

**Lugo, M. Elena**

*Bioética clínica personalista: el aporte del padre  
José Kentenich*

Vida y Ética. Año 12 N° 2, Diciembre 2011

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Lugo, M. Elena. “Bioética clínica personalista : el aporte del padre José Kentenich”[en línea]. Vida y Ética. 12.2 (2011). Disponible en:  
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/bioetica-clinica-personalista-aporte-kentenich.pdf> [Fecha de consulta:.....]

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).

# BIOÉTICA CLÍNICA PERSONALISTA: EL APORTE DEL PADRE JOSÉ KENTENICH

## Dra. Hna. Elena Lugo

- Doctorado en Filosofía por la Universidad de Georgetown (EE.UU.)
- Presidente de la Comisión de Bioética Padre José Kentenich del Instituto Secular de Schoenstatt - Hermanas de María
- Bioeticista clínico, Sanatorio Inmaculada Concepción (Puerto Rico)
- Consultor en Bioética Clínica, Sanatorio Mater Dei (Argentina)
- Miembro correspondiente de la Pontificia Academia para la Vida (PAV)
- Conferencista internacional en Bioética

### Palabras clave

- Bioética clínica
- Persona
- Trascendencia
- Encuentro clínico intersubjetivo

### Key words

- Clinical bioethics
- Person
- Transcendence
- Clinical Intersubjective encounter

## RESUMEN

Esta presentación intenta identificar el desafío metodológico de la Bioética en cuanto su fundamento racional y objetivo más allá de su modalidad procedimental, dialógica y consensuada, en busca de un fundamento substancial como ha de ser el concepto ontológico de persona. A su vez, a partir de persona, se mostrará un modelo intersubjetivo del encuentro clínico que contribuye a la Bioética clínica del cuidado. Para articular el cuidado en su sentido pleno se acude a la espiritualidad del Padre José Kentenich como inspiración a la medicina en cuanto vocación de servicio ministerial y fuente de la relación médico-paciente como amistad o alianza fraternal.

## ABSTRACT

This presentation tries to identify the Bioethics methodological challenge as regard its rational foundation and objective beyond its procedural, dialogical and consensual modality seeking for a substantial ground as the ontological concept of a person has to be. At the same time, based on the person concept, an intersubjective model of the physician-patient relationship contributing to the clinical Bioethics of care will be explained. In order to articulate care in its full sense we count on Father José Kentenich's spirituality to find inspiration to support Medicine as a call to a ministerial service, source of the physician-patient relationship as a friendship or fraternal covenant.

## INTRODUCCIÓN: LA BIOÉTICA EN SU ORIGEN

Van Rensselaer Potter (1911-2001), oncólogo e investigador estadounidense de la Universidad de Wisconsin en Madison (EE.UU.), publicó en 1971 su libro *Bioethics-The Science of Survival*, y aun antes, en 1970, un artículo en la revista *Zygon* en donde el término "bioética" es acuñado y usado para designar un área de

estudio considerada de actualidad y urgencia ante el avance de una ciencia conjugada con la técnica sin suficiente criterio crítico para garantizar el beneficio para la humanidad a corto y largo plazo.

Simultáneamente, en la Universidad de Georgetown (Washington, EE.UU.) Andre Hellegers, obstetra holandés e investigador, funda el primer centro académico explícitamente establecido para el

estudio de la Bioética, el **Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics**.

Para Potter, la Bioética era una nueva disciplina que permitía entrelazar ciencias biológicas y ciencias humanísticas, las cuales se encontraban distantes o, al menos, indiferentes entre sí: la ciencia avanzando, confiada en su innovación y orientada por un criterio utilitarista vinculada a la técnica bajo influencia económica y política. Potter reconoce que la ciencia y la técnica bien pueden hacer peligrar la supervivencia y el bienestar de la humanidad, con lo cual convoca a una reflexión multifacética (interdisciplinar) de todos en torno a las implicaciones sociales y culturales de la nueva ciencia conjugada con una técnica supuestamente neutral en su valorización. Así, para Potter, la Bioética es principalmente un espacio social de diálogo pluralista en busca de un consenso sobre temas que hoy se identifican primordialmente con la ecología, es decir, con las condiciones óptimas para conducir la tecno-ciencia hacia el bienestar mundial del presente y de generaciones futuras. [1]

En complemento, la Bioética en Hellegers sigue una línea determinada por los objetivos académicos y profesionales de

la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown, en la cual establece su instituto. Su estudio e investigación se inspiran en la tradición teológica-filosófica occidental impartida en la primera sede académica jesuítica de EE.UU., con lo cual parece ser menos una ciencia nueva, como en Potter, y más una modalidad innovadora de Ética Biomédica.

La corriente cultural que mejor ha caracterizado los primeros estadios de la Bioética como reacción inicial a los avances científicos y médicos puede distinguirse por tres factores principales:

1. Secularización.
2. Cuestionamiento de los valores tradicionales.
3. Marginación del orden natural como criterio moral.

La secularización no ha de confundirse con secularidad, la cual básicamente constituye el aprecio de los asuntos temporales de la existencia en su auténtica independencia del orden de la fe-religión, sin negarla o mostrar hostilidad hacia ésta. La secularización, pertinente a la Bioética, conduce a un secularismo laicista que declara la religión como asunto exclusivamente privado y de orden más emotivo que cognoscitivo, respetado en la esfera individual pero marginado

[1] FERRER, Jorge José y ALVAREZ, Juan Carlos, *Para Fundamentar la Bioética*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2002, pp. 60-79.

de foros públicos o diálogo social. El énfasis en lo individual sustenta la prioridad a la autonomía como capacidad y acción de determinar por cuenta propia el sentido de la vida y el sistema de valores que regulan la agencia moral.

El cuestionamiento de los valores tradicionales, particularmente en cuanto sustentado en creencias religiosas articuladas teológicamente, consiste en, por un lado, declarar a estos valores incapaces de iluminar las cuestiones novedosas de la Biología y Medicina contemporáneas y, por otro, considerarlas propias de una comunidad conservadora ajena al diálogo pluralista y abierto a acuerdos democráticos. Precisamente, esa apertura democrática alentó el fenómeno de movimientos sociales a favor de derechos de grupos minoritarios e inclusive vulnerables, y en algunas situaciones discriminados en la asistencia en salud. No se desestima la tendencia a declarar derecho lo que es en su origen un deseo, y a su vez presentar como deber correlativo de parte de profesionales o de la sociedad la atención al derecho así planteado. Los derechos a la atención en salud se inspiran más en la categoría psico-social de la calidad de la vida, según preferencia individual, lo cual puede suponer un conflicto con la opinión general que en la concepción filosófica de dignidad y aun menos

en la de sacralidad de la vida cónsona con planteamientos teológicos. [2]

La marginación del orden natural como criterio moral o fundamento de la Ética (teoría de la ley natural) socava la base objetiva de la conducta. En su lugar, adquieren predominio teorías que ven en el acuerdo social sobre determinados beneficios a favorecer y riesgos a evitar la base ética propia para sociedades pluralistas que no comparten una visión sobre el bien substancial de acuerdo a la categoría filosófica del bien. Se instala con predominio el utilitarismo que declara como bien el conjunto de resultados beneficiosos, aun si los tiene que ordenar según prioridades no siempre esclarecidas, y que propone que los beneficios se establezcan por evidencia de resultados. Es decir, el utilitarismo descansa en un cálculo pragmático de las consecuencias deseadas declarando así la verdad y el bien según los resultados logrados. Se considera lo deseable como base del bien, el cual no se configura sobre categorías substanciales sustentadas en un orden objetivo por considerarlo inaccesible al conocer racional, sino por pactos sociales o consenso sustentado en el proceso social de construcción o diálogo pluralista. Se instala en las profesiones de salud un relativismo moral.

---

[2] Ídem.

La Bioética se presenta como una respuesta novedosa a los desafíos biomédicos desde una cultura caracterizada por su énfasis en la libertad personal ante los valores y simultáneamente por una preocupación por la equidad social ante los poderes que emanan de los avances científicos y técnicos con su complejidad y costo monetario no siempre accesible para la mayoría de la población necesitada, como ante la burocratización de la prestación del servicio médico. Queda aún el interrogante de si la Bioética así descrita es suficientemente esclarecedora y realmente práctica.

## LA BIOÉTICA PERSONALISTA

La Bioética personalista considera el valor de la vida humana como bien primario y fundamental. Supone un tipo de reflexión en la que, sin suprimir las normas, lo que pretende es una congruencia de vida que no se desatiende el elemento de la ética, tal como lo plantea la tradición aristotélica, es decir, la felicidad, el bien y la virtud. [3]

La Bioética personalista se distingue por una potente estructura de defensa de la persona humana. La unión entre una Bioética respetuosa de la vida y una Antropología que se funda en el concepto

de persona y en su superioridad ontológica y estructural sobre los animales y las cosas, permite crear una estructura intelectual poderosa para defender la vida humana desde su inicio hasta su muerte.

También, se caracteriza una amplia potencialidad de argumentación. Al poseer la Bioética personalista –a diferencia, por ejemplo, del Principialismo– una antropología de referencia, puede extender su análisis ético no sólo a las cuestiones fontales (vida y muerte) sino a la mayoría de los problemas bioéticos y, sobre todo, ofrecer una sólida argumentación de suposición. Eso no significa, por supuesto, que exista siempre una solución simple o al alcance de la mano, pero siempre se dispone de un *background* de reflexión y de conceptos sistemáticamente estructurados y organizados en los que puede intentar buscarse o justificarse.

El amplio tratamiento que el Personalismo hace de la interpersonalidad permite también a la Bioética personalista afrontar, con buenos instrumentos conceptuales, las relaciones personales típicas de la Ética clínica: la relación entre médico-paciente y los problemas de los enfermeros y de los familiares. Se produce aquí una conexión con la denominada antropología del cuidado pero en un marco equilibrado que permite evitar los excesos de posiciones que privilegian ex-

[3] DE VELAZCO, J. M., *La Bioética y el principio de solidaridad*, Bilbao, Universidad Deusto, 2003, pp. 134-149.

cesivamente la relación cercana, como sucede con Nel Noddings. También se establece una conexión estrecha con las posiciones de la Ética de las virtudes de Edmund Pellegrino, y de D. C. Thomasma, si bien la antropología subyacente a estos autores es más clásica.

### LA BIOÉTICA PERSONALISTA EN CUANTO CLÍNICA

La Bioética clínica en cuanto tal, se centra en las dimensiones morales de la práctica clínica y las exigencias y problemas morales que puedan surgir en el cuidado de los pacientes. Éste se amplía más allá del tradicional encuentro entre médico y paciente para incluir al equipo profesional participante de la atención clínica, la institución sanitaria (I. S.) con sus reglas y procedimientos, igual que a las aseguradoras que influyen substancialmente en el acceso y costo del cuidado de la salud.

La palabra clínico se deriva del griego *klinikos* que significa cama o más precisamente "junto a la cama". De modo que Bioética clínica, en cuanto clínica, se concentra en los aspectos morales que surgen, bien sea, como exigencias inherentes al cuidado del paciente o como problemas en la prestación del servicio médico a pacientes, sean estos agudos, crónicos, en condi-

ción terminal, en rehabilitación, en cuidado paliativo, y estén en instituciones hospitalarias, en el hogar o en entidades intermedias entre el hospital y el hogar. [4]

La estructura moral de la medicina se revela en la constitución de la relación médico-paciente (RMP). En esta relación, el paciente, por decisión compartida con su médico, se coloca bajo el cuidado del médico y éste afirma su capacidad para asistir al paciente. Aun cuando la RMP admite modificaciones en cada época y cultura, se percibe una cierta continuidad dado que la medicina satisface una necesidad universal y permanente del ser humano, a la cual responde de modo constante: asistir al paciente.

Vale decir entonces que la medicina enfoca los aspectos más fundamentales de la condición humana: nacimiento, vida, salud, integridad psicológica, funcionamiento físico, vulnerabilidad, pérdida y muerte. Estos son los problemas permanentes del ser humano por los cuales busca la ayuda de un médico en todos los países y en todas las épocas; subsisten aún con sus variantes de acuerdo a los adelantos de la ciencia y la técnica como según los cambios políticos, sociales y económicos.

Por su misma esencia, como dice Laín Entralgo, el acto médico es un acto ético.

---

[4] FLETCHER, Joseph, *Morals and Medicine*, Boston, Beacon Press, 1954, p. 5.

Se lo puede abordar como un encuentro intersubjetivo que admite representación estructural y dinámica según modelos conceptuales. [5]

El encuentro entre el médico y el paciente es el evento permanente que pone de manifiesto la continuidad en la Medicina. En este sentido, es la profesión de mayor universalidad y la disciplina de mayor permanencia.

Los respectivos mundos de vivencias del médico y del paciente interactúan de modos diversos y complejos, con lo cual la posibilidad de sanación puede verse afectada favorable o desfavorablemente según el modo de interactuar. En el mejor de los casos, los dos mundos interactúan positivamente, es decir, se integran orientándose hacia la intención común de curar, cuidar y sanar, que es la finalidad inherente al encuentro.

El mutuo ingreso de cada uno en el mundo del otro, si bien con grados y cierta asimetría en el conocer y poder, se incorpora en una categoría propuesta por la fenomenología: la **intersubjetividad**. Es decir, el encuentro queda condicionado por la intersubjetividad. Se trata del momento inicial y constitutivo del encuentro clínico en sí mismo: la presentación de una persona que soporta la carga de una dolencia y está deseosa de curación, y la

otra persona en posesión del conocimiento y la destreza requeridos para responder eficazmente a esa dolencia. Se trata verdaderamente del encuentro de dos mundos vivenciales que corresponden a dos personas que hasta el momento de su encuentro tal vez eran extraños. Ahora se encuentran íntimamente vinculados uno al otro; uno revelando aspectos de sí mismo, particularmente privados y, el otro, guardando confidencialidad; pero ambos encaminados a la curación o, en algunos casos, tal vez hacia un mayor sufrimiento.

La intencionalidad común es, para ambos, restaurar la integridad del paciente, devolverle su totalidad luego de precisar naturaleza y causas de su achaque. De no ser posible un retorno a la condición previa a la dolencia, entonces es preciso aliviar el impacto de la dolencia o ayudar a incorporar la experiencia de la enfermedad a una nueva visión de la persona como unidad.

Para apreciar la óptica personalista en la Bioética clínica y su modelo de RMP conviene identificar los diversos **objetivos** que la Medicina contemporánea plantea:

- Servir médicamente a la vida humana en su peculiaridad y naturaleza específicamente personal, así como en su lugar adecuado en el orden de los bienes.

[5] LAÍN ENTRALGO, P., *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat, 1972.

- Promover la salud en sentido holístico en cuanto Bien fundamental.
- Prevenir o controlar el dolor y responder compasivamente al sufrimiento, bien sea por medio del cuidado paliativo y la promoción del bienestar general.
- Fomentar la vida consciente del hombre y su dignidad personal.
- Cuidar de la integridad del cuerpo humano y sus valores estéticos.
- Promover el Bien general y espiritual (en su sentido secular y religioso) del hombre y tomar su vocación de persona en sí como fin trascendente y guía para la Medicina.

## MODELOS PERSONALISTAS DE LA INTERSUBJETIVIDAD

La Bioética personalista se esmera en reafirmar el acto clínico como un encuentro interpersonal encaminado a la cura, de ser posible, y al cuidar siempre y con la esperanza de sanar o apoyar al paciente a vivir el misterio de su dolencia. Los bioeticistas Ezequiel y Linda Emmanuel destacan la interacción como diálogo o deliberación compartida en la cual ambos aprendan uno del otro y recono-

can que la verdad se capta precisamente en ese proceso de respeto mutuo y complementariedad, tal como corresponde a la óptica personalista. [6]

**Modelo interpretativo:** en este modelo, el médico funciona como un consejero que toma como referencia el sistema de valores del paciente orientándolo hacia sus mejores opciones, fomentando la comprensión de sí mismo y el examen crítico de sus preferencias. Se conjuga así el sentido benéfico clínico del médico con la concepción de beneficio que debe sustentar el mismo paciente. En efecto, el paciente decide en autonomía corresponsable y respetando la integridad profesional del médico. En esta situación, la confianza mutua otorga a la RMP un matiz de virtud.

**Modelo deliberativo:** el modelo deliberativo supone el interpretativo. Sin embargo, la diferencia radica en que el médico, en su calidad de amigo del paciente, se adelanta a educarlo y a facilitar su desarrollo moral tomando su sistema de valores como punto de partida. El profesional examina así los distintos sentidos del bien según el principio de beneficencia (bien clínico, bien de preferencia del paciente, bien dependiente del ser de la persona en sí misma y su finalidad trascendental) y, en diálogo con el paciente,

---

[6] EMMANUEL, Linda, "Four Models of the Physician/Patient Relationship", *The Journal of the American Medical Association* (1992), pp. 2221-2226.

delibera sobre la mejor opción en su contexto personalizado. Este modelo está enmarcado por el cuidado, sustentado en la empatía y animado por la compasión

**Modelo de mutua benevolencia:** Según E. Pellegrino, la Medicina clínica se basa en la relación que busca sanar por medio de la intersubjetividad entre personas que constituyen los puntos de contacto del encuentro y los puntos de referencia para entender la enfermedad y aplicar el conocimiento de experto, es decir, para interpretar y deliberar en solidaridad. Pellegrino reafirma la consideración de Gregory sobre la relación fiduciaria y propone un modelo de confianza fiduciaria o vinculación en mutua responsabilidad o acuerdo para actuar en beneficio del otro. En virtud de ese acuerdo, el agente es fiduciario, está sujeto al deber libremente aceptado de proceder principalmente al servicio del otro en el área de su competencia. [7]

La relación fiduciaria se caracteriza por:

- Promover los intereses del cliente o paciente. Es decir, su beneficio tiene prioridad sobre el bienestar personal del profesional.
- Basarse en la diferencia o asimetría entre el experto en un área de conocimiento

y destrezas, y el necesitado; y diferencia o asimetría en cuanto al poder que el experto detenta a raíz de sus conocimientos.

- Basarse también en la vulnerabilidad del paciente, la cual hace a este último más susceptible de coerción o presiones indebidas. Tales presiones pueden producirse en el marco de la urgencia de la dolencia o por contarse con menos posibilidades de elección entre profesionales.

- Estar el médico obligado a no hacer sentirse culpable al paciente en el caso de que, luego de la participación de éste en el cuidado, no se logre una mejoría o sanación de la dolencia.

En relación con este último punto, debe reconocerse que la experiencia de enfermarse genera, en muchos casos, cierta vergüenza, cierto sentimiento de no merecer el cuidado que se ofrece, lo cual puede obstaculizar la prestación del servicio. Por ejemplo, en una cultura como la norteamericana, que pone tanto énfasis en la autosuficiencia y la autonomía individual, la pérdida de la capacidad de cuidarse a sí mismo puede generar un desasosiego tal que la persona, por no sentirse dependiente, se inclina a no buscar el cuidado necesario y dispensado.

Por otra parte, no resulta fácil para el médico reconocer los límites de su ciencia

[7] PELLEGRINO, Edmund y THOMASMA, David, *Helping and Healing*, Washington D.C., Georgetown University Press, 1997.

y técnica, su insuficiencia a la hora de atender a su paciente. Por lo tanto, debe evitar la estrategia de construir una barrera protectora de sí mismo para no admitir sus limitaciones, su carencia de medios de control ante la enfermedad e incluso la posible falta de colaboración por parte del paciente. Conviene añadir que la obligación que tiene el médico de ser fiduciario ha de ser compatible con las objeciones de conciencia, al igual que con algunos intereses legítimos que no socavan su servicio abnegado al paciente.

**Modelo de Alianza:** William May introduce el concepto de **alianza** -de inspiración bíblica- para precisar la calidad terapéutica de la relación fiduciaria. [8] Dice que existen aspectos de la relación que contribuyen al proceso curativo y sanador. Es decir, por su misma estructura, la relación en sí misma conduce hacia la sanación (particularmente en pacientes mentalmente enfermos).

Según May, la RMP de tipo alianza consolida el papel de la confianza (tal como lo hiciera Pellegrino en su modelo), pero destaca aun más el papel de la compasión, la empatía y la comunicación apropiadas para el cuidado de la persona individual en su identidad y vinculaciones, sin desatender el cuadro de síntomas ni la patología.

May critica la relación contractual porque ésta considera al sanador un contratista de servicios orientado específica y exclusivamente hacia un objetivo pre-determinado. El contratista vende una técnica o destreza por un tiempo limitado sin procurar intervenir en la vivencia del cliente. En cambio, la alianza, tanto en sus versiones religiosas como profanas, supone un intercambio que transforma a los agentes en su identidad e integridad. Un sanador vinculado por la alianza con su paciente se compromete en su totalidad, es decir, no fragmenta su asistencia en procedimientos y su tiempo en horas que se cargarán en una factura por servicios prestados. Más bien se mostrará fiel al arte de cuidar a su paciente, y de este modo generará confianza.

También la alianza exige al sanador atender a su paciente como una totalidad en lugar de clasificarlo como un caso de enfermedad. La alianza, como lo explicaba Ramsey, supone un respeto que raya en el asombro ante la persona individual, atento tanto a sus virtudes y vida interior como a su búsqueda del sentido de la vida propia.

El respeto a la autonomía se amplía, traduciéndose en un respeto a la totalidad de la persona -inclusive al bien más allá de lo que sus preferencias en un momento o etapa de la vida supongan-, afirmándose

---

[8] MAY, William, *Testing the Medical Covenant*, Grand Rapids (Michigan-EE.UU.), W. B. Eerdmans Publishing Co., 1996.

así el contexto comunitario sobre el que insiste la ética de inspiración religiosa. La alianza en su contexto religioso coadyuva a superar el modelo contractual y su énfasis en la autonomía individual. Lo hace afirmando los deberes comunitarios y previniendo la tiranía del paternalismo autoritario. Efectivamente, los pacientes se interesan no sólo por un tratamiento para su enfermedad sino por la relación con el médico que los cuida con respeto y compasión, les comunica con precisión el diagnóstico y las terapias con sus respectivos beneficios y riesgos. [9]

#### Aporte del padre José Kentenich

El P. Kentenich murió en 1968, es decir, antes del origen del término "bioética", con lo cual no formuló explícitamente las cuestiones clásicas de la Bioética, pero con su espiritualidad facilitó el hacer de la Bioética un compromiso personal de vitalidad interior, de integridad, y orientación trascendental. Es decir, el P. Kentenich matizó elementos constitutivos de una Bioética personalista y enriqueció así el contenido de sus temas básicos, como por ejemplo el de la relación médico-paciente según los modelos recién reseñados y, en especial, el modelo de W. May de alianza.

El P. J. Kentenich no conocía el término "bioética", pues fallece antes de que Potter lo formulase. Tampoco formuló explícitamente las cuestiones clásicas de la Bioética, pero dadas sus experiencias intensas en el campo de concentración nazi, su exposición a las violaciones de la dignidad y libertad de la persona en los sistemas colectivistas del siglo XX y su propia vivencia de la ausencia de un padre, lo dotaron de una sensibilidad particular para articular una crítica cultural a la posmodernidad y la civilización tecnológica. A su vez, contó con una correspondiente genialidad para elaborar una antropología integral de la persona, destacando la intersubjetividad, el rol del amor y la exigencia existencial de contar con una espiritualidad o cosmovisión inherente a la existencia y no como resultado de una perspectiva estrictamente religiosa.

Cuenta con una perspectiva metafísica de la realidad como fundamento a la interpretación de la verdad y del bien que la razón natural reconoce y articula como base a la ética del bien. Esta visión le hace receptivo a la trascendencia cónsona con una Bioética secular, es decir, atenta a la vida concreta y al orden natural de la totalidad de la persona, pero no es secularista en el sentido de cerrarse y negar la trascendencia, inclusive la religiosa.

---

[9] Ídem.

Su pensar denominado orgánico logra integrar la naturaleza esencial y común del hombre al proyecto vital y creativo de la libertad individual, personaliza la Bioética en un sentido integrador de lo que se es con lo que se piensa, decide, siente o hace en cada situación de la historia personal. Su espiritualidad, aun si se asocia el discurso judeo cristiano, refleja la ética como filosofía de vida, presta perseverancia en los principios, otorga vitalidad interior, coherencia, y expresa el carácter de la persona.

Seguidamente definiré lo que entiendo por espiritualidad en general, luego cómo se manifiesta, según la orientación pastoral y educativa que caracteriza el pensar orgánico de P. Kentenich, una espiritualidad inspiradora de los profesionales en salud con tres componentes: instrumentalidad ministerial, Alianza de Amor y fe práctica en la Divina Providencia, para así, en una vinculación de alianza de amor con su paciente y cobijados en una creencia práctica en la divina providencia, articular la vocación del médico cristiano interpretada como ministerio.

## ESPIRITUALIDAD

La esencia de la espiritualidad consiste en la búsqueda de un sentido integrador de lo que se es con lo que se piensa, decide, siente o hace en cada situación de la historia personal. Ese sentido integrador, en el contexto cristiano, supone tras-

cendencia de sí mismo a la vez que afirmación de la identidad propia.

Colocarse en posición de trascender el yo, significa, por un lado, autoposesión lograda por el conocimiento, comprensión y aceptación de sí mismo en todas las esferas de la persona al alcance de la conciencia. Esto incluye reconocer las mociones internas, aun las desagradables, captar la propia identidad, saber por qué se selecciona algo o por qué se siente y se desea algo en particular. Se necesita el hábito de la introspección reflexiva.

El P. Kentenich recomienda contemplar el interior, inclusive los recintos subconscientes, para reconocer, purificar y conquistar lo instintivo, sin lo cual la vida psíquica carecería de energía vital. Cuanto más recóndito y oscuro pueda parecer lo subconsciente, tanto mayor la importancia de una disposición humilde y confiada a la hora de aceptarnos a nosotros mismos tal como somos y como nos lo revela nuestra vida interior.

Cuanto mejor se conozca el médico en los niveles consciente y subconsciente, menor será el temor ante el dolor y la muerte y la actitud defensiva ante los pacientes que puedan resultar difíciles en el trato. Este conocerse a sí mismo suministra seguridad y confianza para liberarse interiormente y servir benévola y benéficamente a otros.

Tal introspección será sana y fructífera si se realiza en presencia de un Dios Persona y/o su legítimo representante en esta tierra, a través de encuentros mediados por el amor. Es preciso, entonces, destacar el aspecto de trascendencia que complementa y posibilita la autoposición espiritual. Trascender el yo implica transfigurarse gradualmente toda visión egocéntrica en una perspectiva centrada en la presencia creadora de la Divina Providencia.

### Tres componentes de la trascendencia:

- Trascenderse a sí mismo significa que la persona respeta el misterio de su propia persona como la de sus semejantes reconociendo que la riqueza de su ideal personal no se expresa en un sólo momento y que ninguna imagen de sí mismo la representa de modo exacto y completo. Somos un proyecto existencial en devenir, pero con una finalidad.
- Trascender significa reconocer la presencia de la gracia divina en todo momento y en todo lugar (según el P. Kentenich la instrumentalidad de las causas segundas).
- Trascendencia supone desarrollar la capacidad de discernir la voluntad de Dios

(como María en la hora de su *fiat*) y cumplirla con el mismo ánimo de la Santísima Virgen.

Como diría el P. Kentenich, una espiritualidad integrada u orgánica admite la complementariedad de la autoposición y el trascenderse a sí mismo. No se puede iniciar una interacción humana de carácter intersubjetivo sin conocerse a sí mismo a fondo y sin estar dispuesto a la benevolencia y el desprendimiento. Nuestra sociedad, tan orientada a los logros y la autosuficiencia, difícilmente reconozca ese núcleo de la espiritualidad cristiana: recibir y responder al amor afirmativo y gratuito de Dios como Padre. La posesión y la trascendencia de sí mismo se experimentan, en su reciprocidad, como un sentirse y saberse presente ante un Ser personal y divino, aceptado y amado por Él; se experimentan, asimismo, en armonía interior, libre de conflictos paralizantes, tanto de origen interno como externo. Así, uno se percibe en solidaridad con la naturaleza y con la misión de cuidar a otras personas. De este modo, la espiritualidad es el camino hacia ese Ser, recorrido con una actitud de disponibilidad, apertura, benevolencia, responsabilidad y conciencia de sí mismo. Se trata además de un Ser que a medida que nos abrimos a Él nos va incorporando a su vida de gracia. [10]

[10] AU, Wilkie y CANNON, Noreen, *Urgings of the Heart, a Spirituality of Integration*, New York, Paulist Press, 1995.

## ESPIRITUALIDAD APLICADA AL PROFESIONAL EN SALUD: INSTRUMENTALIDAD MINISTERIAL

Según el P. Kentenich, el médico ministerial reconoce la presencia divina en toda la creación, particularmente en la naturaleza de la fisiología/anatomía humana, a la cual asiste en su dinámica propia, y respeta su estructura sin pretender controlar sus funciones con intervenciones técnicamente fútiles. El médico se reconoce como causa segunda o causa instrumental subordinada a la Providencia de la Causa Primera o Dios Padre omnipotente, omnisciente y plenamente amor.

El P. Kentenich nos ha planteado una imagen de Dios como Causa Primera trascendental, pero reflejado y asistido, sin menoscabo de su carácter incondicionado, por criaturas inteligentes y libres, quienes, aceptando ser instrumentos dependientes de Dios, funcionan como auténticas causas eficientes y formativas con metas iluminadas por la Verdad y el Bien revelados.

Éste es un Dios trascendente en su ser pero inmanente en su presencia creadora y providencial; un Padre íntimamente vinculado a cada persona, a la cual considera un hijo y a quien regala su cercanía amorosa, elevándola a la plena dignidad de su ser contingente y finito. De este modo, el P. Kentenich unifica el pensamiento agus-

tiniano que pone énfasis en la Causa Primera y el tomista que centra su atención en la Causa Segunda.

El servicio del médico se inserta en este punto de contacto entre lo divino y lo humano, para ser causa segunda en dependencia de Dios, a quien ha de hacer presente -en todas sus facetas de Padre justo y misericordioso- ante el paciente contemplado como una manifestación de Jesús sufriente.

Si bien el médico ministerial se vincula a Dios Padre, también cultiva una intimidad con Dios Hijo o Jesucristo como el Redentor que vence el sufrimiento y la muerte con su entrega de amor filial al Padre Dios. Ser médico supone, asimismo, crecer en una vinculación íntima con Jesús para extender a los pacientes su compasión por los que sufren.

El médico ministerial considera sus conocimientos y destrezas como don o misión compartida con otros para formar una comunidad de solidaridad y lealtad común. Es necesario que fomente una apertura dócil y confiada ante Dios Espíritu Santo e implore sus dones. Cada uno de los siete dones asiste al médico en alguna faceta de su práctica ministerial:

- La fortaleza le permite acompañar a su paciente en el dolor sin sucumbir al desánimo.

- El consejo lo orienta en la toma de decisiones difíciles y complejas de la vida clínica.

- La sabiduría lo inspira para usar su ciencia y entendimiento con miras a servir a la finalidad eterna de su paciente, y a no estancarse en una visión inmanentista, por no decir naturalista, de la condición humana en general y de la enfermedad en particular.

- El don de la ciencia facilita al médico una perspectiva filosófica/teológica que le permite evaluar los logros al igual que las limitaciones propias del saber científico.

- El entendimiento anima su visión de conjunto de la persona a quien atiende y le sirve de antídoto contra la tentación de reducirlo a un conjunto de síntomas o a un caso de enfermedad rara e interesante.

- La prudencia lo acompaña en cada juicio clínico que exige, por la frecuente complejidad e incertidumbre, una cuidadosa y ponderada selección de los medios adecuados a cada paciente individual.

- La piedad nunca puede estar lejos de quien, como el médico, se reconoce intérprete de la naturaleza creada y dependiente del Único que realmente la conoce en plenitud. El médico piadoso se sabe ministro o sacerdote del gran Médico que realmente sana y cura toda dolencia de alma y cuerpo.

## **ESPIRITUALIDAD APLICADA AL PROFESIONAL EN SALUD: ALIANZA DE AMOR ENTRE EL MÉDICO Y SU PACIENTE**

Tal como lo indicáramos, el médico ministerial cultiva una espiritualidad caracterizada por la promoción de una Alianza de Amor con el paciente. El P. Kentenich explica la Alianza de Amor en cuanto interacción personal e intersubjetiva en la cual se entregan recíprocamente los corazones, los bienes y los intereses para configurar un vínculo profundo y abarcador de la persona en su totalidad.

Veamos ahora cómo la Alianza de Amor puede animar el juicio clínico que opera en el encuentro médico-paciente, particularmente cuando éste se realiza con cierto grado de incertidumbre. La tolerancia ante la incertidumbre exige una cierta confianza básica y recíproca entre médico y paciente. Ambos deben reconocer que la Medicina es una ciencia de probabilidades y un arte de la incertidumbre.

En primer lugar, el profesional espiritual aporta a la relación una disponibilidad a confiar, a hacerse merecedor de la confianza, sin preocuparse de si su confianza es reconocida y respondida. Se trata de la confianza que emana de un corazón benévolo y una predisposición optimista ante el bien que su intervención profesional ofrece. Es un riesgo que supone una gran fe para aceptar la incerti-

dumbre que emana, no sólo del conocimiento clínico en su etapa actual, de la experiencia limitada del profesional, sino del hecho de que todo ese saber se aplica a un individuo único en su dimensión física, psíquica y espiritual.

El paciente es un **misterio**, término con el cual indicamos que no admite una definición exacta, que no es un mero problema para el análisis matemático. El paciente podría tornarse desconfiado y resistente. El paciente podría hacer una demanda por lo que él haya percibido como mala praxis. El paciente puede no recuperarse. El médico puede equivocarse, actuar en ignorancia no culpable o llegar al límite de los recursos de la medicina actual. "Sea como fuere -nos asegura Sulmasy- para el médico lleno de confianza en Dios, el apoyo de la Causa Primera no está ausente en las circunstancias descriptas, incluso en los fracasos y en los errores". [11] Pero para creer y confiar así es necesario contar con una gran humildad. Sin humildad, la tolerancia ante la incertidumbre no es posible. El médico con un umbral de tolerancia muy bajo ante la incertidumbre, se podría inclinar o a experimentar con su paciente o a exhibir arrogantemente su conocimiento y destrezas ante el paciente. Ambas actitudes suponen no tratar al paciente como

persona. Al reconocer sus limitaciones en cuanto a su saber y hacer, el médico se fortalece. En su pequeñez ante Dios Padre reconoce el poder de Dios, a la vez que fomenta la colegialidad interprofesional dejándose complementar por otros.

Para aceptar la incertidumbre con paz y agradecimiento es necesario reconocer el aporte de las **virtudes** en la vida personal más profunda. La perseverancia en la confianza es inseparable de un actuar responsable, aun en la incertidumbre. Esto es posible a la luz de las virtudes que anteriormente hemos identificado como fundamentales para la práctica médica: sabiduría práctica o lo que hemos designado como discernimiento, paciencia y valentía. En el orden práctico y pedagógico, estas virtudes pueden funcionar del modo siguiente: El clínico ha de:

- Reconocer las prioridades en el proceso de tomar decisiones y no empeñarse en la búsqueda de certezas como finalidad, es decir, guiarse por la prudencia para hallar un equilibrio entre el extremo de hacer demasiado -inclusive lo que es fútil- y el **no hacer**, paralizado por la incertidumbre.
- Reconocer que su práctica emana de una larga tradición de conocimiento cien-

---

[11] SULMASY, Daniel P., *Healer's Calling: A Spirituality for Physicians and Other Health Care Professionals*, New York, Paulist Press, 1997, p. 10.

tífico, pero también de un arte que surge del aprender de la práctica haciendo uso de la inducción y de la intuición.

- Reconocer que el proceso puede ser más importante que los resultados, es decir, disponerse a ser instrumento dócil y corresponsable de la Divina Providencia ante personas con limitaciones, dudas, dolores e incertidumbres, respetando a cada uno en el cuidado que le brinda, con actitud de esperanza, más allá de que no haya absoluta certeza de que sus esfuerzos alcancen beneficios o bien entrañen pocos riesgos para el paciente confiado a su cuidado.

- Reconocer que la verdad que conoce es siempre una aproximación a la verdad plena, a la cual no cesa de aspirar, manteniéndose dispuesto a revisar lo que conoce y lo que dice, a fin de no caer en la testarudez.

La imagen de Dios que plantean las recomendaciones anteriores sobre el cultivo de las virtudes no es la del "tapa-agujeros", la de quien subsana las lagunas de ignorancia o impotencia, sino el Ser que sostiene toda la realidad con sus diversos y múltiples componentes y entramados. Dios no es un artefacto para contestar interrogantes, sino la presencia trascendente que genera, mantiene y conduce la práctica diaria del profesional en cada una de sus fases. Dios es el horizonte de las expectativas. Dios es el Ser Absoluto más allá de la

mortalidad, los fracasos, las limitaciones y la condición humana, tal como éstas se presentan en la práctica clínica cotidiana. Dios es el objeto de la esperanza, el contexto del cuidado, la fuente de la valentía y la humildad para asistir a otros, a pesar de la incertidumbre, para escucharlos, acompañarlos, sanarlos en el espíritu –aun cuando no en el cuerpo–, y hasta prepararlos para la transición hacia la Vida Eterna.

Un componente esencial del cuidado clínico y del discernimiento, atento a la persona en cuanto misterio, es la virtud de la compasión de parte del médico-ministerial quien también se reconoce a sí mismo como vulnerable. La compasión (tal como ya la describimos) supone al menos el sentir con el paciente. Para el médico cristiano, la compasión significa una comprensión radical de la unidad esencial que existe entre el sufrimiento propio y el sufrimiento de la otra persona, y ambos como manifestaciones del sufrimiento redentor de Jesús.

El clínico cristiano cuenta con la alternativa de comunicar a su paciente –implícita o explícitamente– su comprensión del vínculo que los une en el sufrimiento de Cristo como antídoto contra la desesperación solitaria del que sufre sintiéndose abandonado por los demás. Es decir, la compasión cristiana le brinda al paciente la visión de su sufrimiento como una participación personalmente significativa en la Redención de la humanidad.

El profesional en salud, en cuanto cristiano, puede reconocer en su paciente la agonía, muerte y resurrección de Jesús como figura central de su propia tradición religiosa. Con su presencia generosa y serena, solícita y respetuosa, puede transmitir la fe, esperanza y amor del proverbial Buen Samaritano. Por el contrario, si el médico teme a la muerte, considera el sufrimiento como algo inútil o indigno, otorgándole prioridad a lo placentero en el orden material, o bien se esmera por controlar orgullosamente cada situación clínica, entonces no será el puente para que su paciente experimente la presencia de amor compasivo de Dios.

La virtud de la compasión se nutre de la auto-aceptación sencilla y agradecida por el amor misericordioso con el cual Dios acoge nuestra fragilidad de creaturas. Nos facilita el amor propio auténtico y nos abre al servicio empático del prójimo, tal como el seguimiento de Jesús lo inspira. El cultivo de la espiritualidad es una condición para la perseverancia en esta virtud tan fundamental para el médico ministerial. En efecto, éste continúa la misión de Jesús en su práctica clínica, en el cuidado integral de su paciente y en el sostener la solidaridad de la comunidad de servicio al paciente.

La práctica en el contexto de una comunidad interprofesional, e inclusive familiar, fortalece la compasión. Individualmente, el médico puede sentir la angustia, la impotencia y caer en depresión ante la magnitud y extensión del sufrimiento humano. La comunidad, con sus diversos recursos y la posibilidad de complementariedad que ofrece la responsabilidad compartida, se presenta como un cauce para la compasión efectiva, para el fortalecimiento y el amor fraternal.

En el contexto de la comunidad cristiana se puede y debe testimoniar el dolor de la familia humana sin escapar o negar su existencia, sin pretender controlarlo técnicamente reduciendo el sufrimiento al dolor en su dimensión fisiológica, sin sucumbir a la ira rencorosa cuando se experimente impotencia. La comunidad se une fuertemente compartiendo experiencias y recursos, asistiendo a la persona sufrente en vista de significado individual y su valor para la comunidad. [12]

La colaboración ministerial entre colegas de una rama y con profesionales de otras ramas en la prestación del servicio de salud, se impone como condición para responder con actitud de compasión. Un ministerio colegiado exige a cada participante la renuncia de sus disposiciones individualistas y actitudes competitivas,

---

[12] AU, Wilkie y CANNON, Noreen, *Urgings...*, op. cit., p. 38.

promoviendo el cultivo de una apertura y disposición para apreciar y fomentar los talentos y funciones profesionales y personales de cada integrante de la comunidad. Si no existe un compromiso con el diálogo respetuoso y honesto y con el intento de crecer en el entendimiento de la dinámica de la cooperación, el ministerio comunitario fracasará, aun cuando los profesionales de la salud, pertenecientes a varias denominaciones religiosas, vivan la experiencia y compartan la visión de su misión como una extensión del amor compasivo del Dios Encarnado quien acepta vivir y morir para sublimar toda y cada experiencia humana.

De lo expuesto sobre la compasión se podría deducir que la gran prueba para establecer la autenticidad de la espiritualidad del médico -u otro profesional de la salud- es la práctica del discernimiento ante el sufrimiento. Conviene detenernos brevemente en este tema.

Partimos de la premisa de que si bien el dolor y el sufrimiento ocurren a menudo casi simultáneamente, pueden distinguirse y exigir del médico diferentes modalidades de cuidado. El dolor es principalmente un signo o componente de una afección fisiológico/anatómica que exige un diagnóstico objetivo y que el médico intenta controlar con fármacos o intervenciones científico-técnicas. En cambio, el sufrimiento es la experiencia del paciente ante ese dolor u otra condi-

ción que interrumpe su continuidad vital o lo desafía en su identidad personal y proyecto existencial, haciéndole sentir un dualismo en su unidad espíritu-cuerpo.

Ante el sufrimiento el médico necesita la virtud de la empatía de la cual emana la compasión.

El sufrimiento es una categoría intersubjetiva para el discernimiento; frente a él el médico debe responder con una comprensión básicamente espiritual. Para entender al sufrimiento es preciso entender el significado pleno del ser persona, primero en uno mismo y luego en el otro. De los rasgos distintivos del ser persona: identidad, dignidad, integridad y trascendencia, este último resulta instructivo para captar el sentido antropológico del sufrimiento.

Eric Cassell nos indica que la orientación fundamental del ser persona es la trascendencia de su individualidad e intereses egocéntricos. El hombre busca expresar la trascendencia por medio de la actividad intelectual, moral, estética y hasta religiosa, las cuales apuntan hacia la plenitud y lo infinito. Pero -y aquí está el núcleo del significado del sufrir- el hombre siente y reconoce que sólo logra aproximarse a esa trascendencia y a menudo se desvía de tal rumbo. Así pues, experimenta como sufrimiento la carencia de proporción entre lo infinito y lo finito, entre la plenitud a la cual aspira y su li-

mitación cotidiana. Reconocer los límites es simultáneamente experimentar lo que trasciende el límite, pero como ausencia de algo que se anhela desde el núcleo del propio ser. [13]

El ser persona, en cuanto trascendencia, se manifiesta como un ser en relación con otros, y en esa relación se experimenta la vulnerabilidad y el riesgo de la incomprensión, la inconstancia y la infidelidad como fuentes de sufrimiento. Las relaciones intersubjetivas comunitarias suponen también sacrificios, renunciaciones y algunas restricciones y controles no deseados que provocan sufrimientos.

Con la referencia hecha a la trascendencia humana como condición para la vivencia del sufrimiento, no pretendemos explicar el sufrimiento ni mucho menos expresar por qué una persona concreta sufre, sino más bien indicar el significado que el sufrimiento puede tener para el ser de la persona. Todo sufrimiento tiene entonces su raíz en la condición de finitud en la que el ser humano vive mientras se orienta hacia lo infinito según sus diversas capacidades: conocimiento, amor, arte, ciencia, filosofía, búsqueda religiosa.

Retornando al concepto de dolor, podemos decir que la experiencia del dolor acentúa la conciencia de la vulnerabilidad

existencial, de la contingencia de la unidad de cuerpo y alma, de la posible fragmentación de los proyectos vitales y de la amenaza a la continuidad temporal del curso de la propia historia. El desafío a la integridad corpórea en la experiencia del dolor anuncia la disolución de la vida o la muerte. Cada dolor, en particular el crónico, es un acentuar la conciencia de la limitación existencial y para un espíritu anhelante de la plenitud y del Absoluto eso significa sufrir. La enfermedad, incluso sin dolor, genera sufrimiento porque hace recordar la mortalidad y la finitud, se asocia a controles y restricciones de la autonomía personal.

De nuevo se impone el tema de la compasión como la respuesta virtuosa del médico ministerial ante el sufrimiento. Este último no se presenta como problema para resolver sino como misterio en el cual participar. Según Sulmasy, el médico compasivo responde en tres niveles: reconoce objetivamente el sufrimiento del paciente, lo vincula al dolor y diagnostica su procedencia física al igual que su función de manifestar la dolencia.

Responde subjetivamente al sufrimiento con sentimientos de auténtica empatía hacia el paciente, tratando de comprender su experiencia de sufrimiento en el contexto de su historia personal.

---

[13] CASSELL, Eric, *The Nature of Suffering*, New York, Oxford University Press, 1991, pp. 317-343.

Procura actuar con benevolencia y solicitud efectiva para aliviar y sanar con hechos y palabras. Es por medio de la compasión que la figura de Cristo se manifiesta en la relación médico-paciente. Precisamente esa compasión, en cuanto acto de amor sustentado en una decisión libre para enfrentarse al dolor y al sufrimiento, significa un acto de trascendencia para tomar contacto con la fuente Divina del Amor. Si sufrir significa finitud y limitación, el amor simboliza la experiencia de lo infinito y de la libertad. [14]

La RMP configurada como Alianza invita al médico a amar, venerar, y obedecer a Dios en su paciente.

El médico **ama** a Dios en el paciente cuando trata de visualizar el plan divino para con ese paciente. Sirviendo como ministro de ese plan estará amando tal como Dios quiere manifestar su amor a esa persona.

El médico **venera** a Dios en el paciente cuando respeta la libertad y la integridad del paciente. Por eso lo educa informándolo y formándolo en una deliberación responsable para buscar el bien integral del paciente, cuidando de ser veraz y mantener la discreción.

El médico **obedece** a Dios en el paciente cuando escucha y responde con sinceridad y honestidad a la verdad integral de la persona. De ese modo contempla el misterio de Dios en cada persona.

Dado su papel central y fundamental para la RMP, conviene precisar el sentido de la Alianza de Amor, tal como la expone y modela el P. Kentenich. Reconocemos que la Alianza en, por y para el Amor armoniza las tensiones polarizantes entre la autorrealización existencialmente necesaria y la trascendencia del yo. Una trascendencia sobre la cual nos instruye la espiritualidad cristiana, preparándonos para comprender cómo la entrega a Dios con actitud de fe preserva la autonomía auténtica del ser creado.

La Alianza de Amor sirve de antídoto contra la fragmentación personal y la ausencia de comunidad interpersonal típicas de la posmodernidad. En su esencia la Alianza de Amor es el intercambio de corazones, de los intereses y bienes que tienen su sede en esos corazones que se entregan mutuamente. La noción misma de alianza responde al anhelo y capacidad inherentes a la condición humana de saberse y sentirse complementado por otra persona que respeta su carácter de ser único, de tener una identidad y dignidad

[14] SULMASY, Daniel P., *Healer's...*, op. cit., pp. 103-106.

propia, de ser hijo de Dios. La humildad del hijo de Dios aparece nuevamente como condición para la identidad y la realización personal.

En la Alianza de Amor cada persona manifiesta la fuerza fundamental de su espíritu, y conjura el peligro de la pérdida de su propia personalidad. Tal como explicáramos anteriormente, la Alianza de Amor, en primera instancia, vincula a la persona con Dios. Dice el P. Kentenich: "Estamos dispuestos a entregar nuestra vida en las manos de Dios porque estamos convencidos de que Él nos ama más de lo que nosotros mismos podemos amarnos. Él está interesado en nuestro bienestar más que nosotros mismos. Los santos se hacen santos en el momento en que aman. Y ellos empiezan a amar en el momento en que se creen, se saben y se sienten amados por Dios. La verdadera grandeza se desarrolla con total independencia de las circunstancias y consiste en el abandono en Dios, completo y filial de toda la naturaleza. La auténtica santidad no consiste en el conocimiento sino en la entrega filial al Padre. [15] El médico ha de sentirse amado así para infundirle a su práctica un sentido de servicio.

Además de fomentar la experiencia de un Dios Persona al cual uno se vincula personalmente, la Alianza de Amor faci-

lita la formación de una comunidad en, por y para el amor que supera la convivencia orientada sólo por el cumplimiento de las normas básicas de la justicia. Contribuye a que en la vinculación interpersonal el otro -tanto el paciente como el colega- no se convierta en un número u objeto funcional y sustituible.

En lo que hace a su dimensión espiritual, el foco central de esa comunidad nueva es la Alianza común con Dios porque es Dios quien eleva, complementa y garantiza la dignidad y el ideal personal de cada persona en su singularidad. Así pues, el prójimo queda incluido en la Alianza de Amor con Dios que cada uno tiene, y que Dios desde los inicios de la Creación sellará con la humanidad. Todo ser humano queda conectado a una red de corresponsabilidad mutua. De modo que la abnegación o renuncia de un aspecto del yo propio del médico por el bien común a su paciente e institución o en beneficio real de otra persona, aumenta también la autorrealización o superación de la dimensión primitiva centrada en el yo individualista. Y aumenta igualmente la autonomía responsable ante la verdad y el bien del ser persona. Esta autonomía no se menoscaba al atender al paciente, la persona con quien el médico establece un vínculo, sino que gana en plenitud a nivel individual y comunitario.

---

[15] KENTENICH, J., *Carta a Norteamérica* (Material inédito), II, p. 212 y *Alianza de Amor*, pp. 126-7.

## ESPIRITUALIDAD APLICADA AL PROFESIONAL EN SALUD: FE PRÁCTICA EN LA DIVINA PROVIDENCIA

Igualmente central en la espiritualidad del P. Kentenich, es su enseñanza sobre la entrega personal para vivir de acuerdo a una fe práctica en la Divina Providencia. El P. Kentenich define la fe práctica en la Divina Providencia en términos cálidos y existenciales: "La fe sencilla en la Divina Providencia es filialidad en el más alto grado. Si soy un niño sencillo, entonces creo que Dios me ama tan tiernamente que gobernará mi vida según su providencia especial...Dios ha trazado el plan de mi vida desde toda la eternidad y provee para su cumplimiento. Tan solo debo decir sí...En la medida en que amemos a Dios con un corazón filial nos preparemos con disponibilidad gozosa para hacer u omitir todo lo que el Padre desee y en el modo que Él así lo quiera". [16]

Desde la perspectiva divina, la fe práctica en la Divina Providencia implica tres actos:

- Un acto de la mente: Dios traza un plan e incluye en éste todos los sucesos del día. Y la mente humana se aboca al reconocimiento de lo que Dios dispone.
- Un acto de la voluntad: Dios desea cada suceso que realiza su plan original. Y

la voluntad humana se esfuerza por aceptar que detrás de cada suceso se revela la voluntad paternal de Dios.

- Un acto del corazón para confirmar que el Dios providente es un Padre amoroso que gratuitamente derrama su amor, precisamente sobre la debilidad humana.

A la luz de la fe en la Divina Providencia, la vida personal tanto del médico como la del paciente, no podrán ser una serie de sucesos sin conexión ni dirección, o un acontecer *absurdo*, como diría A. Camus y la posmodernidad. La Divina Providencia de un Dios Padre asegura la dirección y desarrollo original de la personalidad de cada ser humano e invita a una participación consciente y libre en la afirmación del plan divino como algo verdadero, bueno, bello y amoroso, y por eso digno de la entrega personal en calidad de *causa segunda* en el ámbito clínico.

En los segmentos anteriores hemos presentado tres modalidades de la espiritualidad del P. Kentenich que pueden servir de inspiración al médico en el encuentro intersubjetivo con su paciente: instrumentalidad ministerial, Alianza de Amor y fe práctica en la Divina Providencia. Para completar la línea de pensamiento en este trabajo, resultará instructivo interrogarnos sobre una espiri-

[16] Ídem.

tualidad que pueda sostener la vida intelectual, a modo de una dimensión que le permita al profesional en general y al médico en particular, captar las exigencias propias de su práctica, entender mejor las exigencias profundas de su quehacer.

Es preciso preguntarse lo siguiente: ¿en qué sentido y en qué medida la instrumentalidad ministerial (o filialidad ante Dios), la Alianza de Amor y la fe práctica en la Divina Providencia vencen el escepticismo, la fragmentación y la desorientación posmoderna que desafían a nuestros profesionales e intelectuales?

Para poder ofrecer una respuesta más clara, conviene reconocer que la filialidad ante Dios incluye la actitud de asombro y reverencia ante la realidad y la capacidad humana de percibir y pensar esa realidad. Este es el antídoto primario contra el escepticismo y también un antídoto contra la arrogancia modernista del racionalismo. En ambos casos, tanto frente al modernismo como al posmodernismo, el asombro y la reverencia nos recuerdan que no somos sujetos autosuficientes. Según señala el P. Kentenich, el primer acto del niño, si bien no reflexivo, es de admiración y receptividad. El médico que cultiva una actitud filial sabrá acoger con admiración y reverencia la realidad de su paciente antes de someterla a la evaluación crítica y la interpretación reflexiva. Vale decir que puede resistir el escepticismo de corte radical y apriorístico, sin

por eso abandonar la actitud de duda del investigador científico.

La humildad de la persona filial ante Dios contrarresta la arrogancia intelectual del médico modernista, quien confía ingenuamente en la prioridad de la razón lógico discursiva sobre toda otra facultad humana, en particular en el razonamiento instrumental y práctico de la ciencia y la técnica, en franco repudio de la Revelación y la razón especulativa. La humildad sustenta el asombro y la reverencia de su disposición existencial y de su filialidad, y lo ayuda a conservar un punto de encuentro espontáneo para su interacción personal con todo lo que la medicina le presenta. La humildad no implica aceptación ciega e ingenua, sino disposición a presumir la sabiduría y la competencia en otra persona, sea un colega o inclusive su paciente, y a respetar las fuentes de verdad inmanentes en el universo.

Según San Bernardo, la humildad nos conduce a descubrir tres grandes verdades fundamentales:

- La verdad sobre sí mismo, lo que es equivalente a la humildad en su sentido estricto.
- La verdad sobre el prójimo, lo cual supone caridad.
- La verdad sobre Dios, lo cual es sabiduría contemplativa.

La humildad fomenta la integración de la persona a su contexto social, a la naturaleza y a la razón de ser del universo en armonía con su Creador/Providente.

El segundo componente de la espiritualidad del P. Kentenich, la Alianza de Amor, sirve de fundamento antropológico para que el hombre desarrolle la libertad creativa en la conquista de sí mismo y se realice en los niveles superiores y distintivos de la dignidad inherente a su naturaleza. La Alianza de Amor arraigada en Dios libera a la persona de la fragmentación propia de la posmodernidad que acentúa lo vital e irracional, en claro contrapunto con la razón pura del modernismo anterior. El amor, en las múltiples alianzas que el vínculo radical con Dios sostiene y garantiza, conduce a una integración de las facultades humanas ordenada a mantener lo verdadero, lo bueno y lo digno en el ser amado enfocado.

La abnegación o renuncia de sí, por y en el amor, supone para el médico abstenerse de convertirse en un sujeto forjador y único responsable del orden objetivo y de las normas de la inteligibilidad lógica y de la rectitud moral. Más allá de los descubrimientos científicos y las promesas del control tecnológico, la búsqueda de fundamento para la experiencia humana lleva a la persona embebida en el amor de

la Alianza hacia una investigación de la razón última de la realidad hacia el descubrimiento de un Creador providente que se hace patente cuando uno se sabe amado y llamado a responder con amor.

La abnegación recomendada por la tradición cristiana es efectiva para superar no sólo el individualismo y el subjetivismo del posmodernismo, sino también la concepción estrecha de la realidad que propone el idealismo modernista. Esa superación se realiza en virtud de una apertura humilde que afirma la realidad que se le presenta, que es independiente de su subjetividad pero que a su vez apunta hacia un orden trascendental, indicativo de lo Divino. De este modo, la renuncia al subjetivismo individualista contribuye a la concepción unitaria y coherente de la realidad y contrarresta la fragmentación del mecanicismo ya censurado. Más aún, la abnegación no es equivalente a la auto-destrucción o al rechazo de la naturaleza que nos es propia, sino a la afirmación de sí mismo en un nivel de mayor integridad consigo mismo y de integración con el universo y su razón de ser. [17]

La enseñanza del P. Kentenich en torno a la fe práctica en la Divina Providencia contrarresta la desorientación de la vida posmoderna y modera la ilusión moderna del progreso indefinido sustentado sólo en

[17] KENTENICH, J, *Que surja el hombre nuevo*, Córdoba, Editorial Patris, 1998.

iniciativas y recursos estrictamente humanos. Según la interpretación del P. Kente-nich, la mentalidad modernista y su ideología mecanicista, se afianza en una creencia naturalista en el potencial del conocimiento científico-clínico, en el descubrimiento de la regularidad de la naturaleza matemáticamente expresada, y en un reduccionismo analítico que desemboca en lo que se denomina **unidades elementales** (proyecto del Genoma Humano).

Por otra parte se observa, paradójicamente, que la mentalidad posmoderna ya no descansa en la creencia naturalista de corte práctico, en el conocimiento científico. Por eso se desespera y declara como fútil la búsqueda de fundamento y dirección. Se inicia la era de la suspicacia y de la desconfianza. Se pone la "fe" en el poder de la crítica, la revisión y la recons-

trucción de lo construido por la razón modernista. Así las cosas, una vez que no se tenga la fe o creencia en un orden objetivo y de confiabilidad garantizada, resulta más fácil creer en cualquier ideología por motivaciones superficiales y transitorias, tal como se puede ver en el auge del fanatismo religioso y político de algunos cultos.

Los médicos no están inmunizados contra estos peligros. La fe práctica en la Divina Providencia propone, precisamente, creer en el orden establecido por Dios mismo y presentado a la conciencia humana, que primero tiene el deber de juzgar y luego la libertad para decidir responsablemente según la verdad y el bien. Esta creencia queda garantizada por la Sabiduría, el Poder y, sobre todo, por el Amor de Dios Padre, quien es pura fidelidad.