Ética: principio de la profesión médica

Los valores que unen la fe cristiana con el arte de curar

+ José Ángel Saiz Meneses,
Arzobispo Metropolitano de Sevilla
24 de septiembre de 2026

Introducción: la medicina como *secunda philosophia*

Señor Presidente del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla, miembros de la Junta Directiva, autoridades, queridos médicos y profesionales sanitarios, señoras y señores:

Agradezco sinceramente la invitación a compartir con ustedes esta reflexión. Comparezco ante profesionales que conocen desde dentro la grandeza, la dificultad y también el peso de una vocación que entra cada día en contacto con la fragilidad humana. Permítanme, antes de continuar, precisar el tono de mis palabras. No vengo a instruirles en aquello que conocen mucho mejor que yo, ni a proponerles una espiritualidad añadida a su trabajo, como si la fe fuera un suplemento devocional que se agrega al final de la jornada. Vengo a proponerles más bien una genealogía. Existe una tradición intelectual que ha pensado el acto médico como algo más denso que una intervención técnica eficaz sobre un organismo averiado. Esa tradición ha producido conceptos, instituciones y hábitos que ustedes heredan quizá sin saberlo cada vez que entran en una habitación de hospital.

En el libro cuarto de las Etimologías, san Isidoro de Sevilla dedica un tratado completo a la medicina y se plantea antes una objeción de escuela que había recorrido toda la Antigüedad tardía: por qué el arte médico no figura entre las artes liberales. No figura entre ellas —aclara nuestro patrono— porque, mientras que las demás artes liberales se ocupan de causas singulares, la medicina las abarca todas; y es que el médico ha de conocer la gramática para entender lo que lee, la retórica para argumentar sus casos, la

aritmética para computar los ciclos de la enfermedad, la astronomía para observar los tiempos. Y de ahí extrae una fórmula que quisiera dejar impresa en el resto de esta conferencia: la medicina es *secunda philosophia*, una segunda filosofía, porque una y otra disciplina reclaman para sí al hombre entero, "totum hominem sibi vindicat; por la filosofía se cura el alma, por la medicina el cuerpo" (Etym. IV, 13, 1-5).

Merece la pena detenerse en ese verbo, vindicare: reivindicar, reclamar como propio, exigir para sí. Isidoro no está repartiendo al hombre en dos lotes, uno para el filósofo y otro para el médico. Está diciendo que ambos saberes reclaman al hombre completo, y que ninguno de los dos puede ejercerse honestamente sobre una porción. El médico que trata un hígado trata a una persona; el filósofo que examina un alma examina a un ser encarnado que envejece, que duele y que muere. La frase isidoriana representa una tesis antropológica que anticipa en doce siglos lo que la fenomenología del cuerpo tardaría en formular con aparato conceptual propio.

Sobre esa tesis quisiera construir dos movimientos. En el primero, que será breve y que funciona como antesala, recorreré la genealogía de esa convicción: cómo se hizo metáfora teológica en los Santos Padres y cómo esa metáfora se convirtió en institución estable de cuidado. En el segundo, que ocupará el cuerpo de esta intervención, examinaré el fundamento antropológico que sostiene todo el edificio —la dignidad del enfermo— y lo haré por el camino menos abstracto que conozco: el de tres médicos del siglo pasado a los que la Iglesia ha canonizado en fechas recientes. Son tres modos de responder a la misma pregunta que ustedes se hacen cada mañana.

I. Antesala: de la metáfora a la institución

Conviene recordar que el primero que puso por escrito la ternura de Cristo con los enfermos fue un médico. San Lucas, a quien san Pablo llama con inusual afecto «el médico querido» (Col 4,14), es el evangelista al que debemos algunas de las páginas más

hondas del Nuevo Testamento: el buen samaritano que se apea de su cabalgadura para atender a un desconocido, el padre que abraza al hijo antes de dejarle terminar la disculpa, el publicano que reza sin atreverse a levantar los ojos.

Los exegetas discuten desde hace más de un siglo hasta qué punto puede rastrearse un vocabulario técnico en el tercer Evangelio (Cadbury 1920). En la parábola del buen samaritano, de hecho, san Lucas se detiene en un gesto que ningún otro narrador habría juzgado digno de mención: el hombre vendó las heridas del herido derramando aceite y vino (cf. Lc 10,34). Aceite y vino, emoliente y antiséptico, la terapia tópica estándar de la medicina antigua. El narrador no dice que el samaritano se compadeció y punto. Dice cómo curó. Quien está habituado a inclinarse sobre los cuerpos adquiere una atención al detalle que después se filtra en todo lo que escribe.

Tampoco fue la Escritura hebrea ajena a este aprecio. El Sirácida manda honrar al médico por sus servicios, porque también a él lo creó el Señor, y recuerda que el Altísimo hizo brotar de la tierra los remedios y que el hombre prudente no los desprecia; el mismo texto aconseja al enfermo que rece, se purifique y acuda al médico, porque también este suplica al Señor acertar en el diagnóstico (cf. Eclo 38,1-14). Sobre ese trasfondo se entiende que Jesús se aplicara a sí mismo un proverbio del oficio —no necesitan médico los sanos, sino los enfermos (cf. Mc 2,17)— y que la tradición veterotestamentaria hubiera presentado ya a Dios con un nombre que no deja de asombrarme: “yo soy el Señor, el que te cura” (Ex 15,26).

Con esos fundamentos de la Revelación divina, la primera generación cristiana desarrolló un título cristológico de enorme fortuna. Hacia el año 107, camino del martirio, san Ignacio de Antioquía escribe a los efesios que hay un solo médico, carnal y espiritual, engendrado y no engendrado, Dios venido en la carne, vida verdadera en la muerte, nacido de María y de Dios, Jesucristo nuestro Señor (cf. Ad Eph. 7,2). Nótese que el título de médico aparece aquí como el sujeto gramatical de una de las confesiones

de fe más antiguas que conservamos. Ignacio articula sobre la figura del médico su cristología entera.

La imagen prospera hasta convertirse, con san Agustín, en una arquitectura teológica completa. San Agustín despliega en ella, un principio de inteligibilidad de la Encarnación: la Sabiduría de Dios, viniendo a curar al hombre, se ofreció ella misma como medicina, adaptándose a la condición del enfermo hasta hacerse semejante a él (*De doctrina christiana* I, 14, 13). Si la enfermedad radical del hombre es la soberbia, ninguna medicina externa sirve; el remedio ha de ser, si me permiten, homeopático, y la humildad de Dios es la única terapia proporcionada a la altivez humana. De ahí que Cristo pueda ser a la vez el médico, la medicina y el médico herido. Y de ahí aquella invocación de las Confesiones que sigue siendo una de las expresiones más desnudas de la oración cristiana: "medice meus intime, médico mío íntimo" (Confesiones X, 3, 4).

Toda metáfora tiene su límite, y esta tiene el suyo. Si se absolutizara, la salvación se reduciría a una terapia y la Iglesia se convertiría en un dispositivo de bienestar emocional. Philip Rieff describió ese desplazamiento con precisión: el triunfo de lo terapéutico consiste en que el hombre religioso ha sido sustituido por el hombre psicológico, que ya no busca ser salvado sino sentirse bien (Rieff 1966). Pero la metáfora patrística decía lo contrario. Esto es, que la curación del cuerpo es signo de una salvación que la excede y que no coincide con el bienestar. Los Santos Padres nunca prometieron que el creyente enfermaría menos, sino que su enfermedad no sería lo último ni lo definitivo.

El cristianismo, además, no se detuvo en la contemplación de la metáfora. Hizo algo históricamente más raro: la convirtió en organización. Cuando la peste devasta Alejandría hacia el año 260, Dionisio deja constancia de que muchos cristianos atendieron a los apestados sin protegerse y murieron por ello, mientras que muchos paganos, en las mismas circunstancias, abandonaban a los enfermos incluso siendo parientes (Eusebio, Hist. eccl. VII, 22, 7-10). Un siglo después, el emperador Juliano escribe a Arsacio una carta en la que se refiere a los impíos galileos, que alimentan a sus pobres, pero también a los nuestros, y esa es la razón de su avance.

Juliano intentó organizar una filantropía pagana equivalente y no lo consiguió. Lo nuevo no fue cuidar, sino cuidar universalmente, sin selección previa y de manera gratuita, precisamente a aquel de quien nada podía esperarse a cambio.

Esa novedad cristalizó en Capadocia. San Basilio levantó a las puertas de Cesarea, hacia el 372, el complejo que la posteridad llamaría Basíliada: hospedería, hospital, leprosería, talleres y viviendas para el personal. San Gregorio Nacianceno lo describió en su oración fúnebre como una ciudad nueva donde la enfermedad dejaba de ser motivo de exclusión (Or. 43, 63). No es dato menor que el mismo san Basilio dedicara una de sus reglas extensas a justificar el uso de la medicina como arte concedido por Dios, saliendo al paso de los espiritualismos que veían en el recurso al médico una falta de confianza en la providencia. Pensaba en términos institucionales y en términos técnicos a la vez. Desde ese núcleo se desarrollan el hospital bizantino y, a través del monacato, la enfermería occidental.

En Occidente, la Regla de san Benito fijó el principio con una fórmula que ningún código deontológico ha superado todavía hoy: el cuidado de los enfermos ha de anteponerse a todo y estar por encima de todo, de modo que se les sirva como se serviría realmente a Cristo (RB 36,1); y que todos los que llegan sean recibidos como Cristo (RB 53,1). De ahí que hospital y hospitalidad compartan raíz, en razón de su identidad profunda.

Permítanme traer esta historia a nuestra ciudad. En 1500, doña Catalina de Ribera funda el Hospital de las Cinco Llagas, cuyo edificio, uno de los mayores de la Europa del Renacimiento, alberga hoy el Parlamento de Andalucía; quien pasa por delante rara vez recuerda que aquellos muros se levantaron para acoger mujeres enfermas y pobres. En 1667 se abre el Pozo Santo para mujeres incurables, esto es, para aquellas a las que la medicina de la época no podía ofrecer ya nada salvo cuidado. Y en la segunda mitad del siglo XVII, Miguel Mañara refunda la Hermandad de la Santa Caridad y levanta el hospital que todavía hoy, tres siglos y medio después, sigue atendiendo ancianos junto al Arenal, bajo los lienzos de Murillo y las postrimerías de Valdés Leal. Añadan que

la Orden Hospitalaria fundada en Granada por Juan Ciudad, san Juan de Dios, hacia 1539, llegó a ser el mayor sistema hospitalario del mundo hispánico. Cuando dentro de un momento les hable de un médico italiano que ingresó en esa misma Orden, procuraré explicar por qué dejo aquí este hilo suelto.

II. La dignidad del enfermo y sus tres rostros

Debajo de todo aquello latía una convicción, de la que depende cuanto sigue: un enfermo, por muy debilitado que esté y por poco que su cuerpo pueda ya ofrecer, no ha perdido un gramo de dignidad. La afirmación parece hoy una obviedad, y no lo es. Depende enteramente de cómo se fundamente la dignidad. Si la fundamos, con Kant, en la autonomía de la razón práctica, obtenemos una dignidad robusta para el sujeto racional y competente, pero estructuralmente frágil para el recién nacido, para el enfermo con demencia avanzada, para el paciente en estado de mínima conciencia. Robert Spaemann mostró con una claridad que sigue sin ser refutada que la personalidad no es una propiedad cualitativa que se posea en grados, sino el modo de ser de un individuo perteneciente a una especie cuyos miembros son personas; de otro modo, la condición de persona pasaría a depender del reconocimiento ajeno, y quien reconoce puede dejar de reconocer (Spaemann 1996). La tradición cristiana ofrece un fundamento distinto y más resistente: la persona vale por el hecho de existir, porque ha sido creada y es amada por Dios, y esa relación constituyente no puede ser destruida por ninguna patología (Dicasterio para la Doctrina de la Fe 2024, 1-11; León XIV 2026b). Una dignidad así no se otorga ni se retira. Solo cabe reconocerla, aunque ni siquiera el reconocimiento la produce.

El Concilio Vaticano II dio a esta intuición su formulación más citada —solo en el misterio del Verbo encarnado se esclarece el misterio del hombre, y Cristo manifiesta plenamente el hombre al propio hombre (cf. *Gaudium et spes* 22)— y extrajo la consecuencia práctica al enumerar entre las prácticas infamantes cuanto viola la integridad de la persona y cuanto ofende su dignidad tratando a los hombres como meros instrumentos de lucro

(*Gaudium et spes* 27). El papa san Juan Pablo II lo dijo con claridad después: quienes trabajan en el campo de la salud son custodios y servidores de la vida humana (*Evangelium vitae* 89). Yo diría, sin exageración, que la medicina occidental nace el día en que alguien se atrevió a sostener que un mendigo moribundo vale exactamente lo mismo que un emperador. Todo lo demás, incluida la mejor tecnología de la que hoy disponemos, es desarrollo de esa premisa. Ahora bien, una premisa no se sostiene sola. Necesita biografías que la hagan verosímil. Voy a ponerles tres.

Giuseppe Moscati: la verdad como forma de la caridad

Giuseppe Moscati nació en Benevento en 1880, séptimo de nueve hermanos de una familia de juristas, y se licenció en Medicina en la Universidad de Nápoles en 1903 con las máximas calificaciones de su promoción. Podía haberse dedicado a cualquier cosa. Escogió la investigación, y dentro de ella el terreno menos vistoso: la química fisiológica, la bioquímica en estado naciente. Fue asistente en el laboratorio de fisiología, después titular del Instituto de Química Fisiológica, y acabó dirigiendo el Instituto de Anatomía Patológica del Hospital de los Incurables. Figuró entre los primeros médicos de Nápoles que ensayaron la insulina en el tratamiento de la diabetes, la enfermedad de la que había muerto su madre.

Su biografía contiene dos episodios que suelen contarse como gestos heroicos y que a mí me interesan por otra razón. Cuando el Vesubio entró en erupción el 8 de abril de 1906, el hospital de Torre del Greco quedó amenazado por el peso de la ceniza sobre las cubiertas. Moscati dirigió personalmente la evacuación, sacando uno a uno a enfermos ancianos y paralíticos; el techo se desplomó poco después de salir el último. En la carta que escribió al director general de los hospitales napolitanos se preocupó de agradecer el trabajo de quienes le habían ayudado y omitió su propio nombre. Cinco años más tarde, durante la epidemia de cólera de 1911, el municipio le encomendó las inspecciones sanitarias y el estudio del origen del brote; buena parte de sus recomendaciones estaba aplicada al morir él. En ambos casos no actuó por temperamento

temerario, sino desde una convicción epidemiológica: el rigor técnico salva más vidas que cualquier gesto. Murió el 12 de abril de 1927, con cuarenta y seis años, sentado en el sillón de su consulta, entre dos pacientes.

En la sala de autopsias de su instituto hizo colocar un crucifijo con una inscripción tomada del profeta Oseas: "ero mors tua, o mors", "seré tu muerte, oh muerte" (Os 13,14). Un hombre que pasaba las mañanas abriendo cadáveres para averiguar de qué habían muerto, y que colgaba sobre la mesa de disección la promesa de que la muerte no tendría la última palabra. Ahí está condensada toda una epistemología: la investigación más descarnada y la esperanza más alta ocupando el mismo espacio físico sin estorbarse.

San Juan Pablo II lo canonizó el 25 de octubre de 1987, en pleno Sínodo sobre la vocación y misión de los laicos, y lo propuso como realización concreta del ideal del cristiano laico, ejemplo para los médicos y también para quienes no comparten su fe. La Iglesia estaba diciendo que la santidad de un laico se juega dentro de su profesión y no al margen de ella. Su vida desmiente uno de los tópicos más resistentes de la modernidad, el que da por supuesto que fe y ciencia se estorban, como si el creyente investigara con menos hondura o el científico creyera con menos convicción. Con él ocurría lo contrario: investigaba con una exigencia sin concesiones porque creía, persuadido de que la verdad es una y que ninguna verdad parcial puede contradecir a la Verdad.

Es la tesis que Juan Pablo II formularía en el proemio de *Fides et ratio* con la imagen de las dos alas, y que el Concilio había fundado en el reconocimiento de la legítima autonomía de las realidades terrenas (*Gaudium et spes* 36). Y es también el punto en que Benedicto XVI resultó más certero: quienes trabajan en las instituciones caritativas necesitan competencia profesional, porque los que sufren tienen derecho a un tratamiento competente y no a la mera buena voluntad; pero la competencia sola no basta, y hace falta además una formación del corazón (Benedicto XVI 2005, 31). Todos hemos conocido al profesional impecable en lo técnico y gélido en el trato, y también a la persona de gran corazón cuya falta

de rigor la convierte, sin quererlo, en un riesgo. La caridad exige competencia porque el amor al enfermo obliga a saber medicina; y la competencia pide caridad porque un saber que no se ordena al bien de alguien deja de ser medicina.

Esta lección ha adquirido de golpe una actualidad considerable. La inteligencia artificial está entrando en el diagnóstico por imagen, en la estratificación de riesgo, en la gestión hospitalaria y en la propia investigación biomédica. No corresponde a un teólogo evaluar el rendimiento de un clasificador, pero sí señalar dónde están las preguntas que ningún rendimiento resuelve. Paul Ricoeur distinguió tres niveles en el juicio médico: el prudencial, que se ejerce en la singularidad del encuentro; el deontológico, que codifica normas; y el reflexivo, que sopesa principios en conflicto (Ricoeur, Paul. 2001. «Les trois niveaux du jugement médical». En Le Juste 2, 227-243).

Los sistemas actuales operan con enorme eficacia sobre poblaciones. El acto clínico se ejerce sobre este enfermo, cuya biografía, cuyos miedos y cuyas preferencias no están en la distribución. Que un sistema acierte más que un radiólogo en una cohorte no responde todavía a quién decide, en este caso concreto, si merece la pena una tercera línea de tratamiento. El magisterio reciente ha entrado en este terreno con precisión, insistiendo en la diferencia entre la inteligencia humana, encarnada y relacional, y unos sistemas cuya potencia no equivale a comprensión (Dicasterio para la Doctrina de la Fe y Dicasterio para la Cultura y la Educación 2025), y recordando que ninguna innovación merece la pena si desplaza al paciente del centro (León XIV *Magnifica humanitas*. Carta encíclica sobre la custodia de la persona humana en el tiempo de la inteligencia artificial, 15 de mayo de 2026; «Discurso a los participantes en la asamblea plenaria de la Pontificia Academia para la Vida», 16 de febrero de 2026). Moscati, que se sumó a cada adelanto de su tiempo sin dejar de mirar a los ojos a sus pacientes, sería el patrono discreto de esta encrucijada.

José Gregorio Hernández: el corazón que ve

El segundo rostro nos hace cruzar el Atlántico. El 19 de octubre de 2025, en la plaza de San Pedro, León XIV canonizó a José Gregorio Hernández Cisneros junto a la madre Carmen Rendiles y a otros cinco beatos; fueron los dos primeros santos de Venezuela. Miles de venezolanos llenaron la plaza con sus banderas para ver subir a los altares a aquel a quien, con un cariño que lo dice todo, siguen llamando el médico de los pobres.

Había nacido en Isnotú, un pueblo del estado Trujillo, en 1864, y se licenció en la Universidad Central de Venezuela en 1888. Al año siguiente el gobierno lo envió becado a París con una doble misión: formarse y comprar el instrumental de un laboratorio. Trabajó en el de histología de Mathias Duval, en el de fisiología experimental de Charles Richet, futuro premio Nobel y discípulo de Claude Bernard, y en el de patología experimental de Isidore Strauss, discípulo de Pasteur; después amplió estudios en Berlín. Le ofrecieron quedarse en Francia y en Alemania. Regresó en 1891 con los microscopios en el equipaje y fundó en Caracas las primeras cátedras de Histología Normal y Patológica, Fisiología Experimental y Bacteriología, junto con el primer laboratorio científico del país. En 1906 publicó los Elementos de Bacteriología, primer manual de la materia editado en Venezuela, y describió una angina de pecho de naturaleza palúdica que la literatura no había caracterizado. Hablaba varios idiomas, escribía en las revistas literarias de Caracas y publicó también un tratado de filosofía.

Con semejante prestigio habría podido también él vivir holgadamente. Su consulta, sin embargo, estuvo siempre abierta a cualquiera y de manera preferente a quienes no tenían con qué pagar; a esos no solo no les cobraba, sino que muchas veces les entregaba, junto a la receta, las monedas para comprar el medicamento. Murió el 29 de junio de 1919, atropellado por uno de los pocos automóviles que circulaban por Caracas, cuando salía de una botica adonde había ido a buscar la medicina de una enferma pobre.

Hay en su biografía un elemento que las hagiografías apresuradas suelen suavizar y que me parece decisivo. José Gregorio quiso ser monje. En 1908 ingresó en la Cartuja de Farneta, en la Toscana, con el nombre de fray Marcelo; el rigor físico de la vida cartujana quebró su salud y a los diez meses hubo de regresar. En 1913 lo intentó de nuevo en el Colegio Pío Latinoamericano de Roma, y de nuevo la enfermedad lo devolvió a Caracas. Dos intentos vocacionales frustrados. Un hombre que buscó dos veces la celda y dos veces fue devuelto al laboratorio y a la consulta, y que entendió, al parecer sin amargura, que la celda reservada para él era precisamente aquella habitación con una camilla y un microscopio. No conozco ilustración más limpia de lo que significa descubrir la propia vocación en el lugar donde uno ya estaba.

Pocos han encarnado tan bien la imagen que el papa Benedicto XVI puso en el centro de la Carta encíclica *Deus caritas est*: el programa del cristiano es el programa del buen samaritano, y ese programa se resume en un corazón que ve, un corazón que advierte dónde hace falta amor y actúa en consecuencia (n. 31). José Gregorio tenía esa clase de corazón. Veía a quien los demás ni siquiera miraban: al enfermo que había detrás del historial, a la persona que había detrás de la pobreza.

Conviene profundizar un poco en esta noción de la mirada, porque la filosofía contemporánea le ha dedicado páginas que iluminan el acto clínico. El filósofo Enmanuel Lévinas mostró que el rostro del otro no se deja reducir a lo que de él veo, que precisamente se resiste a la aprehensión y me manda antes de que yo decida nada; el rostro habla, y su primera palabra es una prohibición de matar y una llamada a responder (*Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, 1961). El médico ejerce dos miradas a la vez y no puede renunciar a ninguna: la que objetiva un cuerpo para poder curarlo y la que reconoce en ese cuerpo a alguien que le interpela. La tensión entre ambas no se resuelve teóricamente; se administra cada día, en cada consulta, y su gestión es el núcleo de lo que Pedro Laín Entralgo llamó, con expresión feliz, la amistad médica: aquella relación en la que el saber técnico se pone al servicio de un vínculo de confianza y benevolencia mutua (*La*

relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente, 1964).

Esa mirada la ha hecho suya el magisterio reciente. León XIV ha reclamado una atención sanitaria justa y accesible, ha señalado los sesgos que dejan fuera al enfermo concreto y ha insistido en recuperar el cuidado entendido como cercanía: cuidamos del otro no solo porque esté enfermo, sino porque su vulnerabilidad la compartimos todos (León XIV «Discurso a los participantes en la asamblea plenaria de la Pontificia Academia para la Vida», 16 de febrero de 2026). Es la línea de la Exhortación Apostólica *Dilexi te*, donde el amor a los pobres aparece como dimensión constitutiva de la Iglesia y no como una de sus actividades entre otras.

La exaltación de la gratuidad puede convertirse en coartada. Benedicto XVI recordó que la caridad supera a la justicia, aunque jamás la sustituye, y que la ciudad del hombre no se promueve solo con relaciones de gratuidad, sino ante todo con relaciones de justicia (Benedicto XVI *Caritas in veritate*, 6, 2009). Aplicado a lo que nos ocupa: la generosidad personal de un médico no exime al sistema de ser justo. Sé de sobra que muchos de ustedes trabajan en un sistema tensionado hasta el límite, con listas de espera que angustian, plantillas insuficientes y un tiempo por paciente que hace casi imposible aquello mismo que se les pide. Por eso me gustaría recordarles es que cada vez que atienden con idéntica dignidad a quien puede agradecérselo y a quien no podrá hacerlo nunca, están prolongando el gesto de José Gregorio.

Riccardo Pampuri: permanecer cuando ya no se puede curar

El tercer rostro es el más callado, y puede que sea el que llega más adentro.

Erminio Filippo Pampuri nació en Trivolzio, cerca de Pavía, el 2 de agosto de 1897, décimo de once hermanos. Perdió a su madre a los tres años y a su padre a los diez; lo criaron unos tíos maternos. Se matriculó en Medicina en Pavía, y en 1917 hubo de interrumpir la carrera para incorporarse al frente como sargento del

cuerpo de Sanidad. Allí, en las trincheras de la Gran Guerra, vio de cerca el cuerpo destrozado y la soledad del que muere lejos de los suyos, y contrajo la enfermedad que años más tarde acabaría con él. Terminada la contienda concluyó los estudios y ejerció como médico rural en Morimondo, en la provincia de Milán, con veinticuatro años, atendiendo a los campesinos más pobres con una dedicación que tenía ya, sin nombrarlo, algo de consagración.

Pero intuyó que se le pedía más. Llamó a la puerta de los jesuitas y de los franciscanos, y en ambos sitios le hicieron notar que su salud era demasiado precaria. El 22 de junio de 1927 fue admitido en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, aquella misma que había nacido en Granada casi cuatro siglos antes; hizo el noviciado en Brescia, tomó el nombre de fray Ricardo, profesó el 24 de octubre de 1928 y dirigió el gabinete odontológico de la comunidad. No colgó la bata: la llevó bajo el hábito. En abril de 1930, agravada la pleuritis en una broncopulmonía, fue trasladado a Milán, donde murió el 1 de mayo con treinta y dos años. San Juan Pablo II lo canonizó el 1 de noviembre de 1989.

Conservamos una carta suya a su hermana en la que le pedía que rezase para que el orgullo y el egoísmo no le impidiesen ver siempre al Cristo que sufre en sus enfermos, de modo que pudiera curarlos y consolarlos. Ahí están los dos verbos juntos, y en ese orden. Para fray Ricardo, cada cama de hospital era un altar y cada cuerpo doliente una presencia disimulada de Aquel que dijo que estuvo enfermo y lo visitaron, y que cuanto se hace con uno de los más pequeños con él se hace (cf. Mt 25, 36.40). Es exactamente el principio benedictino que citaba antes, encarnado en un médico del siglo XX.

Quisiera detenerme en el segundo de aquellos verbos, porque en él se juega buena parte de lo que hoy discute la medicina. Benedicto XVI dejó en *Spe salvi* una página que considero de las más penetrantes escritas sobre el sufrimiento en el último siglo: la medida de humanidad de una persona y de una sociedad se determina en relación con el sufrimiento y con el que sufre, y una sociedad que no logra aceptar a los que sufren ni ayudarles a compartir su dolor es una sociedad cruel e inhumana (cf. n. 38). Y

rescata a continuación el sentido primero de una palabra latina: con-solatio, estar con el otro en su soledad, de modo que esa soledad deje de ser soledad (cf. nn. 38-39). Consolar, en su raíz, no significa suprimir el dolor, cosa que no siempre está en nuestra mano. Significa que quien lo padece no lo padezca solo.

Ustedes conocen esta realidad de un modo extraordinario. Hay dolores que no se curan y noches en las que la medicina no tiene nada que ofrecer salvo una presencia junto a la cama. Cicely Saunders fundó la medicina paliativa moderna precisamente sobre esa constatación, acuñó el concepto de dolor total para nombrar la trama de sufrimiento físico, psíquico, social y espiritual que atraviesa al enfermo terminal, y organizó una disciplina entera en torno a la idea de que aliviar es tarea tan médica como curar (Cicely Saunders, *Selected Writings* 1958-2004, 2006).

Es también el terreno en que la Iglesia ha querido ser más precisa. La carta *Samaritanus bonus* sostiene que la imposibilidad de curar no autoriza jamás a dejar de cuidar, y que el cuidado constituye una obligación permanente que no cesa cuando la terapéutica ha agotado sus recursos (cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Carta Samaritanus bonus*, 2020). San Juan Pablo II lo había dicho antes en la Carta apostólica *Salvifici doloris*, al releer la parábola del samaritano como clave del evangelio del sufrimiento y recordar que no describe una virtud opcional sino la forma misma de la disponibilidad humana (Juan Pablo II 1984, 28-30). Fray Ricardo se quedaba. Ese es su legado.

Conclusión: examen de conciencia y mirada final

Antes de concluir quisiera formular tres deformaciones que amenazan al oficio médico y que se corresponden, punto por punto, con los tres testimonios que acabamos de recorrer.

La primera es la reducción tecnocrática. Cuando el saber médico se identifica con el dominio técnico sobre procesos biológicos, el enfermo se convierte en el soporte accidental de una patología interesante y la consulta en el trámite necesario para acceder a una prueba de imagen. La consecuencia no es la mala

medicina; a menudo es una medicina técnicamente excelente y humanamente muda. San Isidoro tenía razón: quien renuncia a reclamar al hombre entero acaba tratando menos de lo que creía.

La segunda es la contractualización de la relación clínica. La medicina defensiva, la proliferación de consentimientos redactados por abogados y la conversión del paciente en cliente producen un sistema jurídicamente blindado y moralmente desarmado. El consentimiento informado nació como instrumento de respeto a la autonomía y merece ser defendido; pero degenera cuando su función real pasa a ser distribuir responsabilidad en caso de litigio. Pellegrino y Thomasma insistieron durante décadas en que la relación clínica no es un contrato entre extraños sino una alianza asimétrica en la que uno es vulnerable y el otro competente, y en que esa asimetría genera obligaciones que ningún contrato agota (Pellegrino, Edmund D., y David C. Thomasma. 1988. *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care.* Nueva York: Oxford University Press, 1988).

La tercera es el descarte: la tendencia, casi nunca explícita, a considerar que ciertas vidas no compensan el gasto que exigen. Se manifiesta en la asignación de recursos, en el lenguaje con que se habla de determinados pacientes, en la impaciencia ante el anciano pluripatológico. Aquí la tradición cristiana no ofrece un matiz sino una objeción de fondo, y la formularé sin rodeos: una vida cuya dignidad dependa de su utilidad es una vida que ha dejado de tener dignidad y solo conserva precio.

Se habla mucho de desgaste profesional; algunos autores han propuesto sustituir esa categoría por la de daño moral, para nombrar lo que sucede cuando un profesional sabe qué debería hacer por su paciente y las condiciones estructurales se lo impiden sistemáticamente. No es agotamiento: es la erosión que produce actuar día tras día por debajo de lo que uno se debe a sí mismo. Ustedes también enferman, también tienen miedo y también necesitan ser cuidados; un colegio profesional que se ocupe de eso está haciendo teología práctica sin saberlo.

Permítanme finalizar levantando la vista. En la letanía que la Iglesia reza desde el siglo XVI hay un título mariano que, dicho

ante ustedes, suena de manera particular: *Consolatrix afflictorum*, *Consoladora de los afligidos*. No es un adorno devocional. Ese título nace del Calvario, de aquella mujer que, cuando los demás habían huido, permaneció en pie junto a la cruz de su Hijo (cf. Jn 19,25). No pudo bajarlo de allí; nadie podía. Pero no se movió. La liturgia latina fijó la escena en un verbo, *stabat*, que es un imperfecto de duración: no estuvo, estaba, seguía estando. Es la figura más pura de aquella con-solatio: la presencia que permanece cuando ya no queda nada que hacer y que, con su sola compañía, impide que el que sufre se quede solo (Benedicto XVI, *Spe salvi*, 30 de noviembre de 2007, n. 39).

Esa figura callada al pie de la cruz podría presidir el trabajo de ustedes, porque en ella confluyen las tres lecciones recorridas. La honestidad intelectual de Moscati, que pide una medicina rigurosa, apoyada en la investigación y en la técnica sin dejarse deshumanizar por ellas. La gratuidad de José Gregorio, que pide una medicina de puertas abiertas, con los ojos puestos preferentemente en quien menos tiene. Y la fidelidad de Pampuri, que pide una medicina capaz de acompañar allí donde ya no cabe curar. Ninguna de las tres se sostiene por separado. El rigor sin caridad se enfría hasta volverse pura técnica; la caridad sin rigor se queda en buena voluntad que a veces daña; y una y otra, si les falta el sostén de una vocación asumida, se agotan en pocos años.

Y termino como empecé, dándoles las gracias, aunque ahora con otro acento. Cada uno de ustedes es, día tras día, un pequeño reflejo de aquel *Christus medicus* que los Padres contemplaron y que san Isidoro colocó en el fondo de su definición de la medicina como segunda filosofía. En sus manos la ciencia se hace ternura, y su propio cansancio se convierte, sin ruido, en una forma de entrega. Que la Consoladora de los afligidos, la que permaneció firme junto a la cruz cuando ya no quedaba más que amar, vele por ustedes, sostenga su vocación en las jornadas duras y les conceda esa alegría, tantas veces silenciosa, de saber que su trabajo cura cuerpos y, más veces de las que ustedes mismos sospechan, consuela almas.

Muchas gracias. Y que Dios les bendiga.