* de diferentes especialidades.

La Orden plasmó esta inquietud docente en diversas Escuelas con diferentes niveles formativos que continúa fomentando e implantando.

6.2.2. *La docencia, un imperativo en la actualidad*

En 1956, la Organización Mundial de Salud (OMS) definió el hospital como –entre otras cosas– “*centro de formación de personal médico sanitario y de investigación*”.

A partir de esta fecha, todos los países en sus legislaciones sanitarias contemplan la docencia como un imperativo: no hay modelo asistencial que no le dedique un amplio espacio. Enseñar lo que se hace en el día a día y verterlo a la comunidad –por cualquiera de los múltiples medios de que disponemos– es una tarea como el curar, prevenir e investigar.

La docencia se convierte cada día, dentro de la estructura asistencial, en un garante de calidad. Hasta el punto de que si no mostramos a la sociedad lo que hacemos en forma de enseñanza no existimos con la vitalidad que los demás exigen. De ahí el compromiso de contemplar en los presupuestos anuales de los Centros una partida para docencia y la voluntad de concertar con Entidades Públicas y/o Privadas el estar abiertos a una “vocación docente” que nace desde los orígenes de la Institución.

En una dimensión de futuro, la docencia es una responsabilidad de todo Centro. Una acreditación que dará razón de nuestro saber estar presentes en la sociedad. Un elemento básico de la calidad asistencial que requiere esfuerzo. Un compromiso de enseñar a todos a pensar y a hacer de manera nueva para el bien de la persona que sufre.

6.3. Investigación

6.3.1. *Comunicación de la óptica de la Orden*

La actividad asistencial, técnica y científica de la Orden Hospitalaria ha producido a lo largo de estos cinco siglos variadas y valiosas contribuciones en bien de la salud y de la vida. El mismo Juan de Dios inició su “aventura hospitalaria” yendo a Baeza y Guadalupe a formarse, aconsejado por el maestro Juan de Ávila. Como algunos sostienen, el padre maestro, de reconocida curiosidad científica, conocía de sobra la categoría de los hospitales regentados en Guadalupe por los frailes jerónimos y envió a Juan como peregrino y aprendiz de hospitalario para conocer cómo funciona un hospital⁽⁷⁾. De vuelta a Granada, puso en práctica su proyecto de servicio a los enfermos. Teniendo en cuenta su aportación a la asistencia, organizando dos hospitales con avanzados métodos para la época, la historia lo reconoce como Fundador del hospital moderno.

Durante el proceso de expansión del dinámico legado de San Juan de Dios a través del tiempo y del espacio, Hermanos y Colaboradores Hospitalarios han ido perfeccionando sus métodos, acumulando experiencia y aumentando sus conocimientos. “Puede decirse, en términos generales, que la evolución de la Orden ha reflejado la evolución de la psiquiatría y de la neurología”⁽⁸⁾.

Fueron los Hermanos hospitalarios quienes establecieron el primer hospital para epilépticos en toda Europa⁽⁹⁾. También, desde los primeros hospitales, complementaban su labor de curación con actividades de formación: desde el mismo siglo XVI se tiene noticia de las primeras escuelas para ciru-

janos establecidas en hospitales de la Orden⁽¹⁰⁾. Además de otras escuelas de química, farmacia, medicina y enfermería, algunas de estas últimas creadas en épocas más recientes y aún en funcionamiento.

Por otra parte, hermanos destacados y otros poco conocidos han sido médicos, cirujanos, dentistas, enfermeros, algunos de ellos verdaderos ejemplos de la relación entre Carisma de la hospitalidad y espíritu científico e investigador⁽¹¹⁾.

La Orden Hospitalaria es una institución con siglos de presencia en el mundo de la salud y de los servicios sociales; por eso puede y debe favorecer la búsqueda continua de mejoras de la asistencia a través de la promoción de la investigación. Sin renunciar a ningún campo de la investigación, quizás los más específicos sean la asistencia integral, la humanización, la bioética en sus vertientes clínicas, epidemiológicas, de gestión y docentes, tanto en medicina como enfermería, la pastoral, el diálogo interreligioso en el encuentro de servicios a los pobres y necesitados, los valores de la institución en general, etc.

La profundización creativa de este documento, la calidad de los recursos humanos de que se disponga en cada situación y la motivación de los colaboradores en potenciar la dimensión innovadora de la Orden Hospitalaria, que ha sido un sello característico de la misma a lo largo de la historia, marcarán las líneas de trabajo de colaboración que parezcan más oportunas.

6.3.2. Promoción de la investigación hacia el Tercer Milenio

El constante progreso de la ciencia y el empeño de los trabajadores de la salud, no solamente en su actividad de carácter asistencial sino también en sus esfuerzos de carácter experimental, hacen indispensable hoy esta adecuada promoción de la investigación. No existe progreso de la medicina que no haya sido precedido de una adecuada y notable actividad de investigación (teórica, de laboratorio, sobre animales y en el hombre). Por tanto, la asistencia integral al enfermo y al necesitado pasa necesariamente a través de estas fases preliminares.

Aunque tradicionalmente la actividad de la Orden se ha desplegado prevalentemente en el cuidado directo de los enfermos y necesitados, frente a los nuevos hechos sociales y sanitarios, la investigación se plantea como una premisa indispensable que no mira hacia “otros” profesionales, sino que entra a pleno título entre las actividades que pueden ser realizadas y promovidas en los Centros.

Esto ya viene ocurriendo desde hace algunos años con gran beneficio de los enfermos y gratificación de parte de los colaboradores plenamente insertos en los circuitos de investigación internacionales y por tanto partícipes de aquel “progreso de la salud” en el cual toda la comunidad científica está interesada.

Los medios principales para realizar tal actividad serán: la experimentación clínica, los convenios con institutos de investigación, la vinculación a programas internacionales de investigación, la específica y exclusiva cualificación de algunos colaboradores en este sector.

Para una promoción más provechosa de la investigación, se podrán constituir también asociaciones que tengan como objetivo realizarla de manera más orgánica, coordinada e interdisciplinar, también con el aporte de profesionales cualificados “externos” al mismo Centro.

Un particular problema tocaría con la destinación de los medios financieros. No se trata de recursos “sustraídos” al enfermo sino, por el contrario, empleados para su mejor curación incluso cuando no se ve inmediatamente el “retorno”, ya que, a veces, en un primer momento parece que los recursos empleados no han dado los resultados esperados.

Precisamente por esto la Orden no sólo aprecia y favorece la investigación experimental en sus Centros sino que podrá hacerse promotora de la misma ante los entes que legítimamente la persiguen como campo institucional propio. Esto también deberá ser tenido en cuenta, si la tipología de un determinado Centro lo consiente, en el momento de estipular los respectivos convenios con los Gobiernos que destinan precisamente a la investigación una parte (aunque sea modesta) de sus propios presupuestos.

Para la reflexión:

- 1) ¿Cuáles son los programas de formación, docencia e investigación que existen en su Centro o Provincia? Evaluar su puesta en práctica y su eficacia.
- 2) ¿Cuáles deberían ser las prioridades para la Orden en este campo?:
 - En Formación
 - En Docencia
 - En Investigación

NOTAS AL CAPÍTULO SEXTO

- (1) Concilio Vaticano II, *Nostra Aetate*, 2 s.
- (2) Cfr. JUAN PABLO II, *Fe y Razón*, 1999, Capítulo 1.
- (3) Consejo Pontificio para el diálogo interreligioso y Congregación para la Evangelización de los pueblos: *Diálogo y Anuncio*, BCDR (1991), 210-250.
- (4) JAVIERRE, José María, *Juan de Dios, loco en Granada*, Sígueme, Salamanca, 1996.
- (5) PLUMED MORENO, C., *Jornadas Internacionales de Enfermería San Juan de Dios*. 1992.
- (6) ÁLVAREZ SIERRA, José, *Antón Martín y el Madrid de los Austrias*, 1961.
- (7) JAVIERRE, *Ibíd.*, pg. 413.
- (8) RUMBAUT, Ruben D., *John of God: his place in the history of Psychiatry and Medicine*, 1978, edición bilingüe (Ing/Esp), pg. 115.
- (9) ALVAREZ SIERRA, José, *Influencia de San Juan de Dios y de su Orden en el progreso de la Medicina y de la Cirugía*, Talleres Arges, Madrid, 1950, p. 148.
- (10) RUSSOTTO, Gabriele OH., *San Giovanni di Dio e il suo Ordine Ospedaliero*, Roma 1969, volume secondo, pg. 124.
- (11) En la citada obra de Gabriel Russotto hay 73 páginas de nombres con una amplia documentación. Entre las figuras más conocidas de **Médicos y Cirujanos** destacan: Hno. Gabriel Ferrara (Italia), Hno. Alonso Pabón (España), Hno. Bernardo Fyrtam (Austria), Hno. José López de la Madera (España), P. Constantino Scholz (Silesia, Austria), Hno. Ambrosio Guivebille (Austria), P. Lázaro Nobel (Alemania), Hno. Matías del Carmen Verdugo (Chile), Hno. Miguel Isla (Colombia), P. Probo Martini (Alemania, Chequia, Silesia), P. Bertrando Schroder (Austria), P. Norberto Boccius (Hungría, Chequia), P. Manuel Chaparro (Chile), P. Ludovico Perzima (Polonia), Hno. Eliseo Talochon (Francia), P. Odilone Wolf (Chequia), Hno. Justo Sarmiento (América), P. Fausto Gradischeg (Austria), P. Juan Luis Portalupi (Italia), P. Benito Nappi (Italia), P. Celestino Opitz (Chequia), P. Prodocimo Salerio (Italia), P. Celso Broglio (Italia), P. Juan de Dios Sobel (Silesia), P. Francisco de Sales Whitaker (Irlanda e Inglaterra). La lista termina con San Ricardo Pampuri.
Entre los **Farmacéuticos y Botánicos** más famosos de la historia de la Orden recordamos a P. Agustín Stromayer (Chequia), P. Inocencio Monguzzi (Italia), P. Ottavio Ferrario (Italia), P. Gallicano Bertazzi (Italia), P. Anastasio Pellicia (Italia) y P. Antonio Matia dell'Orto (Italia).
Entre los **Dentistas**, los más famosos son dos: Hno. Juan de Dios Pelizzoni (Italia) y P. Juan Bautista Orsenigo (Italia) que fue muy conocido en Roma.
En Colombia, el Hno. Miguel de Isla (siglo XVIII) fue médico, catedrático de medicina y restaurador de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. En Chile, el Hno. Manuel Chaparro introdujo el método de inocu-

lación (vacuna) —nunca utilizado hasta entonces e ignorado aún en Europa— para controlar una devastadora epidemia de viruela, de 1765 a 1772.

Vale la pena destacar que, en 1821, el Hno. farmacéutico Ottavio Ferrario descubrió el Iodoformo; aunque se le adjudica a un francés quien hizo el mismo descubrimiento en aquel año. En 1822, el Hno. Ferrario fue la primera persona en Italia que extrajo la quinina aislando los constituyentes activos de la quina.

7. INTEGRIDAD PERSONAL COMO BASE PARA LA ACCIÓN

7.1. La integridad como proyecto de existencia

7.1.1. Vivir según los valores que configuran la persona

Entendemos por integridad personal la cualidad moral de la persona cuyo actuar está de acuerdo con los principios y valores que profesa: “*Operari sequitur esse*” (el obrar sigue al ser). Esta integridad exige un corazón indiviso, rectitud en el obrar y fidelidad en medio de las pruebas y dificultades. En última instancia, hay que decir que el hombre íntegro es el que vive de acuerdo con el mandamiento de amor que nos dio Jesús: “Amaos los unos a los otros como yo os he amado”.

La unidad de mente y corazón, de coherencia entre el sentir y obrar, requiere un proceso más o menos largo de maduración humana, psicológica y espiritual, según los individuos, el grado de su vocación de servicio, y la generosidad en la respuesta. Integrar la acción en la unión con Dios, según el carisma de San Juan de Dios, es tarea de toda la vida.

Si en nuestro actuar nos inclinamos sólo o prevalentemente por la utilidad social, por la eficacia, eliminando la dimensión de ser testigos del amor de Cristo, según el carisma de San Juan de Dios, atentamos a nuestra integridad como proyecto de existencia y nuestras obras no tendrán la fuerza evangelizadora que han de tener. Se es persona íntegra por lo que se es, se dice y se hace.

7.1.2. El hombre, testigo de la Trascendencia y del Amor

El destino del hombre es la vida divina: “*Inquietum est cor nostrum donec requiescat in Te*” (nuestro corazón está inquieto hasta que descansa en Ti). El seguimiento de Jesucristo, plenitud de la revelación de Dios, es el camino del hombre a la plenitud de su realización. El seguimiento de Jesucristo, al estilo de San Juan de Dios, identificándose con los pobres y necesitados es el modelo ejemplar de la Orden Hospitalaria.

La entrega incondicional a los demás como signo del amor de Dios exige un cierto grado de madurez humana y espiritual: La experiencia íntima de Dios, saberse amado por Dios y conocerse a sí mismo y aceptarse tal como se es, son condiciones para conseguir el grado de identidad, confianza y libertad necesarios para el apostolado. La oración es necesaria para vitalizar, unificar e integrar la vida espiritual y la actividad.

La experiencia de la misericordia de Dios para con nosotros y de su amor incondicional nos da la medida del amor y de la relación que hemos de tener con el necesitado, ayudándole a construir su propia vida, a valorar su dignidad y a revelar su propio poder de amar. La experiencia del amor incondicional ayuda a las personas a descubrir su vocación de hijos de Dios.

El Evangelio de Cristo al revelar al ser humano su cualidad de persona libre llamada a entrar en comunión con Dios suscita la toma de conciencia de las profundidades de la libertad humana. Liberación de toda esclavitud, liberación del pecado, liberación para proclamar el Evangelio, liberación para crecer en libertad según el Espíritu.

7.2. La conciencia como motor de nuestra acción

En lo más profundo de su conciencia descubre el hombre la existencia de una ley que él no se dice a sí mismo, pero a la cual debe obedecer, y cuya voz resuena, cuando es necesario, en los oídos de su corazón, advirtiéndole que debe amar y practicar el bien y que debe evitar el mal; haz esto, evita aquello. Porque el hombre tiene una ley escrita por Dios en su corazón, en cuya obediencia consiste la dignidad humana y por la cual será juzgado personalmente⁽¹⁾.

La dignidad de la persona humana implica y exige la rectitud de la conciencia moral. La conciencia moral comprende la percepción de los principios de moralidad (“sindéresis”), su aplicación a las circunstancias concretas mediante un discernimiento práctico de las razones y de los bienes, y en definitiva el juicio formado sobre los actos concretos que se van a realizar o se han realizado. La verdad sobre el bien moral, declarada en la ley de la razón, es reconocida práctica y concretamente por el dictamen prudente de la conciencia. Se llama prudente al hombre que erige conforme a este dictamen o juicio⁽²⁾.

El hombre tiene el derecho de actuar en conciencia y en libertad a fin de tomar personalmente las decisiones morales. “No debe ser obligado a actuar contra su conciencia. Ni se le debe impedir que actúe según su conciencia, sobre todo en materia religiosa”⁽³⁾.

En la formación de la conciencia, la Palabra de Dios es la luz de nuestro caminar; es preciso que la asimilemos en la fe y la oración, y la pongamos en práctica. Es preciso también que examinemos nuestra conciencia atendiendo a la cruz del Señor. Estamos asistidos por los dones del Espíritu Santo, ayudados por el testimonio o los consejos de otros y guiados por la enseñanza autorizada de la Iglesia.

La reflexión personal y comunitaria, una de cuyas manifestaciones son los comités de ética, pueden aportar luz en los difíciles problemas en los que los casos concretos escapan a la normativa ética de los pronunciamientos del Magisterio. Competencia profesional, docilidad y respeto al Magisterio y espíritu de diálogo son requisitos esenciales para discernir conductas concretas en casos particularmente conflictivos donde es necesaria una jerarquización de valores que entran en conflicto.

Puesto que los problemas éticos más importantes del derecho natural no tienen una respuesta explícita en la Biblia, hay que insistir más en una fundamentación convincente y razonada que no se apoye en el argumento de autoridad. Sin esta condición será cada vez más difícil que el hombre de hoy, consciente de su autonomía y responsabilidad, preste con libertad su asentimiento.

7.3. Conciencia y rectitud moral

7.3.1. *El servicio al hombre enfermo y necesitado, “conditio sine qua non”*

El término “siervo” de la primera comunidad eclesial formaliza y define la condición del creyente que, por amor, se pone a disposición de sus hermanos. Esta actitud se evidencia aún más en el cuidado que la comunidad eclesial tiene hacia los enfermos y necesitados.

En realidad los testimonios de más autoridad del pasado (juramento de Asaph, oración de Maimónides, Juramento Hipocrático, etc.) habían subrayado que el compromiso ético de servicio del agente sanitario y la idea misma de ministerio sociosanitario es común a muchas líneas ideológico-culturales. Sin embargo es en el cristianismo donde esta idea asume una importancia muy particular por la referencia al ministerio de Cristo, “diácono” del Padre para los hombres, siervo de Dios para ser siervo de los hermanos. Policarpo (finales del siglo I) lo llamará “diácono, siervo de todos”.

Justamente por esto, en la Orden religiosa que hace de la hospitalidad su carisma específico, la dimensión del servicio se convierte en algo a lo que no se puede renunciar y expresa la razón de ser de las propias obras y la actitud interior de los colaboradores más implicados.

En esta perspectiva, la diferencia de vocaciones convierte la pluralidad en motivo de riqueza carismática. De esta manera, los hechos existenciales, los estados de vida y el ámbito del trabajo se convierten en ocasiones y compromisos “ministeriales”. Allí donde el compromiso profesional y existencial conlleva una participación directa a las necesidades existenciales del otro, como en el caso de la Orden Hospitalaria, el servicio se convierte en una verdadera línea-guía de su actuar.

7.3.2. Grados de implicación personal en la misión de la Orden

7.3.2.1. Los Hermanos. Constituyen, como es obvio, las personas más radicalmente involucradas en la Orden por su profesión religiosa. Este término (profesión) es idéntico al que se usa para una actividad laboral. Ambas situaciones están caracterizadas por tres dimensiones: creer en la realidad existencial que se abraza declarándolo abierta y formalmente, pertenecer a un grupo social particular que convierte esta realidad en su razón de ser y el compromiso a expresar en la vida la realidad profesada.

La primera dimensión –creer–, concierne a la esfera intelectual y se realiza, si podemos decirlo así, en “creer en la hospitalidad”. No se puede vivir ni actuar según el estilo de San Juan de Dios, es decir encarnando concretamente el carisma de la hospitalidad, si uno no cree a esta hospitalidad. Se trata, pues, de renovar un testimonio que brote de la hondura misma de la fuente vocacional, renovándose cotidianamente y reformulando cada día el propio “sí” a la hospitalidad.

La segunda dimensión –pertenecer–, concierne al ámbito relacional, es decir el sentido de pertenencia y, más concretamente, la dimensión comunitaria de la propia vida. La vida es, ante todo, espejo de una vocación que, sin eliminar la dimensión personalista de un Dios que “nos llama por el nombre”, se actualiza en una comunidad. Además, en su respuesta conlleva una pertenencia específica comunitaria que se realiza, en lo que se refiere a su ser, en la estructura orgánica de la Orden; en lo que se refiere a su actuar, en la vida fraterna y en el compromiso hospitalario común.

Por último, la dimensión de la voluntad –compromiso–, se expresa electivamente en la profesión de los votos. Al respecto, es necesario subrayar una vez más su dimensión oblativa más que ascética, viéndolos en su realidad de “don” más que de “renuncia”. En esta óptica, su significado puede constituir un ejemplo de imitación de los valores también de parte de los colaboradores encontrando una dimensión de comunión que supera el ámbito del simple trabajo hecho juntos. El Hermano podrá compartir así con el laico la obediencia como adhesión a las circunstancias existenciales de cuya urdimbre pueda vislumbrarse la voluntad de Dios; la pobreza como don de los bienes interiores, del tiempo, del intelecto, del corazón; la castidad como ofrenda del propio cuerpo y de los recursos específicos del hombre y de la mujer; y la hospitalidad como expresión de acogida y servicio a la persona enferma y necesitada.

7.3.2.2. Los colaboradores. En este ámbito podemos incluir a todos aquellos que, trabajando en las obras de la Orden y participando, desde su propia identidad, en las iniciativas y obras promovidas por la Orden, cumplen su mismo fin. “Los niveles de esta participación varían: hay personas que se sienten muy vinculadas a la Orden a través de su espiritualidad; otras, en cambio, viven su participación desarrollando la misma misión. Pero lo que cuenta es que el don de la hospitalidad recibido por San Juan de Dios cree entre los Hermanos y los Colaboradores un vínculo de comunicación que sea para ambos un impulso y un estímulo a desarrollar su vocación cristiana y a ser para el pobre y el necesitado una señal visible del amor misericordioso de Dios”⁽⁴⁾.

Independientemente de la fe, los colaboradores de nuestros Centros contribuyen a llevar a cabo de una forma determinante la actividad de la obra, siendo partícipes de su misión. Estos entablan con la Orden una relación esencialmente laboral puesto que son en gran parte los artífices del servicio que la obra presta a la colectividad. Por su número y por la objetiva promoción de la estructura que ellos realizan dan una contribución significativa a las obras de la Orden incluso sin buscar un compartir profundo del carisma siguiendo estilos y modalidades que, posiblemente, no consideran que corresponde a su situación existencial. Respetando sus valores y sin forzar sus conciencias será oportuno, sin embargo, proporcionarles todos los instrumentos necesarios para que puedan seguir un camino que, con el tiempo, les pueda llevar a asumir libremente una identificación más directa con la misión de la Orden.

Los colaboradores más sensibles y comprometidos, que desean vivir identificados con la misión de la Orden, participan plenamente del carisma de San Juan de Dios, que en ellos vive y se difunde no menos que en los Hermanos. Justamente por esto, en el ámbito de estos colaboradores, se han realizado (y es de auspiciar que continúen realizándose) formas asociativas particulares, que expresan más directamente, en el estilo de vida secular, la misión de la Orden. En esta perspectiva, la colaboración entre Hermanos y Colaboradores deja de ser un hecho ocasional y espontáneo para pertenecer esencialmente a la vida de la Orden desde una plena integración.

Se trata de una perspectiva muy apreciada por la Iglesia universal: “frente a las nuevas situaciones, no pocos institutos han llegado a la conclusión que el propio carisma se puede compartir con los laicos. Se invita a los laicos a que participen de una forma más intensa de la espiritualidad y de la misión del Instituto. Como continuidad con las experiencias históricas de varias Ordenes seculares y de Ordenes Terceras, se puede decir que se ha abierto un nuevo capítulo rico de esperanzas en la historia de las relaciones entre personas consagradas y laicos”⁽⁵⁾.

Para la reflexión:

- 1) ¿Qué recursos estamos utilizando para promover esta Integridad personal?
- 2) ¿Qué otros recursos deberíamos utilizar?

NOTAS AL CAPÍTULO SÉPTIMO

(1) CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et Spes*, 16.

(2) Catecismo de la Iglesia Católica (CIC), Roma, 1992 # 1780.

(3) *Ibidem.*, CIC 1782.

(4) CURIA GENERAL, *Hermanos y Colaboradores unidos para servir y promover la vida*, Roma, 1991. # 116

(5) JUAN PABLO II, *Vita Consecrata*, 1997, # 54

8. CREAR EL FUTURO CON ESPERANZA

8.1. 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⁽¹⁾. 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 crecimiento 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⁽²⁾. 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.

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 humanidad 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.

8.2. 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 y 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.

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 una llamada fuerte a su necesidad y a buscar medios para su realización”⁽³⁾.

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.

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 reinención 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⁽⁴⁾.

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⁽⁵⁾. 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.

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” (Jr 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 jerárquico 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.

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.

8.3. 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 y 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.

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⁽⁶⁾.

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.

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, en-

tre 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.

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.

Para la reflexión:

- 1) ¿Qué signos actuales nos hacen mirar el futuro con temor?
- 2) ¿Qué signos actuales nos hacen mirar el futuro con esperanza?

NOTAS AL CAPÍTULO OCTAVO

(1) 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.

(2) cfr. 2ª *Carta de San Juan de Dios a la Duquesa de Sesa*.

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

(4) 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

(5) Cfr. *Constituciones*, n. 41

(6) Cfr. *Constituciones*, n. 2

(7) JUAN PABLO II, *Redemptor Hominis*, 1979. Al respecto cfr. *Vita Consacrata: ‘La vida consagrada epifanía de Dios en el mundo’*; n.73: Al servicio de Dios y del hombre.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
1. PRINCIPIOS, CARISMA Y MISIÓN DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS	6
<i>1.1. Proyectando el futuro desde nuestros principios</i>	6
<i>1.2. El Carisma de la Orden</i>	8
<i>1.3. La misión de la Orden</i>	9
2. FUNDAMENTOS BÍBLICO-TEOLÓGICOS DE LA HOSPITALIDAD	11
<i>2.1. El acercamiento filosófico y religioso al sufrimiento</i>	11
2.1.1. El hombre frente al dolor	11
2.1.2. El sufrimiento y los sufridores en el Cristianismo	12
2.1.3. El mensaje evangélico de liberación	13
<i>2.2. La hospitalidad en el Antiguo Testamento</i>	13
2.2.1. El Dios hospitalidad	13
2.2.2. El concepto de hospitalidad	14
2.2.3. Las razones de la hospitalidad	14
2.2.4. Las referencias más importantes	15
2.2.5. La hospitalidad institucional	16
<i>2.3. La hospitalidad en el Nuevo Testamento</i>	16
2.3.1. La perspectiva evangélica	16
2.3.2. La philoxenia	17
2.3.3. Hospitalidad y evangelización	17
2.3.4. El Buen Samaritano	18
3. EL CARISMA DE LA HOSPITALIDAD EN SAN JUAN DE DIOS Y EN LA ORDEN HOSPITALARIA	20
<i>3.1. El carisma de la hospitalidad en San Juan de Dios</i>	20
3.1.1. Hospitalidad misericordiosa	20
3.1.2. Hospitalidad solidaria	20
3.1.3. Hospitalidad de comunión	21
3.1.4. Hospitalidad creativa	22
3.1.5. Hospitalidad integral (holística)	22
3.1.6. Hospitalidad reconciliante	22
3.1.7. Hospitalidad generadora de voluntariado y colaboradores	23
3.1.8. Hospitalidad profética	23
<i>3.2. La hospitalidad a lo largo de la historia</i>	24
3.2.1. La hospitalidad juanediana desde los primeros años y a través de los siglos	24
3.2.2. Presencia actual	25
3.2.3. Nuevas formas de presencia	26
4. PRINCIPIOS QUE ILUMINAN NUESTRA HOSPITALIDAD	30
<i>4.1. Dignidad de la Persona humana</i>	30
4.1.1. El respeto a la persona humana	30
4.1.2. La universalidad del respeto	30
4.1.3. Acogida de los enfermos y necesitados	31

4.2. <i>Respeto de la vida humana</i>	31
4.2.1. La vida como bien fundamental de la persona	31
4.2.2. Protección de las personas discapacitadas	32
4.2.3. Promover la vida en las situaciones de pobreza	32
4.2.4. Obligación y límites en conservar la propia vida	33
4.2.5. Deber de no atentar contra la vida de otros	33
4.2.6. Deberes en orden a los recursos de la biosfera	33
4.3. <i>Promoción de la salud y lucha contra el dolor y el sufrimiento</i>	33
4.3.1. Deber de la educación sanitaria	33
4.3.2. La opción preferencial por los pobres	34
4.4. <i>La eficacia y la buena gestión</i>	34
4.4.1. Deber de concienciar a la población de que los recursos sanitarios no pueden ser considerados como mero consumo	34
4.4.2. Administración y gestión eficaz y eficiente de los recursos	34
4.4.3. La institución hospitalaria empresarial debe orientarse hacia la recuperación de la persona integralmente considerada	35
4.4.4. La inversión en crear un clima humano y humanizador como ayuda a la rentabilidad de los recursos	35
4.4.5. Derechos y deberes de los trabajadores	35
4.5. <i>Nueva hospitalidad y nuevas exigencias: Tercer y Cuarto Mundo</i>	35
4.5.1. Solidaridad y cooperación	36
4.5.2. Cooperación y cooperadores: derechos y deberes	36
4.5.4. El voluntariado. Gratuidad e identificación	36
4.6. <i>Evangelización, Inculturación y Misión</i>	37
4.6.1. Visión de Conjunto	37
4.6.2. Evangelización, Inculturación y Misión de la Orden	38
5. APLICACIÓN A SITUACIONES CONCRETAS	40
5.1 Asistencia integral, derechos y deberes de las personas asistidas	40
5.1.1. La humanización de la asistencia	40
5.1.1.1. Apertura	41
5.1.1.2. Acogida	41
5.1.1.3. Capacidad de escucha y de diálogo	42
5.1.1.4. Actitud de servicio	42
5.1.1.5. Sencillez	42
5.1.2. <i>Derechos de las personas asistidas</i>	42
5.1.2.1. Confidencialidad	42
5.1.2.2. Veracidad	43
5.1.2.3. Autonomía	44
5.1.2.4. Libertad de conciencia	45
5.1.3. Deberes de las personas asistidas	46
5.1.3.1. Respeto a la institución y sus principios	46
5.1.3.2. Respeto a los profesionales sanitarios	46
5.1.3.3. Respeto a los pacientes	46
5.1.3.4. Respeto al enfoque clínico	46
5.1.3.5. Respeto a las estructuras	47
5.1.4. Derechos del niño y del adolescente	47
5.1.4.1. Consentimiento y asentimiento del niño y del adolescente	47

5.1.4.2. Neonatos de peso sumamente bajo	47
5.1.4.3. Conflicto de intereses	48
5.1.4.4. Experimentación	48
5.1.4.5. Futilidad	48
5.1.4.6. Adolescencia	48
5.2. <i>Problemas específicos de nuestra acción asistencial</i>	48
5.2.1. Sensualidad y procreación	48
5.2.1.1. Procreación responsable	48
5.2.1.2. Interrupción del embarazo	49
5.2.1.3. Objeción de conciencia	49
5.2.1.4. Diagnóstico prenatal	50
5.2.1.5. Interceptivos y contragestivos	50
5.2.1.6. Reproducción asistida	51
5.2.1.7. Mutilación genital femenina	51
5.2.1.8. Transexualidad	51
5.2.2. Donación de órganos y trasplantes	51
5.2.2.1. Trasplante de órganos	51
5.2.2.2. Comprobación de la muerte	52
5.2.3. Enfermos crónicos y en fase avanzada de la enfermedad	52
5.2.3.1. Eutanasia	53
5.2.3.2. Declaración de las Instrucciones previas o Voluntades anticipadas de tratamiento	53
5.2.3.3. Estado vegetativo	54
5.2.3.4. Cuidados paliativos	54
5.2.3.5. Sedación paliativa	54
5.2.3.6. Feto terminal	55
5.2.4. Ética de la terapia	55
5.2.4.1. Proporcionalidad de los cuidados	55
5.2.4.2. Urgencias	55
5.2.4.3. Terapia intensiva	56
5.2.4.4. Terapia del dolor	56
5.2.4.5. Medicina estética	56
5.2.5. Investigación con seres humanos	56
5.2.5.1. Experimentación clínica	56
5.2.5.2. Consentimiento informado	57
5.2.5.3. Investigación con personas disminuidas y grupos vulnerables	57
5.2.5.4. Fetos y embriones	57
5.2.5.5. Investigación y terapia con células madre	58
5.2.5.6. Biobancos	58
5.2.5.7. Comités de ética	58
5.2.6. Medicina predictiva	59
5.2.6.1. La comunicación del diagnóstico	59
5.2.6.2. Patrimonio genético y tutela del secreto	60
5.2.7. Problemas ético-sociales	60
5.2.7.1. Dependencias	60
5.2.7.2. Enfermos de SIDA	61
5.2.7.3. Otras enfermedades infecciosas	62
5.2.7.4. Medicamentos huérfanos y enfermedades raras	62
5.2.7.5. Personas con discapacidad física, psíquica y sensorial	62
5.2.7.6. Enfermos mentales	63
5.2.7.7. Ancianos	64
5.2.7.8. Abuso de niños, adolescentes y personas vulnerables	64

5.2.7.9. Inmigrantes, sin hogar y otras condiciones de marginación	65
5.2.8. <i>Programas de Humanización y Pastoral</i>	65
5.2.8.1. Programas de Humanización	65
5.2.8.2. Pastoral de salud y social	66
5.3. En la gestión y la dirección	67
5.3.1. Gestión	67
5.3.1.1. Organización y aplicación de recursos	67
5.3.1.2. Profesionalidad	68
5.3.1.3. Competencia técnica	68
5.3.2. Organización	68
5.3.2.1. Correcta expresión de la misión de la obra en los instrumentos organizativos	68
5.3.2.2. Defensa de la pluralidad	69
5.3.2.3. Delegación. Participación. Asunción de funciones	69
5.3.2.4. Descentralización / Centralización	69
5.3.2.5. Nuevas fórmulas jurídicas	69
5.3.2.6. Trabajo en equipo	70
5.3.3. Política de personal	70
5.3.3.1. Criterios Generales	70
5.3.3.2. Relaciones con los trabajadores	70
5.3.3.3. La acción sindical	71
5.3.3.4. Selección y Contratación de personal	71
5.3.3.5. Seguridad en el empleo	71
5.3.3.6. Sistema salarial	72
5.3.3.7. Motivación	72
5.3.3.8. Convergencia de valores de todos los que hacemos posible el Centro	72
5.3.3.9. Crear una cultura de pertenencia al Centro, a la Provincia, a la Orden	73
5.3.4. Política Económica y Financiera	73
5.3.4.1. Entidad sin ánimo de lucro	74
5.3.4.2. Carácter benéfico social	74
5.3.4.3. Equilibrio financiero	74
5.3.4.4. Transparencia en la gestión	74
5.3.5. Responsabilidad Social	74
5.3.5.1. El servicio a la sociedad como elemento justificativo de las obras	74
5.3.5.2. Respeto y aplicación de la legislación	75
5.3.5.3. Compromiso de justicia social en la asignación de recursos	75
5.3.5.4. Función de denuncia en la situaciones que lo exijan	75
5.3.6. Presencia de la sociedad en el centro	75
5.3.6.1. Los usuarios. Asociaciones de usuarios y familiares	75
5.3.6.2. Los trabajadores	76
5.3.6.3. Los bienhechores	77
5.3.6.4. Los voluntarios	77
5.3.6.5. La Iglesia local	78
5.3.6.6. La Administración Pública	78
5.3.7. Evaluación	78
5.3.7.1. Atención a los signos de los tiempos	79
5.3.7.2. Respuesta a las necesidades del hombre y de la sociedad	79
6. FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	82

6.1. <i>Formación</i>	82
6.1.1. Formación técnica, humana y carismática	82
6.1.2. Los comités de ética como instrumento de formación	83
6.2. <i>Docencia</i>	85
6.2.1. La docencia, una constante en la Orden	85
6.2.2. La docencia, un imperativo en la actualidad	86
6.3. <i>Investigación</i>	86
6.3.1. Comunicación de la óptica de la Orden	86
6.3.2. Promoción de la investigación hacia el tercer milenio	87
7. INTEGRIDAD PERSONAL COMO BASE PARA LA ACCIÓN	91
7.1. <i>La integridad como proyecto de existencia</i>	91
7.1.1. Vivir de acuerdo con los valores que configuran la persona	91
7.1.2. El hombre, testigo de la Trascendencia y del Amor	91
7.2. <i>La conciencia como motor de nuestra acción</i>	92
7.3. <i>Conciencia y rectitud moral</i>	92
7.3.1. El servicio al hombre enfermo y necesitado, “conditio sine qua non”	92
7.3.2. Grados de implicación personal en la misión de la Orden	93
7.3.2.1. Los Hermanos	93
7.3.2.2. Los colaboradores	93
8. CREAR EL FUTURO CON ESPERANZA	95
8.1. <i>Desafíos del presente</i>	95
8.2. <i>Fuerza profética de la hospitalidad</i>	96
8.3. <i>Vitalidad humano-divina del carisma de la hospitalidad</i>	98
ÍNDICE	101

