

Técnica y humanismo en los hospitales

Los progresos técnicos, en el campo de la medicina, han supuesto un beneficio gigantesco para el mundo de los pacientes, pero tales adelantos han marginado muchas veces la dimensión humana y psicológica del enfermo. La salud no afecta exclusivamente a su organismo biológico, sino que exige otra serie de condiciones básicas para recuperar este humanismo en la praxis sanitaria.

Eduardo López Azpitarte*

Introducción: la civilización médica

EL avance tecnológico ha llegado a niveles muy altos de capacitación, con un beneficio indiscutible para la sociedad. Aunque resulte un poco paradójico, se podría decir que la naturaleza no es ya el único árbitro que regula el combate entre la vida y la muerte. Ésta

* Profesor de Moral en la Facultad de Teología de Granada.

nunca será vencida, pues forma parte de nuestra constitución celular, pero el progreso ha hecho posible que, en esa lucha continua, lo que parecía un destino irremediable, desaparezca de nuestro horizonte inmediato hasta un momento posterior. De esta forma, la técnica ha concedido un indulto generoso a muchas personas que, hasta hace poco tiempo, estaban condenadas a una muerte inmediata. Sin embargo, son muchas las voces de protesta y denuncia que se levantan contra los fallos que se detectan en el mundo sanitario.

No pretendo, en esta ocasión, abarcar la pluralidad y amplitud de los problemas éticos vinculados con la práctica médica. Aquí podría aplicarse el proverbio oriental, lleno de sabiduría y sentido común, de que para impedir hacerte daño en el pie no pretendas alfombrar el mundo entero. Quisiera fijarme ahora en el peligro de que tales progresos técnicos se conviertan en una amenaza, aunque pueda parecer paradójico, para el buen cuidado a los enfermos. Hoy se habla y escribe mucho sobre la deshumanización en que ha caído la medicina moderna. Ivan Illich ha sido, sin duda, el que ha hecho una crítica más feroz y despiadada contra todo el sistema sanitario. Sus acusaciones son impresionantemente duras, llenas con frecuencia de ironías y un tanto caricaturizadas, pero con una dosis de verdad objetiva. La moderna civilización médica, afirma, «está planificada y programada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y luchar contra la muerte», pero a costa de sacrificar el contenido humano de la existencia (1).

Es verdad que las responsabilidades no recaen sólo sobre el personal de los centros hospitalarios, sino también sobre las estructuras sanitarias (2), que provocan muchas veces una cierta deshumanización, de la que no siempre permanecen inmunizados los mismos profesionales de la salud. Para

(1) I. Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral, Barcelona, 1975, 115. Némesis, como se sabe, era la diosa griega de la venganza, encargada de castigar a los mortales que intentan usurpar los privilegios divinos. En este caso, es el símbolo del castigo inevitable por hacer del médico un héroe, que busca los atributos de un dios. Ver también J. Plaza Montero, «Reflexiones sobre los cambios en la asistencia a los pacientes durante los últimos 50 años», *Labor Hospitalaria*, 26 (1994), 95-99. J. M. Junceda, *Diagnóstico ético sobre medicina actual*, San Pablo, Madrid, 1994.

(2) Cf. *Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*, más conocido como el Informe Abril Martorell por haber sido el presidente de la misma. Puede verse en *Labor Hospitalaria*, 24 (1992), 42-56. El mismo Abril Martorell reconoce, en esa misma revista, que «el informe estaba destinado, de forma importante, a remover y sacudir las conciencias», p. 59.

recuperar esta dimensión humanizante me parece fundamental partir de una constatación previa, que nos acerque a la situación psicológica del enfermo.

La enfermedad: Experiencia de finitud e impotencia

LA enfermedad, sobre todo cuando no es algo leve y pasajero, revela la vulnerabilidad de la carne que no había provocado hasta el momento ningún tipo de protesta. Si la salud es el silencio pacífico del organismo, podríamos definir a la enfermedad como el grito del cuerpo que se siente amenazado no sólo por el desorden de su biología, sino por todo el mundo simbólico que despierta y que afecta también, mucho más de lo que a veces creemos, a toda la psicología del individuo. Es una experiencia de la finitud y de la impotencia que despoja a las personas de su propia seguridad (3). Cualquiera que se acerque un poco al interior de un enfermo lo primero que descubre es una cierta angustia escondida que, a veces, no se puede casi explicitar o se manifiesta de forma indirecta y simbólica. Es el fruto, en el fondo, de una inseguridad que afecta más o menos profundamente según las diversas situaciones objetivas y personales, pero que acompaña siempre a cualquier síntoma patológico.

Ya Freud subrayaba esa casi inevitable regresión infantil y narcisista hacia la pasividad y dependencia (4). Es como un abandono de impotencia en manos de la persona o de la institución, las únicas que pueden solucionar el problema. En este sentido, la medicina ejerce una función paternal que asegura, despierta esperanzas, protege de los peligros, mantiene ilusiones, pero que también, como los propios padres, provoca agresividades latentes, vacíos afectivos, decepciones dolorosas, cuando no responde a las expectativas que se habían fraguado.

La misma Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, aunque insiste con exceso en su carácter orgánico, no olvida la desagradable experiencia emocional que siempre se le asocia y la inevitable interpretación subjetiva de cada persona. Es decir, hasta una sensación de origen biológico

(3) Cf. A. Vannesse, «Ce qu'être malade veut dire» y Cl. Geet, «La maladie comme expérience et comme condition», *Supplément*, n.º 184 (1993), 21-32 y 33-55.

(4) «Introducción al narcisismo», en *Obras Completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1972, vol. VI, 2022.

tiene enormes resonancias en el mundo afectivo y emocional, que no siempre se tienen en cuenta (5).

El fenómeno de la hospitalización: Resonancias psicológicas

TODA esta dimensión psicológica adquiere un mayor relieve con el fenómeno de la hospitalización. Las estadísticas manifiestan un aumento progresivo de las muertes en los grandes hospitales y centros sanitarios. Un hecho lógico si tenemos en cuenta que allí es donde es posible una mejor asistencia con el material y el equipo de que disponen. Pero semejante cambio supone también para el enfermo un corte demasiado radical con su ambiente humano. El encuentro con personas desconocidas, la presencia de otros pacientes en su habitación, las pequeñas costumbres diferentes a las que configuraban su vida normal, la visita limitada de familiares y amigos que acompañan, el sentirse casi anónimo e impotente frente a la estructura que le rodea, la falta de tiempo para una comunicación más personal, etc., producen un sentimiento de desarraigo, aislamiento y soledad, que no parece el más apropiado para estos momentos (6). Además de los achaques y padecimientos naturales de los que se encuentran en esa situación.

La medicina tradicional más individualista que buscaba curar cuando podía, aliviar en ocasiones y consolar siempre, ha quedado superada por las nuevas técnicas y el trabajo en equipo. El progreso médico y las instituciones sanitarias han llegado a cotas muy altas de eficacia, para el tratamiento de todas las enfermedades, pero con un riesgo también evidente: olvidar que el enfermo es ante todo un ser humano y no un simple organismo que necesita reparación. Y es que para esas ocasiones, en las que no faltará un equipo de especialistas, una vigilancia constante sobre las diferentes funciones del organismo y la ayuda de todos los aparatos necesarios, lo único que se echa de menos, con frecuencia, es el calor humano y una mirada que acompañe. Aquella queja amarga de un hijo —«mírame, mamá, a la cara, pero como si

(5) O. França-Tarragó, «Aspectos éticos de la asistencia al enfermo con dolor crónico», *Labor Hospitalaria*, 27 (1995), 164-171.

(6) AA.VV., «Por un hospital más humano», Paulinas, Madrid, 1986. A. Pangrazzi, «I volti dell'umanizzazione e della disumanizzazione negli grandi ospedali», *Camillianum*, 6 (1995), 269-289.

de verdad me vieras»— habría de aplicarse también a estas situaciones para no ver simplemente la enfermedad de la persona, sino para mirar de verdad a la persona que se encuentra enferma.

Aunque sus reacciones biológicas estén perfectamente controladas, la soledad y la angustia del enfermo no se reflejan en ninguna pantalla. Para esas vivencias interiores no hay pastillas que despierten ilusiones y esperanzas, analgésicos contra los sufrimientos y dudas que le asaltan, instrumentos o aparatos que hayan aprendido a escuchar, como un drenaje que ventile los conflictos interiores. Me impresionó, en una encuesta a enfermeras que se ha publicado, que a la pregunta «¿Cómo te imaginas tu propia muerte?», el número mayor de respuestas fue: «Rodeado de familiares. Jamás en un hospital» (7). Y me imagino que tendrán alguna experiencia de cómo se viven esos momentos finales.

La soledad del moribundo

EL problema se acentúa aún más en los moribundos. Es una actitud paradójica y característica. Se ha realizado todo lo posible para curar al enfermo y luchar contra su muerte, sin ahorrar esfuerzos, consultas y medios técnicos. La mejor buena voluntad puesta a su servicio y en busca de su curación o mejora. Pero cuando el momento final se aproxima de forma irremediable, imponiendo su fuerza y ahogando cualquier esperanza, el paciente queda abandonado a su destino, a la espera de su muerte más o menos presentida, como si ya no fuese necesaria ninguna ayuda o acompañamiento (8). Desde el instante en que los medios técnicos resultan ineficaces y cualquier otro intento terminaría en un fracaso, desa-

(7) S. Urraca, *El español ante la muerte. (Aproximación psicológica)*, en AA.VV., *Eutanasia y derecho a morir con dignidad*, Paulinas, Madrid, 1984, 55.

(8) Cf. Ch. Jomain, *Morir en la ternura. Vivir el último instante*, Paulinas, Madrid, 1987. M. Faivre, «Accompagner celui qui meurt. Un chemin de fraternité et de dignité», *Christus*, 38 (1991), 494-502. E. López Azpitarte, *Ética y vida: desafíos actuales*, Paulinas, Madrid, 1993 (3), 237-269. J. C. Bermejo, *Relación pastoral de ayuda al enfermo*, Paulinas, Madrid, 1993. F. Morteihan, «Accompagner face à la peur de la mort», *Lumen Vitae*, 49 (1994), 212-218. A. Brusco, «L'accompagnement spirituale del morente», *Camillianum*, 7 (1996), 25-59. J. Conde y M. López de los Reyes, «La asistencia espiritual a los enfermos terminales y a sus cuidadores», *Labor Hospitalaria*, 28 (1996), 38-46.

parece cualquier otra preocupación. Hasta las visitas se hacen menos frecuentes o se omiten, como si el trabajo de médicos y enfermeros hubiera terminado por completo.

Esta aparente despreocupación, que casi nunca tendrá que ver nada con la falta de interés, hunde sus raíces en otros niveles más profundos e inconscientes. El médico —y toda la institución sanitaria— no sólo ha sido formado para mantener la salud y conservar la vida, sino que en él se deposita una esperanza tanto más creciente cuanto menos probabilidades naturales existen de superar una crisis. De alguna manera se mitifica su poder, como el único capacitado para solucionar el problema que nos afecta y, por ello, despierta secretas expectativas e ilusiones renovadas. El paciente realiza un gesto de abandono y confianza en sus manos, que siempre gratifica y hace sentir la superioridad. La muerte próxima aparece, entonces, como algo más que un mero acontecer biológico con el que cada día se encuentra en la clínica. Es también el símbolo de un «fracaso» que, aunque normal y comprensible, no deja de ser menos doloroso al narcisismo inconsciente. Y aceptar esa imagen de impotencia que no puede responder ya a lo que de él se esperaba, resulta psicológicamente desagradable. La huida del enfermo podría expresar el humilde reconocimiento de la propia fragilidad, como un lenguaje silencioso que manifiesta lo que no se atreve a decir con palabras.

La relación privilegiada con el enfermo: Los riesgos del progreso técnico

ESTAS sencillas reflexiones quieren poner de relieve que, en el cuidado a los enfermos, la primera exigencia ética es preocuparse mucho más por la persona que por la enfermedad que padece. Y cuando se quiere hacer una valoración sobre un centro sanitario, la calidad técnica, sus logros científicos, el nivel de investigación, el trabajo en equipo, la preparación de todo el cuerpo sanitario constituyen elementos importantes que prestigian a la institución, pero me atrevería a decir, aunque no todos lo compartan, que el criterio básico debería de ser la delicadeza, cercanía y sensibilidad que humaniza el entorno. El simple tecnicismo se ha convertido en una grave amenaza a la humanización de la medicina.

En este sentido, la calidad humana del equipo es mucho más difícil de conseguir que el nivel técnico de preparación o el uso de los modernos aparatos. Para esto último bastan los recursos económicos o el estudio de la especialidad, pero la sensibilidad y el cariño no son asignaturas obligatorias

de ningún plan académico, y si hoy se dan, afortunadamente, en muchos profesionales sanitarios es a pesar de sus estudios y conocimientos en el mundo de la salud.

Por eso, para lograr este objetivo, no basta tampoco con mejorar el trato, la educación o el interés, sino que requiere un cambio de esquemas que oriente hacia la vida afectiva, emocional y psicológica del paciente. La medicina *mecanicista* busca la curación de un defecto orgánico. Hoy se insiste mucho más en una terapéutica sistémica que incluye, además, todas las otras dimensiones que responden a las necesidades psicológicas y trascendentes de la persona. No se trata, por supuesto, de convertir al hospital en un centro de ayuda psicológica. Es que esta dimensión humana nunca se puede excluir en cualquier tipo de comunicación con el enfermo. Si antes decíamos que la enfermedad es una protesta del cuerpo, su grito incluye también otras muchas demandas a las que sólo se puede responder con esa dosis de humanismo y sensibilidad, que se transmiten con el silencio comprensivo de una mirada, con el afecto de una sonrisa, con la palabra paciente y consoladora, con la empatía que acerca a comprender la peculiaridad de cada caso (9). La respuesta a esta palabra del cuerpo exige una relación mucho más global y totalizante que la simple terapia orgánica.

Raíces primitivas de la hospitalidad: Un recuerdo para el estímulo

NO sería inútil en este contexto hacer una breve referencia histórica a las raíces primeras que tuvieron tanta influencia en la preocupación social por los enfermos. No hay que dar marcha atrás en el gigantesco avance dado por la medicina y en la impresionante oferta de salud y bienestar que aportan sus instituciones, pero sí deberíamos recuperar mucho de ese talante humanista que estuvo presente en sus comienzos.

La *terapia* es un término griego que encierra un significado más rico y profundo que la simple cura corporal. Es el tratamiento de un mal orgánico,

(9) E. D. Pellegrino, «Las relaciones entre médicos y enfermos. Confianza y desconfianza en la ética profesional», *Atlántida*, n.º 5 (1991), 44-51. AA.VV., «Vivir el morir», *Labor Hospitalaria*, n.º 24 (1992). B. P. Sandrin, *Comprender y ayudar al enfermo*, San Pablo, Madrid, 1992. G. Ferrières, «Voix sans visages», *Études*, 383 (1995), 37-46.

pero realizado con un componente de solicitud y amor. Jesús ya aparece en los evangelios como el gran taumaturgo que conmociona muchas vidas humanas y al que todos los enfermos deseaban acercarse por la fuerza y el poder que salían de sus gestos y palabras: «Todos cuantos tenían enfermos de diversas dolencias se los llevaban; y, poniendo Él la mano sobre cada uno de ellos, los curaba» (Lc 4, 40). La salvación que Él ofrecía se designaba con la misma palabra que expresa la salud corporal y se manifestaba a través de estas curaciones. Entre los signos de su mesianidad, como Él mismo anunciaría en la sinagoga de Nazaret, recordando antiguas profecías (Lc 4, 18-19), aparecen siempre la curación de los enfermos y la ayuda a los afligidos y necesitados.

No es extraño, por tanto, que transmita la misma recomendación a los discípulos que envía a predicar su mensaje: «Les dio autoridad y poder..., para curar enfermedades y los envió a proclamar el Reino de Dios y a curar» (Lc 9, 1-2). La historia demuestra, como lo han reconocido ilustres personalidades médicas, que la Iglesia hizo un esfuerzo enorme para continuar el ejemplo y el mandato de Jesús en el cuidado de los enfermos y necesitados de cualquier tipo (10). Las casas de acogida de muchos grupos cristianos, que se entregaron a tales tareas para continuar el ejemplo y el mandato de Jesús, se multiplicaron por muchos lugares. La ayuda técnica era aún muy limitada e incipiente, pero esa laguna quedó compensada con un plus de humanismo y de generosidad.

La *hospitalidad* fue el término empleado para traducir al latín la palabra griega *philoxenia*, que expresa el amor al extraño, la acogida como huésped del extranjero y desconocido. Los primeros hospitales, como se denominaron estos centros, querían ser el hogar del enfermo, donde se ofreciera, a pesar de las muchas deficiencias técnicas, un ambiente cálido y afectivo que cicatrizará cualquier tipo de heridas de los que buscaban cobijo y compañía. Si recuerdo estos orígenes primitivos, repito, es para subrayar esta exigencia humana básica que no está reñida con el progreso ni nace exclusivamente de una visión religiosa: la necesidad de una relación privilegiada con el enfermo.

(10) Para un estudio histórico sobre el papel de la Iglesia en relación con la salud, cf. P. Laín Entralgo, «La relación médico-enfermo. Historia y teoría», *Revista de Occidente*, Madrid, 1964, 101-196, e *Historia de la Medicina*, Salvat, Barcelona, 1978, 139-142; D. Gracia, «El cristianismo y la asistencia al enfermo», *Labor Hospitalaria*, n.º 184 (1982), 66-75; J. Conde, «La aportación de la Iglesia a la sanidad. Dede el Evangelio y su propia tradición», *Labor Hospitalaria*, n.º 24 (1992), 69-77.

La vocación sanitaria: Antídoto para el encallecimiento

DENTRO de la práctica sanitaria existe el riesgo de encallecerse, casi como un mecanismo de defensa para no dejarse invadir por la angustia y sufrimiento que se respira. El encuentro continuo con el dolor y con la muerte del ser humano, la observación diaria de los mismos problemas y ansiedades, la escucha permanente de las mismas preguntas en personas que desconocen el valor y significado de los síntomas que experimentan, exigen un talante muy denso y equilibrado para que no se difumine la individualidad de cada paciente hasta convertirlo en uno más de los muchos que han sufrido un infarto, tuvieron un desprendimiento de retina o padecieron una hernia de disco. El mismo vocabulario que, a veces, se utiliza diluye la personalidad en el nombre genérico de la dolencia. El individuo queda reemplazado por la enfermedad. Cuando la monotonía cansa y los interrogantes de siempre terminan por aburrir se requiere una vocación muy grande para no perder la sonrisa y tener la palabra adecuada.

La medicina debería ser de las pocas profesiones que requieren una auténtica vocación personal para el servicio integral de los enfermos, pero sabiendo que tal servicio, sin excluir tampoco los otros aspectos, no se presta sólo con la técnica, sino con la sensibilidad y el afecto. Nadie dice que el paciente es un objeto averiado que necesita un recambio o una revisión, pero, en la práctica, no siempre se acepta como un sujeto ansioso, angustiado, lleno de temores y preocupaciones frente a una situación que le resulta desconocida y amenazante.

El difícil arte de escuchar: Una asignatura olvidada

DESDE esta perspectiva, me atrevería a subrayar, como una segunda exigencia ética, el difícil arte de *escuchar* (11). Puede resultar extraño que insista en esta obligación a un colectivo que está tan acostumbrado a oír a un paciente detrás de otro. Es verdad que todos los

(11) F. Bordes, «L'écoute. Dimension psychologique et spirituelle», *Christus*, 38 (1991), 332-338. M.^a J. Thiel, «Le malade, l'autre», *Études*, 383 (1995), 27-36. C. Alemany, «"Escuchar": un arte complejo», *Sal Terrae*, 83 (1995), 55-65. J. Powel, «El verdadero yo: ien pie!», *Sal Terrae*, Santander, 1996.

médicos pasan muchas horas oyéndoles en sus consultas y visitas, pero la escucha tiene un talante muy diferente. El oído está capacitado para captar diferentes mensajes al mismo tiempo, pues leemos el periódico, seguimos la conversación y nos enteramos del telediario. Es cuestión de centrar algo más nuestro interés en aquello que de inmediato nos llama la atención. Para escuchar se necesita un esfuerzo superior y mucho más difícil que transmite al confidente la impresión de que lo único que ahora preocupa e interesa en el diálogo es el problema y la dificultad que nos presenta. Un convencimiento que se despierta, a través de múltiples mensajes implícitos, cuando la persona detecta que todo lo demás queda por el momento marginado frente a su propia preocupación.

Semejante objetivo no se alcanza sin una cierta violencia interior, para que el que escucha sepa prescindir, en esos momentos, de sus propios problemas y estados de ánimo, de sus urgencias y necesidades, de sus prejuicios y valoraciones previas como único medio para que el otro se sienta importante y acogido. Es verdad que son muchas las ocupaciones y la falta de tiempo del personal sanitario, condicionado por las estructuras actuales, pero también esta dimensión humana es una de las tareas más importantes que se hace posible, aun en las mismas acciones rutinarias y hasta rápidas, cuando por dentro existe este profundo talante humano. Todo depende de la actitud interior que otorga la primacía a unos valores sobre otros.

Hay tareas y oficios que, al margen de la inclinación personal que por ellos se siente, tienen también para el sujeto una función utilitaria, como medio para ganarse la vida o alcanzar un prestigio, aunque todos requieran la prestación de unas funciones remuneradas que podrán realizarse con mayor o menor simpatía y afabilidad. Creo, sin embargo, como he dicho antes, que la medicina y todo el trabajo relacionado con ella requieren una auténtica vocación personal, como una consagración voluntaria al servicio del enfermo y por encima de cualquier otro objetivo que, por muy digno y apetecible que sea, ha de tener un carácter subordinado. Cuando no existe esa llamada interior será muy difícil que la práctica sanitaria se viva con la riqueza de este humanismo.

El paso de la beneficencia a la justicia: Los derechos del enfermo

EXISTE, finalmente, otra exigencia ética que se ha derivado de los cambios producidos por la medicina moderna. En

otras épocas anteriores, los servicios sanitarios se prestaban como un gesto de altruismo y generosidad, cuando no se daban las condiciones económicas para ofrecerlos a los ciudadanos como una función social. La entrega en manos del médico era absoluta para que él determinara lo que parecía más conveniente. Se daba, por ello, una actitud de superioridad y paternalismo hacia el que todo lo espera, en medio de su impotencia. Lo que antes era un gesto de beneficencia o una prestación remunerada por los particulares, ahora se ha convertido en un servicio público al que todo el mundo, al menos en teoría, tiene derecho. El principio de beneficencia deja de ser el único criterio para completarse ahora con el principio de justicia. La evolución, en la que no nos vamos a detener, ha sido significativa y no exenta de otras consecuencias.

A partir de ese momento, se comienzan a desarrollar los derechos de los enfermos, como una exigencia de justicia que brota de su condición de consumidor (12). Ya no será una persona que intenta obtener su salud por simple beneficencia o mediante una determinada remuneración, sino que ahora podrá pedirla como un derecho que afecta también a la responsabilidad de los médicos. El enfermo, como ser autónomo, ha perdido su condición de menor de edad y participará en adelante en las decisiones sobre su salud.

En este nuevo contexto, los profesionales sanitarios conservan por supuesto su autoridad y supremacía científica, pero se les exige el despojo del paternalismo excesivo con que actuaban con anterioridad. El *consentimiento informado* —uno de los requisitos presentes en todos los códigos éticos— ha de llevarles a un diálogo más igualitario, en el que entreguen los datos e informaciones adecuadas para que el propio enfermo tome las decisiones que juzgue convenientes. No hay que trabajar *por* y *para*, sino *con* el mismo paciente hasta convertirlo en colaborador del propio equipo médico. Si hay una queja generalizada de que hasta en la legislación civil predomina la mentalidad paternalista que defiende al individuo como si no hubiera alcanzado su mayoría de edad, sospecho que ese mismo talante no ha desaparecido por completo en el ámbito sanitario, a pesar de que la reglamentación ética lo condene de forma explícita. La regresión del paciente, a la que antes hacíamos alusión, su ignorancia sobre los temas médicos, el reconocimiento de

(12) Ver los artículos de D. Gracia, L. Sanjuanbenito y N. Aguilera, en AA.VV., *Dilemas éticos de la medicina actual*, Universidad de Comillas, Madrid, 1986, 17-99. F. J. Elizari, *Bioética*, Paulinas, Madrid, 1991, 256-262, con la amplia bibliografía sobre los comités de ética. P. Verspieren, «Respecter et promouvoir l'autonomie du malade», *Revue d'Éthique et de Théologie Morale*, 1 (1995), 47-63.

que su salud y vida se encuentra en manos del especialista, etc., son factores que invitan a no mantener su autonomía como valor prioritario y a no ayudarle tampoco a tomar sus propias decisiones.

Hacia una relación igualitaria: La autonomía del paciente

LA información objetiva, en esos casos, no es comunicar simples contenidos intelectuales. Las verdades que afectan a lo más profundo de la persona sólo pueden comunicarse también con un corazón lleno de humanismo y delicadeza, pues las palabras que se transmiten están cargadas de mensajes implícitos que condicionan su interpretación, y ayudan u obstaculizan para integrar y comprender los datos ofrecidos. Si faltara esto, la comunicación simplemente intelectual se convertiría en un atentado o perversión, al ignorar las cualidades indispensables que ella requiere. Sólo la entrega com-partida y com-pasiva —cuando se parte y se padece juntos— hace que la palabra dicha adquiera su densidad humana. Incluso en las situaciones más difíciles e inevitables, donde ya no queda espacio para ninguna esperanza humana, es posible aún ayudar a la reconciliación con el destino y no excluir la dimensión religiosa que, para el verdadero creyente, es generadora de paz y de consuelo (13).

El peligro que ahora existe es el de fomentar las mutuas desconfianzas entre las dos partes, como las que se dan en cualquier tipo de contrato. El usuario que se siente descontento por la poca eficacia y calidad de los servicios prestados, a los que tiene pleno derecho por su contribución económica, y el equipo técnico que no se hace responsable de una situación que tampoco depende por completo de él y con la que no se encuentra identificado. Si estas deficiencias estructurales se compensaran con el talante humanista del que antes hablábamos, el clima podría serenarse mucho más, a pesar de todas las limitaciones.

(13) R. Pegoraro, «Comunicazione della verità al paziente. Riflessioni etico-teologiche», *Medicina e Morale*, 41 (1991), 959-989 y 42 (1992), 425-446. J. H. Thieffrey, «Necesidades espirituales del enfermo terminal», *Labor Hospitalaria*, 24 (1992), 222-236. R. Sala, «Autonomía e consenso informato. Modelli di rapporto tra medico e malato mentale», *Medicina e Morale*, 44 (1994), 39-72. P. Barroso, «Información, ética, cáncer y SIDA», *Studium*, 35 (1995), 133-154. Cl. Geets, «Verdad y mentira en la relación con el enfermo», *Selecciones de Teología*, 34 (1995), 72-79.

No creo necesario enumerar ahora los problemas éticos concretos que podrían multiplicarse también de manera excesiva. Como sucede muchas veces, el casuismo corre peligro de ofrecer soluciones en recetas que no expliquen los presupuestos de base. Cuando se parte de éstos, como hemos intentado hacer de una forma tan breve, se hace más fácil descubrirlas en la propia responsabilidad honesta y sincera. Al que busque la ayuda y el servicio a la persona que se encuentra enferma, como una llamada a la que desea responder, para satisfacer sus fallos biológicos y sus exigencias humanas; al que se abre a la escucha atenta que hace sentirse al paciente como un sujeto privilegiado y se pone en diálogo con ella para capacitarla en la toma de sus decisiones, no hay que recordarle mucho más. Estos principios serían suficientes para que desaparecieran las técnicas sin humanismo, las relaciones burocráticas y lejanas, los paternalismos que infantilizan, la despreocupación e indiferencia frente a otras necesidades que surgen en tales momentos, la violación de aquellas zonas que se desvelan confidencialmente al profesional, pero que son patrimonio exclusivo del propio sujeto.

Conclusión

NO quisiera terminar sin añadir un breve comentario que nos afecta a todos los que no estamos implicados directamente en el mundo de la sanidad. Como decía alguno, con cierto humorismo, la salud es un estadio transitorio que no presagia nada bueno. En el fondo es difícil encontrar esa sensación plena y benéfica en todos los niveles, que caracteriza a la salud según la definición dada por la OMS (14).

Quiero decir que casi todas las personas, aunque no acudan al médico, están de alguna manera enfermas. Son muchos los necesitados de cualquier tipo, que experimentan el abandono y la soledad, con heridas, a veces, más dolorosas y traumáticas que las patologías corporales. Su curación no es un problema técnico que requiera al especialista. Lo único que necesitan es encontrarse con alguien capaz de ofrecer la cercanía afectiva y el calor que les falta. Son situaciones que recuerdan, de alguna manera, la vocación sanitaria de todo ser humano. Tal vez, si hubiera junto a estas personas otros individuos que se preocupasen de ellas, la atención preventiva, de la que tanto se habla hoy, daría un avance espectacular. Basta la escucha y el cariño para que múltiples síntomas llegaran a desaparecer o disminuir.

(14) L. Feito Grande: «La definición de la salud», *Diálogo Filosófico*, 34 (1996), 61-64.

Y es que cualquier otro problema, de los que aquí se han tratado, no hallará la solución adecuada, mientras no renovemos en el mundo sanitario —y en nuestro ambiente social— esta dimensión humana que convierta a la persona del enfermo en el centro primario de la preocupación y del interés, más allá de la simple técnica. Entonces también, esta muchedumbre solitaria, de la que nos hablan los sociólogos, iría rompiendo sus barreras y aislamientos para que el mundo se convierta, poco a poco, en un gigantesco hospital, como aquellos primeros centros, donde todos los necesitados encontramos cobijo, cercanía y afecto.