

PLIEGO

Vida Nueva
3.230. 3-9
DE JULIO DE 2021



Cara a cara con Dios

Diez
pistas
para una
pastoral
con
sanitarios
hoy

ALBERTO CANO ARENAS, SJ

Médico psiquiatra.

Unidad Clínica de Psicología (UNINPSI). Universidad Pontificia Comillas

Ser sanitario en clave creyente supone transitar hacia Dios y dejarse alcanzar por él. La atención pastoral a este colectivo, por tanto, debe constituir una ayuda para que quienes lo integran (médicos, psicólogos, auxiliares, enfermeros...) experimenten y reconozcan en el ejercicio de su profesión la presencia viva del Resucitado, que sale a su encuentro en cada persona que sufre. Nuestra propuesta, en forma de decálogo para una pastoral con sanitarios, quiere ofrecer un marco para la reflexión y la acción que contemple a estos profesionales no solo como agentes, sino también como receptores de la evangelización, de tal modo que podamos evangelizar las experiencias humanas que acontecen a diario en hospitales, residencias y centros de salud.

I. EL DESFIGURADO ES EL TRANSFIGURADO

Las profesiones sanitarias pueden ser, como tantos otros desempeños vocacionales, trampolín privilegiado y camino abierto hacia Dios. Enfermeros, auxiliares, médicos, psicólogos y celadores se asoman –con sus ojos y en sus manos– al misterio profundo del ser humano que sufre y ama, resiste y espera, confía y batalla. Y por eso les está concedido rozar, aunque sea un instante, el misterio mismo de Dios. Tal es la tesis fundamental de estas páginas, que podemos sintetizar del siguiente modo: la atención pastoral a los sanitarios debe ser una ayuda para que experimenten y reconozcan, en lo concreto del ejercicio de su profesión, la presencia viva del Resucitado, que ya está saliendo a su encuentro a través de quienes sufren. En otras palabras: ser sanitario –en clave creyente– es, al mismo tiempo, transitar hacia Dios y dejarse alcanzar por él.

Así, una pastoral con sanitarios que quiera permear todas las aristas de su trabajo tendrá que atender, aun de forma especial, a las dimensiones profética y comunitaria de la fe. Es decir, no podrá contentarse única y exclusivamente con animar al servicio y dinamizar la celebración sacramental. Sin duda, entrega y oración –*diakonia* y *leitourgia*– habrán de estar inexcusablemente presentes en estas propuestas apostólicas. Pero sin olvidar el anuncio de la esperanza en que el reino y la fraternidad –*martyria* y *koinonia*– se encuentran ya germinalmente enraizados en los centros de salud, en las residencias y en las salas del hospital.

Las páginas que siguen intentan ofrecer un marco de referencia para la reflexión y la acción pastorales con el colectivo sanitario. Nuestra propuesta estará centrada, pues, en estos profesionales no solo como agentes, sino también como receptores de la evangelización. Encontramos que, en muchas ocasiones, el sanitario es invitado con insistencia, de diversos modos, a convertirse en *misionero*; sin embargo, a la vez, experimenta que él mismo necesita reconocerse igualmente *discípulo*. Así, hablaremos aquí de pastoral con los sanitarios, antes que de pastoral sanitaria o de los sanitarios que hacen pastoral. Esto es, de la senda que los *desfigurados* abren –a quienes los atienden– hacia la contemplación de aquel que es el *transfigurado* de Dios.

II. UNA PROFESIÓN QUE PUEDE DAR A DIOS

La cuestión que surge ahora de modo casi inevitable es la siguiente: entonces, ¿qué podemos hacer? Y es sensata, pues la pregunta por la acción pastoral aterrizada es quizás la diana a la que se dirigen muchas de nuestras inquietudes. Sin embargo, merece la pena que reformulemos de algún modo su enunciado, de manera que, al perfilarlo, seamos capaces de tender hacia propuestas algo más concretas que nos orienten en este tipo de atención pastoral. Luego el interrogante de fondo al que ahora nos gustaría responder puede quedar expresado así: ¿cuáles son las experiencias humanas que deberíamos asumir para llevar adelante una pastoral con profesionales de la salud que

resulte significativa? O, usando otras palabras, ¿en qué dinámicas existenciales tendríamos que injertar una propuesta pastoral que quiera ser honesta y relevante para los sanitarios de hoy?

Sería pretencioso tratar de proponer aquí una antropología cerrada que recogiese las características esenciales de las personas creyentes que trabajan en el ámbito sanitario: ¿cómo son?, ¿qué elementos comparten?, ¿qué les califica? Estas preguntas resultan legítimas y poseen un gran interés para pensar una pastoral honesta y aterrizada con los profesionales de la salud. Sin embargo, la enorme diversidad que les caracteriza, así como la dificultad para asomarse a las cuestiones hondas que viven en su interior, haría tremendamente ingenuo un propósito de este tipo con carácter definitivo.

Con todo, es justamente ahí hacia donde debe apuntar la atención pastoral a los sanitarios. Es decir, a las cuestiones profundas que surgen en el silencio de un turno de noche. A las preguntas de fondo que emergen después de una guardia. A los interrogantes que muerden en medio del agotamiento o la desesperanza. A los deseos de hacer el bien –cada vez más y mejor– que vibran tras pasar consulta o visitar a los enfermos en la planta de un hospital.

Recogemos, pues, algunos de los aspectos y temas abordados en trabajos anteriores¹. Y lo hacemos tratando de asumir pastoralmente las dinámicas vitales y profesionales que nos parecen atravesar –de un modo u otro– la experiencia existencial de los sanitarios creyentes: dimensiones vocacional, sapiencial, criatural, misionera, relacional y



trinitaria. Es decir, intentaremos leer –desde la fe– los elementos que perforan su vida para abrazar la dimensión trascendente a la que últimamente remiten; eso sí, evitando espiritualizaciones burdas e ingenuas que no hacen ningún bien. En definitiva, esbozamos en las páginas siguientes –de forma breve, sintética y en absoluto definitiva– “diez mandamientos” para la acción pastoral con el colectivo sanitario. Para que podamos evangelizar las experiencias humanas que acontecen en los hospitales, las residencias y los centros de salud.

III. DIEZ PISTAS (CON CIERTO RUBOR) PARA LA PASTORAL

Pues bien, a continuación sugerimos diez señales que cualquier persona en contacto con creyentes del mundo de la salud no se debería saltar. Porque nos parece que son diez huellas que lo divino imprime en la vida real de estos profesionales. Por tanto, de su correcto rastreo dependerá la capacidad de nuestras acciones pastorales para asumir, resignificar, elevar y santificar la existencia auténtica de los sanitarios; y, al mismo tiempo, para ser cauces de recepción de la gracia que Dios infunde cuando, donde y como

quiere. De tal manera podemos aventurarnos a decir que las pistas que aquí proponemos, cuando se viven en la comunión de fe que es la Iglesia y en apertura a la santificación que por su medio se recibe, adquieren –en sentido analógico– el carácter de *cuasisacramentales*. Las planteamos, no obstante, con cierto rubor, pues surgen de nuestra propia experiencia pastoral y no pretenden en modo alguno agotar la reflexión.

1. Reconocer las consultas sagradas

Todo acto clínico con una persona que sufre supone adentrarse, con mayor o menor consciencia e intensidad, en terreno santo. Por eso –porque en la intimidad de quien se muestra frágil palpita algo de Dios–, tantas veces decimos que hay que descalzarse antes de aventurarse a hablar con un enfermo². Sin embargo, en la práctica habitual nos topamos con encuentros especiales, dignos del máximo respeto: son las “consultas sagradas”³. En ellas el paciente abre –a veces, en carne viva– lo más profundo, recóndito y personal de su interior. Son situaciones que exigen la exquisitez de quien sabe que está ante algo tan único que nada ni nadie lo puede interrumpir.

Nos referimos a las consultas en torno al inicio de la vida, las relacionadas con la sexualidad, las que versan sobre una

enfermedad terminal, un diagnóstico amenazante, la muerte, el duelo, un cambio de vida, la jubilación, el paro, la separación, el maltrato, la drogadicción, el alta hospitalaria, un error médico, el cuidado de una persona dependiente, las dificultades económicas... o cualquier otra en la que un ser humano llora porque tiene algo que necesita contar.

En las consultas sagradas el tiempo se detiene y se para el reloj. Y es que asalta insospechadamente la dignidad más profunda de todo hombre; se asoma con evidencia el misterio de lo humano; y tanto pacientes como sanitarios pueden reconocerse criaturas alentadas “a imagen y semejanza” de Dios⁴. Reconocer –y cuidar– las consultas sagradas abre un camino de dignidad en el que enraizar la búsqueda de Dios.

2. Arrodillarse ante las experiencias del límite

Descalzarse ante el dolor ajeno y arrodillarse frente al límite propio son dos movimientos distintos; sin embargo, no pueden separarse sin más en la biografía personal de médicos, psicólogos, auxiliares, enfermeros y demás trabajadores de la salud. Junto al respeto exquisito hacia las distintas situaciones de padecimiento por las que atraviesan los pacientes, se hace necesario colocar también una actitud de aceptación, tolerancia e incluso



CARA A CARA CON DIOS

» reverencia con las impotencias y frustraciones que forman parte de la vida de quienes los cuidan.

Arrodillarse significa reconocer con acatamiento que no lo podemos todo, ni lo podemos solos, ni lo podemos ya; que nos duelen algunas cosas y nos cuestan otras; que a veces hacen acto de presencia la impotencia, el miedo, la duda y la frustración; que, por momentos, la vocación puede pasar factura y tocará mirar al cielo para resistir y confiar. En definitiva, el límite físico, emocional, espiritual, existencial o total posee en sí mismo la capacidad de alejarnos de Dios, pues la presencia de lo divino en dichas situaciones se torna vidriosa y se abre con desgarrar un abismo difícil de salvar entre lo que sufro y lo que soy.

Con todo, las fisuras del día a día no tienen por qué ser puentes dinamitados que cortan e imposibilitan el camino hacia Dios. Al contrario, cuando acechan, nos desamparan de seguridades previas y nos colocan en una atmósfera de necesidad que puede convertirse en ocasión pastoral para el encuentro con Jesucristo. En medio de los límites, Dios puede emerger para los sanitarios como anhelo, don y oportunidad⁵. Y es que quien es capaz de saberse carente encuentra ya dentro de sí la disposición para experimentar en lo profundo que necesita el apoyo de los otros y el acompañamiento fiel de Dios. Nos necesitamos. Necesitamos saber que podemos derrumbarnos –con todo lo que llevamos a la espalda– en los brazos misericordiosos del Señor.

3. Tratar el cuerpo, la mente y el espíritu

Como hemos escrito en otro lugar⁶, lo que les ocurre a los pacientes no se agota en lo biológico, en lo bioquímico o en lo hormonal. Más aún, tampoco puede quedarse raquíticamente reducido a lo psicológico, ni siquiera a lo social. Todos nosotros tenemos experiencia de algo que podemos llamar “vida espiritual” y que se encuentra más allá del cuerpo, sí; pero que también trasciende –sin reducirse ni contradecirla, pues se sitúa en otro plano de legitimidad– la vida mental. Esto implica que aquello que acontece en el espíritu escapa al método que emplean en su consulta psicólogos y psiquiatras. Porque el espíritu es distinto de la voluntad, del pensamiento, del lenguaje, del afecto, de la memoria, de la conducta, del juicio, de la atención o de la percepción.

El espíritu no se reduce, ni se explica, ni se explora desde la psicopatología en exclusividad. Es otra cosa. Es el lugar donde nos duele lo que nos duele, donde impactan nuestras experiencias traumáticas, las situaciones de duelo, las pérdidas, lo que nos falta, los cambios, los reveses y las adversidades del vivir. Pero todavía más: es el espacio en el que habitan nuestras experiencias más profundas: fenómenos humanos tan hondos como la esperanza, la dignidad, el sentido, la apertura al futuro, la ayuda, el perdón, el cuidado, la gratuidad, el fracaso, la venganza, el cariño, la posibilidad de recuperación, las ganas de ser mejor, el deseo de amar. El espíritu

no es un artículo de lujo, sino un bien de primera necesidad.

Por eso, más allá del cuerpo y de la mente, necesitamos recuperar el cuidado del ingrediente espiritual en el campo de la salud. Porque permite entender, atender, expresar y cuidar dimensiones de una importancia capital para el hombre –ser enigmático con una seria cuota de misterio–, que trascienden lo biomédico y lo psicosocial. En este sentido, el modelo biopsicosocial –cuya conquista ha resultado tan importante– no agota la pregunta por el ser humano. Y esta atención al espíritu es una pista de acceso abierta pastoralmente hacia Dios.

4. Mirar a lo alto

La pastoral de la salud ha puesto tradicionalmente su foco en la imitación y el seguimiento de *Christus medicus*. Junto a esta analogía –que nos parece posee un gran valor de inspiración–, desde nuestra propuesta de una pastoral específica con sanitarios encontramos igualmente iluminadora otra imagen de Dios. Nos referimos a la acogida de *Christus dolens*, que encuentra su fundamentación bíblica en el conocido discurso del Juicio final que Mateo sitúa casi al término de su evangelio (Mt 25, 31-46). En él, dicho evangelista presenta el amor como criterio último de decisión e identifica a **Jesús** con quienes padecen cualquier tipo de pobreza o exclusión; también la enfermedad⁷.

La cuestión pastoral a la que esta figura nos puede ayudar a responder es la siguiente: ¿cómo hacer una lectura creyente de aquellas situaciones profesionales que objetivamente resultan costosas en la atención a los enfermos? Nos referimos a los turnos de trabajo que parecen interminables; la valoración de pacientes a horas intempestivas; los enfermos que generan contrataciones francamente negativas; o los momentos de alta tensión con las familias. Desde la fe se entreabre aquí nuevamente una rendija pastoral para el encuentro de los sanitarios con Dios: “Os aseguro que lo que hayáis hecho a uno solo de estos mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis” (Mt 25, 40).

El servicio a los enfermos –en cualquier circunstancia y contexto–



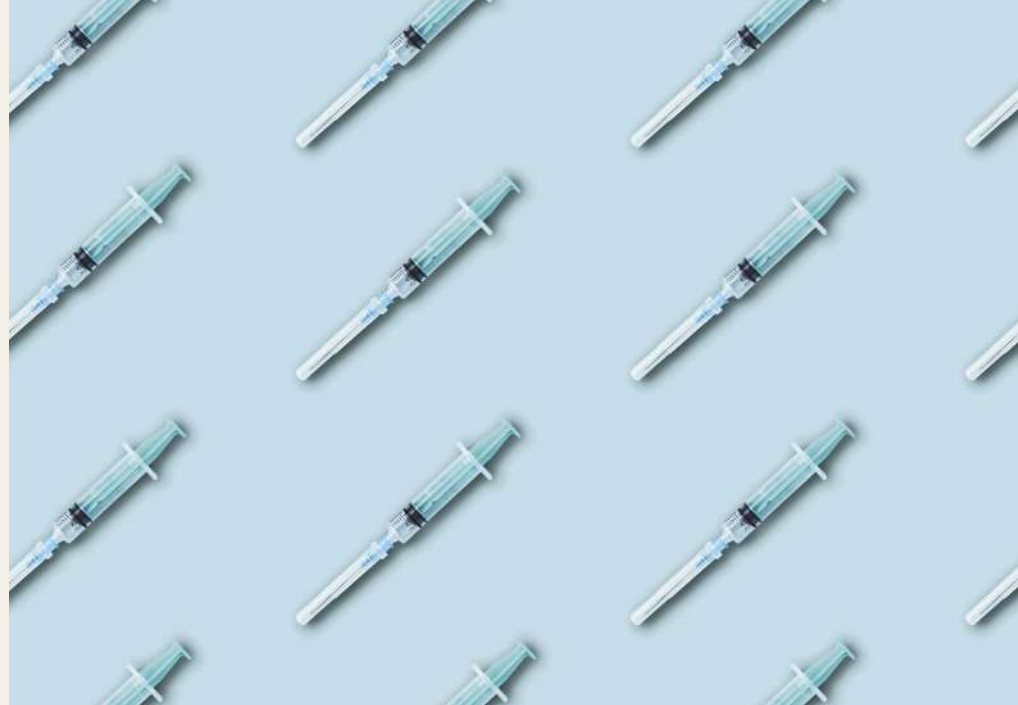
es ocasión propicia para tropezarse con el Señor Jesús. Sin embargo, el reconocimiento de esta comunión con Cristo sufriente en el paciente que sufre no surge siempre de manera espontánea y natural. Es entonces cuando la atención pastoral debe ayudar a explicitar tal relación, hacerla consciente y, de este modo, redirigir la mirada hacia Dios. Para ello, el sanitario puede valerse de algunos signos externos que le animen con discreción a volver sus ojos a lo alto. Por ejemplo: hacer la señal de la cruz al ponerse la bata; pronunciar internamente algún versículo de la Escritura antes de ver a los pacientes, a modo de pequeña oración; traer a la mente a Cristo con cierta frecuencia; realizar una breve visita a la capilla al inicio del turno o de la guardia, etc.

5. Cuidar a dos manos

Una pastoral con sanitarios que quiera ser honesta y responsable deberá incentivar una formación científico-técnica seria e intensa. Para los profesionales de la salud, el estudio es también, desde la fe, servicio y misión. Constituye una entrega callada, silenciosa, germinal. Una entrega que desvela el respeto genuino por los pacientes y que revela, en medio de lo oculto, su absoluta dignidad. Más aún, en el estudio profundo y actualizado va mucha de la dignidad del enfermero, del psicólogo, del médico y del auxiliar.

Fe y ciencia son dos dimensiones autónomas de la realidad y cuentan con métodos específicos que las legitiman. No obstante, ambas pueden iluminarse mutuamente para comprender más y mejor al ser humano a quien se intenta ayudar. Porque la fe y la ciencia ni se enfrentan ni rivalizan entre sí. Por supuesto, la consulta no es el lugar de la catequesis; pero tampoco parece que pueda amputarse la dimensión trascendente si queremos acercarnos con verdad a lo que viven las personas que acuden al centro de salud o al hospital.

Cuidar a dos manos supone asumir con admiración que el ser humano es complejo y misterioso. Y que, por ello, necesitamos tanto creer como estudiar. Necesitamos que la pastoral sienta a la misma mesa la reflexión que procede de las ciencias de la



salud y la que proviene de la ciencia teológica. Necesitamos, en definitiva, la fe y la razón “como las dos alas con las cuales el espíritu humano se eleva hacia la contemplación de la verdad”, pues “Dios ha puesto en el corazón del hombre el deseo de conocer la verdad y, en definitiva, de conocerle a Él”⁸.

6. Asistir, investigar, enseñar... y algo más

El desempeño habitual de la mayoría de los agentes sanitarios descansa sobre tres pilares fundamentales: la asistencia, la investigación y la docencia. Son como el suelo firme donde hace pie el trabajo diario de los profesionales de la salud y el cimiento que quiere garantizar la formación de los futuros especialistas. Si bien es cierto que la dedicación relativa a cada una de estas dimensiones varía según “las circunstancias de las personas, tiempos y lugares”⁹ –como le gustaba repetir a **Ignacio de Loyola**–, no lo es menos que una cierta imbricación de las tres suele darse de forma casi natural en mayor o menor grado.

La atención clínica –que muchas veces ocupa una gran parte del tiempo laboral– pone en práctica y se nutre de los hallazgos aportados por los estudios de investigación. Y tanto una como otra exigen la responsabilidad de los sanitarios con el bien común para su correcta difusión en beneficio del mayor número posible de individuos y sociedades. Además, dicha relación, que aquí hemos descrito en uno solo de sus sentidos (asistencia-investigación-docencia), es

multiforme y debe sostenerse en todas las conexiones posibles.

Con todo, lo que ahora nos cuestionamos es si estos tres pilares clásicos agotan en sí mismos la realidad del acto sanitario. Sabiendo que jugamos con la caricatura –y lo hacemos conscientemente, en cierta actitud de provocación–, podemos plantearnos las siguientes preguntas: ¿resulta suficiente ver pacientes, publicar e impartir seminarios?; ¿operar, hacer pósters y limpiar bases de datos?; ¿o leer artículos, actualizarse y asistir a congresos? Creemos que, siendo esto sin duda de una importancia vital, pastoralmente hay que incluir además otra categoría crucial: la reflexión. Es decir, los espacios para la quietud, el silencio, la calma, la lentitud, el sosiego. Los tiempos para reposar los contenidos asimilados, los hallazgos de lo investigado y los pacientes atendidos. Porque el poso que deja lo serenamente aprehendido abre también a una dimensión de acallamiento en la que se puede intuir el susurro discreto de Dios. Necesitamos tiempos para pensar.

7. Resistir en la tensión

Las tensiones forman parte de la vida de los sanitarios, a poco que miren con honestidad su propio interior. Se da tensión entre la eficacia y la gratuidad, entre la profecía y la sensatez, entre la fortaleza y la inseguridad, la analítica y el enfermo, el “lo merece” y el “lo necesita”. Se da tensión entre el fervor y la decepción, entre la consolación y la desolación, el agotamiento y la



CARA A CARA CON DIOS

» misión, el oficio y la vocación. Estas tensiones a menudo muerden; y quizás tenga que ser así. Porque en la realidad hay siempre algo de lucha que está aún por resolverse.

La mirada pastoral deberá rescatar aquello que, en medio de las tensiones espirituales propias del vivir, puede ser ocasión de fecundidad y creatividad evangélica. Mantenerse en la tensión no tiene nada que ver, claro está, con canonizar el sufrimiento. Se trata, más bien, de asumir que no existen siempre soluciones fáciles para las cuestiones humanas; y de evitar caer en la trampa de las respuestas rápidas y parciales. Entonces, con serenidad, podremos aprender a vivir estas y otras incertidumbres no como enigmas a evitar, sino como polaridades en medio de las cuales el Evangelio –que siempre pugna– puede brotar.

8. Asumir que la gratuidad es siempre pascual

La medicina, la psicología, la enfermería y el resto de actividades del ámbito de la salud son la forma que los sanitarios han elegido para amar. Y el amor, cuando es entrega gratuita de la propia vida, adquiere una dimensión pascual. Es decir, en ocasiones duele. Esto no significa de ningún modo que, para que resulte verdadero o valioso, el amor tenga que costar. Por el contrario, lo que implica es que la entrega genuina –la que intenta responder a una llamada desbordante de Dios– no se detiene ante la dificultad, sino que confía en que la última palabra será siempre de resurrección.

Pero tal intuición no se ve en todos los momentos de la vida con esta claridad. Así, el grito de los sanitarios –también el ahogado y el lleno de enfado– se convierte en una forma legítima de dirigirse al Señor. A saber: de manifestar que lo necesitamos, aunque no lo sintamos cerca; de expresar que solos no podemos, aunque él parezca escondido. Necesitamos de los otros y necesitamos a Dios. Entonces, ¿qué hacer cuando uno experimenta que ha sido demolida la relación que antes le conectaba con el Señor Jesús?

La pastoral con sanitarios puede ofrecer aquí un espacio que tienda puentes para reconstruir lentamente

la vereda hacia Dios. Dicha senda tendrá que ser necesariamente pascual. Es decir, deberá situar ante los ojos la entrega libre y voluntaria de Jesucristo puesto en cruz, que encontrará su plenitud de amor en la resurrección del Hijo de Dios. Nos parece que los pasos que apuntamos a continuación sirven de ayuda, a modo de discretas balizas, para restañar este posible camino de reencuentro y relación¹⁰. Sin ser un recorrido lineal, quizás sí orientan la marcha y permiten entender que no tenemos por qué estar irremediamente alejados de Dios. Porque la gratuidad –al ser pascual– no siempre viene sola, sino que por momentos toca pelearla con ahínco.

- El primer paso consiste en aceptar que hay angustia; porque es posible verse sumido en un atolladero hecho de bloqueos, miedos, tristeza, desolación, llanto o soledad.
- El segundo paso es permitirse el enfado; pues, cuando el dolor irrumpe, no nos está prohibido el enojo con Dios, sino que este puede convertirse en catalizador que ponga en marcha un nuevo encuentro con el Señor.
- El tercer paso requiere hacer espacio al silencio para descubrir quién es Dios y quiénes somos nosotros; es decir, qué nos mueve y qué tememos; qué nos impulsa y qué es lo que paraliza nuestra motivación; qué nos da sentido y cómo nos ataca la ansiedad; qué nos ilusiona y cuáles son las cosas que nos hacen sufrir.
- El cuarto paso implica abrirse para recibir el consuelo; porque en él puede el creyente descubrir al Dios del cuidado y el amor como Señor de una creación en la que también se encuentra presente el mal.
- El quinto y último paso nos lanza a colaborar en la tarea de sanación; esto es, supone una llamada al cuidado y el consuelo de quienes viven igualmente necesitados de encuentro y relación.

9. Esquivar el “síndrome del mesías”

“No puedes salvar a las personas –escribía el siglo pasado la novelista de origen francés Anaïs Nin–, solo puedes amarlas”. Aunque no se refería de forma expresa a los sanitarios, esta sugerente afirmación



–que hoy en día podría convertirse con facilidad en un tuit– nos sirve como señal de alerta ante un riesgo muy real de todos los sanitarios, pero quizás de los médicos en particular.

Nos referimos a la fatalidad que estriba en dejarse seducir por la tentación de la omnipotencia, sin caer en la cuenta de que la medicina –en el mejor de los casos– puede curar, pero no salva. Esta trampa se convierte en una amenaza mortal cuando va acompañada de otros seductores peligros: la hipertrofia del orgullo, la tiranía del ego, la sutileza del poder... En definitiva, el “síndrome del mesías”. Es decir, la fantasía –más o menos consciente– de creernos salvadores de la vida de los demás.

Tal protagonismo resulta francamente fascinante... y hasta embriagador. Pero aleja al sanitario de su cometido real: ser instrumento –eso sí, el mejor posible– de consuelo, alivio y curación. La propuesta pastoral que sostenemos tendría que estar atenta para detectar y poner tratamiento a esta patología espiritual, de modo que la conocida sátira recogida por el neurocirujano británico Henry Marsh¹¹ no llegue a hacerse real.



10. Colaborar con otros, coman (o no) de un mismo pan

Generalmente, los compañeros de trabajo no se eligen. En algunas ocasiones, los avatares de la vida sí nos ponen en contacto con personas que, además de compartir el espacio laboral, se convierten en verdaderos maestros, mentores, referentes, apoyos... e incluso amigos. Con ellos el trabajo en equipo se convierte en algo muy real; y apetece pasar tiempo juntos, pues ciertamente hay gente que es casa. Otras veces, en cambio, las cosas no fluyen tan bien. Surgen las tensiones, los desprecios, las incomprensiones y los recelos. La suspicacia y las rencillas se hacen con el poder. Y la relación se vicia, hasta el punto incluso de que el ambiente –aun sin saber del todo por qué– se torna difícil de respirar.

Cierta incompatibilidad de caracteres forma parte habitual de los entornos laborales relacionados con el mundo de la salud. Y es normal, porque en espacios humanos relativamente estrechos trabajan personas distintas sometidas a altos niveles de presión, exigencia y responsabilidad. Porque el trabajo con el dolor comporta una cuota

nada desdeñable de estrés. Y porque, al final, ninguno sabemos bien lo que están viviendo por dentro los demás. Por eso, hasta un cierto punto, conviene no dramatizar en exceso y asumir que determinados “malos rollos” son algo que se puede dar.

Lo que resulta claro es que, cada vez más, estamos lanzados a trabajar juntos. Podemos llamarlo unidad multidisciplinar, cultura colaborativa, construcción de equipos, trabajo en red, sinergias, alianzas o formato matricial. Sea como fuere, el desempeño profesional de los sanitarios tiene lugar casi siempre con otros; otros que, por lo general, no son como yo (gracias a Dios). Rescatar las categorías de “comunidad” y “comunidad” será también tarea de esta pastoral con sanitarios que aquí tratamos de sugerir. No para moralizar ilusoriamente hacia la ficción de que todos tengamos que llevarnos igual de bien, sino para mantener una actitud de apertura básica a quien es distinto a mí. En otras palabras, para no emitir enmiendas a la totalidad de las personas. Y para mantener la convicción de que –en algún sentido– nos necesitamos, aunque no pensemos, sintamos,

hagamos ni creamos lo mismo. Sabernos juntos es un valor.

Como dijo hace unos años el papa Francisco, “el Señor, en la historia de la salvación, ha salvado a un pueblo. No existe identidad plena sin pertenencia a un pueblo. Por eso nadie se salva solo, como individuo aislado, sino que Dios nos atrae tomando en cuenta la compleja trama de relaciones interpersonales que se establecen en la comunidad humana: Dios quiso entrar en una dinámica popular, en la dinámica de un pueblo”¹². Ojalá podamos ver nuestras residencias, hospitales y centros de salud como estos pequeños pueblos de Dios en los que despunta “la santidad de la puerta de al lado, de aquellos que viven cerca de nosotros y son un reflejo de la presencia de Dios; o, para usar otra expresión, *la clase media de la santidad*”¹³. Ojalá quienes están encargados de atender pastoralmente a los sanitarios se muestren cercanos a los que han confesado siempre su fe en el Señor Jesús, por supuesto. Pero también a aquellos que creen en Dios sin participar de la religión. Y a los que una vez creyeron, aunque ahora se hayan alejado. Y a quienes regresan a la fe con la que crecieron. Y a todos los que rechazan activamente a Dios.

IV. CONCLUSIÓN PROVISIONAL EN PERSPECTIVA IGNACIANA

La inmensa mayoría de nuestros auxiliares, médicos, psicólogos, celadores, farmacéuticos, fisioterapeutas, residentes y enfermeras creyentes poseen una genuina pasión: ayudar. Son –con sus mil y una luchas internas, claro está– lo que **Pedro Arrupe** llamaría “hombres y mujeres para los demás”. Quieren vivir su profesión como una concreción madura de la vocación genuina de servicio y amor, pero, a menudo, olvidan que también ellos necesitan seguir buscando a Dios.

Son capaces de hacer del hospital su capilla y del enfermo un sagrario ante el cual uno se debe arrodillar, pero tienen dificultades para poner contemplativamente “ante los ojos primero a Dios”¹⁴. Se sienten muchas veces rotos y atormentados, pero se resisten a “presumir” de sus debilidades¹⁵, aunque intuyan



» que “solo el doctor herido, sea médico o sacerdote, puede curar” (Carl G. Jung). Viven la entrega con exigencia y generosidad, pero dudan de su derecho a procurarse el necesario cuidado¹⁶.

A estos sanitarios –apasionados, generosos, creyentes... y contradictorios–, a los sanitarios reales, nos gustaría decirles que no dejen de buscar el sentido, el aliento y el consuelo que vienen del Señor Jesús. Que buceen en esa fe que late en lo insondable de su profesión, pues ser sanitarios puede convertirse en su modo privilegiado de ser cristianos. Que abran bien los ojos para creer que el desfigurado –el que sufre en el cuerpo, la mente o el espíritu– es el mismo que un día se revelará como el transfigurado de Dios¹⁷. Y que, como el poeta¹⁸, alimenten el deseo de regresar siempre al lugar de la misericordia inagotable; ese lugar divino donde no se termina nunca el amor:

Este deseo, esta necesidad / de retornar mil veces / a donde está la luz. / No a donde estubo y se apagó muy pronto, / sino al lugar radiante del que siempre / sigue y sigue manando. / Respirarla, beberla / cuando a ese sitio nuestros pasos vuelven, / es completar la vida, lo que entonces / apenas fue o no vimos / que en nuestro transcurrir se demora. / Regresar a ese limpio manantial: / cuánta misericordia inagotable. / Ningún daño se encuentra allí al acecho; / allí el amor no se termina nunca.

Hasta aquí nuestro breve esbozo de teología pastoral con sanitarios. Somos conscientes de haber sugerido apenas un raquíctico esqueleto hecho de apuntes lanzados al vuelo y alguna que otra intuición deslavazada. A quien lea estas páginas con inquietud apostólica le tocará insertar en tanto hueso –de momento seco y con poca vida– toda la carne necesaria para que las pistas planteadas aterricen y puedan adquirir algún valor. El reto que se le plantea, por tanto, radica en descubrir cómo en lo más excelso –aquello a lo que aspiramos– y, al mismo tiempo, en lo más discreto –que forma parte de la vida real– los sanitarios pueden descubrir la presencia misericordiosa del Señor. Pues es de Dios no encontrarse ceñido por lo más grande y, sin embargo, estar contenido entero en lo más pequeño¹⁹. ●

Notas

1. Cf. **Cano, A.** (2021), “L’essere umano sotto il camice. Note per una pastorale con i sanitari”. *La Civiltà Cattolica*, 4106 (III), pp. 160-170.
2. “Viendo el Señor que **Moisés** se acercaba a mirarlo, lo llamó desde la zarza: –*Moisés, Moisés*. Respondió él: –*Aquí estoy*. Dijo Dios: –*No te acerques. Quitate las sandalias de los pies, pues el sitio que pisas es terreno sagrado*” (Ex 3, 4-5).
3. **Gervás J., Pérez M. y Gutiérrez B.** (2009), “Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento”. *Atención Primaria*, 41(1), pp. 41-44.
4. “Y dijo Dios: –*Hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza [...]. Y creó Dios al hombre a su imagen; a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó*” (Gn 1, 26-27).
5. **Cano, A.** (2020), “Discernir en el dolor”. *Manresa*, 92, pp. 301-304.
6. **Cano, A.** (2020), “La locura: del miedo a la dignidad”. *Labor hospitalaria*, 326, pp. 14-21.
7. “Estaba enfermo y me visitasteis” (Mt 25, 36).
8. Carta encíclica *Fides et ratio* (1998), del papa **Juan Pablo II**, sobre las relaciones entre fe y razón.
9. *Constituciones de la Compañía de Jesús*, [238]. Con diferentes formulaciones pueden encontrarse expresiones similares en los siguientes puntos: 64, 343, 351, 382, 455, 458 o 671.
10. **Cano, A.** (2021), “¿Quién hará que se me escuche? El grito de los sanitarios a Dios. Cinco pistas para restañar una relación”. *Sal Terrae: Revista de Teología Pastoral*, 109, pp. 349-359.
11. En el interesante libro *Ante todo no hagas daño* (2016), que tiene mucho de confesión personal al final de su vida profesional, este prestigioso doctor se plantea con rebosante ironía cuál es la diferencia que existe entre Dios y un médico. Su respuesta da mucho que pensar: “Que Dios no se cree médico”.
12. Exhortación apostólica *Gaudete et exultate* (2018), del papa **Francisco**, sobre la llamada a la santidad en el mundo actual, § 6.
13. *Ib.*, § 7.
14. *Formula Instituti* de la Compañía de Jesús, confirmada por el papa **Julio III** en 1550.
15. “El Señor me contestó: –*Te basta mi gracia!; la fuerza se realiza en la debilidad*. Así que muy a gusto presumiré de mis debilidades, para que se aloje en mí el poder del Mesías. Por eso estoy contento con las debilidades, insolencias, necesidades, persecuciones y angustias por el Mesías. Porque cuando soy débil, entonces soy fuerte” (2 Cor 12, 9-10).
16. Algo similar parecía ocurrirle a **Alejo Fontana**, secretario de **Carlos V**, a quien **Ignacio de Loyola** aconsejaba epistolariamente así: “Esto diré solamente, que parece muy conforme a razón que vuestra merced tenga cuenta con su salud, no se fatigando más de lo que sufre su medida de fuerzas y sujeto, conservándola para mayor servicio divino” (Ignacio de Loyola, *Obras completas*, carta 165).
17. Cf. Mt 17, 1-13; Mc 9, 2-13; Lc 9, 28-36.
18. **Eloy Sánchez Rosillo**, *El manantial*. En: Sánchez Rosillo, E. (2008). *Oír la luz*. Barcelona, Tusquets Editores.
19. “*Non coerceri maximo, contineri tamen a minimo, divinum est*”. Frase que un epitafio simbólico dedica a Ignacio de Loyola dentro de la obra *Imago primi sæculi Societatis Iesu* (1640).





AL HABLA CON EL ASESOR LEGAL

ALTER CONSULTORES LEGALES

¿Qué regula exactamente la nueva Ley de Eutanasia?



– Nos gustaría conocer el contenido de la nueva Ley de Eutanasia.

– La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia legaliza, por primera vez, la eutanasia activa en España, aquella que es consecuencia directa de la acción de una tercera persona.

Envíe sus dudas a: asesorlegal@vidanueva.es

El Preámbulo de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo afirma que “la legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución española”. Añade, asimismo, que esta Ley introduce, con este nuevo ordenamiento jurídico, “un nuevo derecho individual” como es la eutanasia, entendiéndose por ello “la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios”.

Esta Ley consta de cinco capítulos, el primero de los cuales está enfocado a delimitar su objeto de aplicación. Por otra parte, los capítulos II y III de la normativa establecen los requisitos de solicitud de dicha “prestación de ayuda a morir”, las condiciones para su ejercicio y el detalle del procedimiento a seguir.

Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir, se indica, “puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables”.

Para la puesta en marcha de esta nueva “prestación”, se han creado las llamadas Comisiones de Garantía y Evaluación, cuyo objetivo es el de controlar el respeto a la Ley y a los procedimientos

LA CIFRA

6

países

han regulado la llamada ‘eutanasia activa’: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Colombia, Canadá y Nueva Zelanda.

establecidos, y que estará formada por un equipo multidisciplinar entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas.

Por otro lado, se han establecido elementos que, señala la normativa, “permiten garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir”, para lo que se ha incluido en los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y su consecuente necesidad de recibir financiación pública.

Los profesionales sanitarios directamente implicados podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia, entendiéndose que es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización.

La presente Ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el *Boletín Oficial del Estado* (24 de marzo de 2021), es decir, a finales de junio de 2021.

un servicio ofrecido por

Alter Consultores Legales

Paseo de Recoletos 3, 1ª planta, 28004 Madrid
Tel. 91 829 89 13 / Fax 91 829 89 14

 @AlterCons

www.alterconsultores.es