



# LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

## Tensión y vocación de los profesionales asistenciales frente al sufrimiento

LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA

**n.332**

ENERO/FEBRERO/  
MARZO/ABRIL

**1/2022**



## Provincia San Juan de Dios de España

Año 69. Tercera Época  
Septiembre/Octubre/ Noviembre/Diciembre  
Número 331. Volumen LIII

### Consejo de Redacción

#### Dirección

Calixto Plumed Moreno O.H.

#### Director adjunto

José María Galán González-Serna

### Coordinadores

#### Humanización

Isabel Grimal; Josep Antoni Boix

#### Pastoral de la Salud y Social

Begoña Moreno Guinea; Susana Queiroga

#### Ética de la Salud y Social

Carmen Massé; José María Bermejo OH

#### Redacción - Maite Hereu

#### Administración - Dolores Sáenz

### Consejo Asesor

#### Humanización

Jesús Pineda OH; Anna Ramió; Raquel Sisas

#### Ética de la Salud y Social

Jacinto Bátiz; Margarita Bofarull, rscj;

M<sup>a</sup> Pilar Núñez-Cubero; Anna M. Prats;

Manuel de los Reyes López

#### Pastoral de la Salud y Social

Amador Fernández OH; Marije Goikoetxea,

José Luis Méndez; Mercé Puig-Pey

### Dirección y Redacción

#### Curia Provincial

#### San Juan de Dios de España

Edificio San Juan de Dios

Herreros de Tejada, 3 28016 Madrid

Teléfono. 91 387 44 99

laborhospitalaria@sjd.es

### Fotografías

Xavier Tobella

### Abstracts

Manners Traduccions

### Información y suscripciones

laborhospitalaria@sjd.es

www.laborhospitalaria.com

### www.laborhospitalaria.com

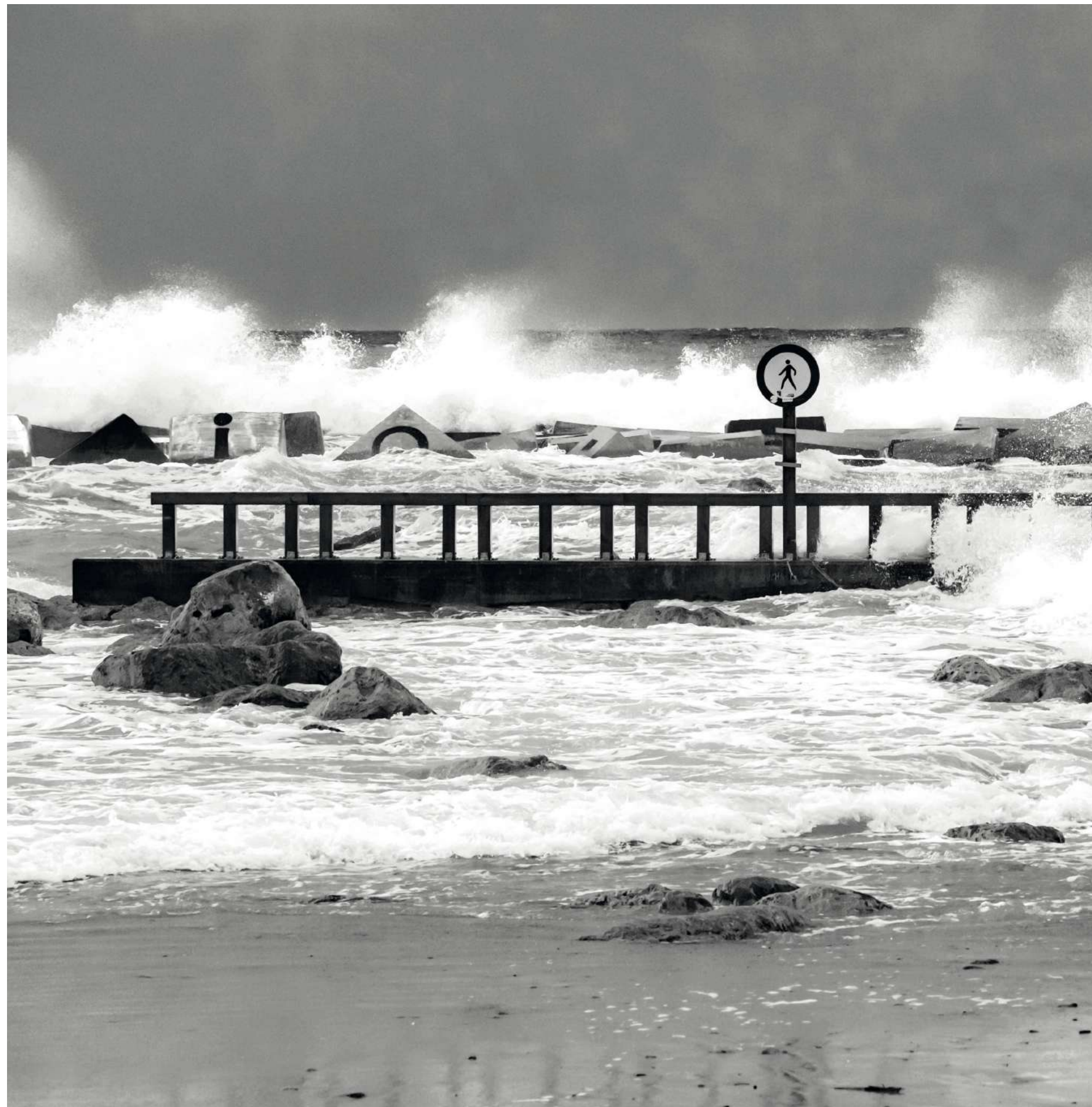
Publicación autorizada por el Ministerio de  
Sanidad como soporte válido.

Ref. SVR n.º. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B.2998-61

COLOR DIGITAL - BCN

Debido a las circunstancias actuales  
del mercado, nos vemos obligados a  
cambiar el tipo de papel, esperamos  
que este hecho sea puntual, y todo  
vuelva a la normalidad lo antes posible.



### 00/ Editorial. p6

### Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXX Jornada Mundial del Enfermo. p10

### 01/ Misericordia, regalo de Dios. Francesc Ramis Darder p17

### 02/ Sanitarios en la tensión. Alberto Cano Arenas, SJ, María Civeira Marín p29

### 03/ La objeción de conciencia en la ley española de eutanasia. Federico Montalvo p41

### 04/ ¿Es posible una vocación médica hoy? ¿Es posible una vocación médica cristiana hoy? M<sup>a</sup> Pilar Núñez-Cubero p59

### 05/ La búsqueda de sentido en el entorno laboral. Ángeles C. López-Tarrida Rocío de Diego-Cordero p71

### 06/ Experiencias. p80

#### 06.1/ Sanar en un mundo roto: vocación y pandemia.

M<sup>a</sup> Isabel Herrero Panadero

#### 06.2/ Acompañamiento y ayuda al personal sanitario durante y después de la pandemia.

Gerardo Dueñas Pérez

#### 06.3/ La fuerza de la luz en mi noche oscura.

José Martínez

#### 06.4/ Vivencia de la pandemia Covid-19: Acompañamiento desde la pastoral de la salud.

Calixto Plumed Moreno O.H.

#### 06.5/ Defendiendo la vida, toda la vida.

Margarida Gonçalves Neto

#### 06.6/ Fe y trabajo, Fe y misión en contextos de exclusión.

M<sup>a</sup> Begoña Díaz de Diego

#### 06.7/ Humanizando la asistencia.

Isabel Grimal Melendo, Josep Antoni Boix Ferrer



# Normas de Publicación

## Normas generales para la presentación de artículos.

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa **Word** como procesador de texto y en **Excel** o **PowerPoint** cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será espacio y medio, a un cuerpo de letra de **Arial 12**, en **DIN A4**, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de **2,5 cm**.

2. Si se envían imágenes digitales, éstas deben tener una resolución de **300 dpi**, a un tamaño de **10 x 15 cm**, y en formato **jpg**.

3. Para los artículos, el texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un **máximo de 3.000 palabras**.

Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de **seis** en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda.

Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que **no superará las 150 palabras**, y entre tres y cinco palabras clave, en castellano y en inglés.

Para las experiencias, el texto del manuscrito deberá ajustarse a un **máximo de 1.000 palabras**. No es necesaria la presentación de: bibliografía, resumen y palabras clave.

4. La página del título deberá contener el título del trabajo (que será breve pero informativo), nombre y dos apellidos de cada autor/a, títulos académicos y filiación institucional, así como el nombre, la dirección postal y electrónica (E-mail) y el teléfono

de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

5. La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito, deberá ser citada en el texto según la **normativa APA** y así mismo estar referenciada en el apartado correspondiente de Bibliografía.

6. El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación donde el autor/res/ras **autorice su publicación, la cesión de derechos, así como la certificación de que se trata de un trabajo inédito** y que tiene todos los permisos necesarios para reproducir las ilustraciones, fotografías u otros materiales contenidos en el texto que presenta. **No se aceptarán trabajos ya publicados**.

7. El manuscrito debe enviarse por e.mail a la siguiente dirección: **laborhospitalaria@sjd.es**

## Acceso al fondo bibliográfico y pautas de suscripción

La microsite [www.laborhospitalaria.org](http://www.laborhospitalaria.org) permitió en su momento tener acceso al fondo bibliográfico de la revista desde 1972 para todos los interesados en temas de humanización, ética y pastoral de la salud, dejando para los suscriptores el acceso a los contenidos de los dos últimos años. Sin embargo, este 2019 los Hermanos de San Juan de Dios han decidido abrir la publicación online a todos los internautas, eliminando el pago de la suscripción online por los contenidos de los dos últimos años.

Se mantiene la suscripción en papel con la que recibir la publicación por correo postal al precio de **36€** para España y **50€** o **50\$** para el resto de países. Para suscribir sólo hay que mandar un correo electrónico a [laborhospitalaria@ohsjd.es](mailto:laborhospitalaria@ohsjd.es) con los datos personales, dirección donde recibir la revista y número de cuenta para domiciliar el pago.

Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto a través de nuestro correo electrónico: [laborhospitalaria@ohsjd.es](mailto:laborhospitalaria@ohsjd.es) o llamar al 936 303 090 (ext. 12482)

### Precio de las suscripciones

<b>LH</b> Año 2022	Papel / Digital	36 € - España
		50 € - Europa
		50 \$ - USA

Les informamos que sus datos serán responsabilidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y se tratarán para el envío de publicaciones, y bajo la legitimación de su consentimiento. No se cederán datos a terceros, excepto que sea obligación legal. Si desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos reconocidos, o para más información, pueden contactar con [eduardpui@ohsjd.es](mailto:eduardpui@ohsjd.es)



# editorial

## Misericordiosos como el Padre. Tocar la carne sufriente de Cristo.

La invitación de Jesús a ser misericordiosos como el Padre adquiere un significado particular para los agentes sanitarios. Su servicio al lado de los enfermos, realizado con amor y competencia, trasciende los límites de la profesión para convertirse en una misión. Sus manos, que tocan la carne sufriente de Cristo, pueden ser signo de las manos misericordiosas del Padre. Hemos de ser conscientes de la gran dignidad de nuestra profesión, como también de la responsabilidad que conlleva.

Para un número elevado de sanitarios sus profesiones son mucho más que un oficio o un trabajo: se convierten en una verdadera vocación. Así, las viven como enviados a una misión que los envuelve completamente, por la belleza que reflejan, el bien que persiguen y la verdad que revelan. Sin embargo, esto implica que a menudo tienen que moverse en medio de turbulencias. En las páginas que siguen, algunos autores desmascaran las tensiones actuales por las que se encuentran sacudidos los profesionales de la salud: **la tensión entre**

**la técnica y el sentido, entre el bienestar y el bienhacer, entre la fortaleza y la debilidad.** Se plantea una llamada a resistir en medio de ellas, para que puedan convertirse en polaridades evangélicas fecundas de las que nazca la fe, la esperanza y el amor.

La terapia, con cualquiera de los enfermos y con su entorno, es un trabajo por la libertad y por la dignidad de la vida. Es un viaje que comienza en la oscuridad pero que conduce hacia la luz. También aquí se pasa de la dependencia a la libertad. Nos encontramos con la fragilidad y la vulnerabilidad humanas. Creemos que es posible volver a empezar y reconstruir porque observamos el vigor de la vida frente a la muerte. El enfermo es siempre más importante que su enfermedad y por eso no se puede prescindir de escuchar al paciente, su historia, sus angustias y de sus miedos.

La poesía ha sabido expresar bien el dolor-sufrimiento. Guadalupe Amor lo expresa en este breve poema: *Noches con ojos abiertos, / noches de vuelos terribles, / congoja y ansia indecibles/ sueños en sombra/ despiertos. / Desbordados mis latidos, / mis pasiones desbordadas, / mis ansias, ¡ay!./ no colmadas, / casi muertos mis sentidos. / Todo en la noche girando, / filtrándose por mi alma. / Ya clamo por tener calma: / ¡Mi Dios, mi Dios, hasta/ cuándo!*

En su Ofertorio, Amado Nervo vuelca sus sentimientos de duelo por la pérdida del ser querido: *Dios mío, yo te ofrezco mi/ dolor; / ¡Es todo lo que puedo ya/ ofrecerte! / Tú me diste un amor, un/ solo amor, / ¡un gran amor! Me lo robó/ la muerte.../ y no me queda más que mi/ dolor. / Acéptalo, Señor: / ¡Es todo lo que puedo ya/ ofrecerte!*

Se nos ha enseñado desde nuestra infancia aquello de “hacer el bien con el sufrimiento y hacer el bien al que sufre”. Pero existe un desacuerdo radical, respecto a la capacidad humanizadora del dolor y el sufrimiento. No obstante, hay personas que abogamos por las posibilidades de humanizar el dolor y el sufrimiento, siempre y

cuando ambos resulten inevitables. Y ahí se puede encontrar la labor que se persigue, desde una pastoral integrada dentro de los equipos asistenciales y terapéuticos. Por lo tanto, es posible todavía: el alivio, como antídoto del dolor; el consuelo, como acicate y vehículo del sufrimiento; y la comprensión poética y sapiencial del dolor: la comprensión pastoral del dolor y del sufrimiento (**Cf. Jesús Conde, Dolentium Hominum n.º. 63-2006**).

Vivir es nuestra tarea fundamental y básica, ya que nos hemos encontrado con la vida y tenemos que responder ante la misma. Nuestra cultura occidental está encasillada en una lógica de pensamiento: blanco o negro; eros y tánatos; vida o muerte; ... No obstante, hay otras culturas que enfocan la vida desde diferentes ópticas. En el **Juramento de buen hacer profesional** de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios se dice:

“Debo tener especial cuidado en los asuntos sobre la vida y la muerte. Si tengo la oportunidad de salvar una vida, me sentiré agradecido. Pero es también posible que esté en mi mano asistir a una vida que termina; debo enfrentarme a esta enorme responsabilidad con gran humildad y conciencia de mi propia fragilidad. Por encima de todo, no debo jugar a ser Dios.”

No disponemos de la vida de los demás.

La ley de la eutanasia hace más urgente si cabe, como nos han recordado los obispos en el documento **Sembradores de Esperanza (2019)**, ir buscando sentido al sufrimiento, acompañar y reconfortar al enfermo en la etapa última de su vida. Llenar de esperanza el momento de la muerte, acoger y sostener a su familia y seres queridos e iluminar la tarea de los profesionales de la salud.

Hablar de eutanasia y de su despenalización sin que se haya sido capaz de garantizar a todas aquellas personas que lo necesitan el acceso a unos cuidados paliativos de calidad, llevados a cabo por profesionales adecuadamente formados, puede parecer una frivolidad y desde luego, no es la solución para la dignidad de la persona. En una sociedad avanzada como la nuestra, se deben proporcionar los recursos asistenciales necesarios para afrontar el final de la vida de una manera digna. Por otro lado, la solicitud de la eutanasia, ¿realmente obedece a una demanda de la sociedad, real y justificada?

Desde **Labor Hospitalaria** manifestamos en voz alta:

“El respeto por la vida, que empieza desde su inicio, se extiende a lo largo de toda la existencia hasta su fin natural [...] El cuidado paliativo no se realiza cuando “ya no hay nada que hacer”, sino que es exactamente “lo que hay que hacer” para el enfermo. Su objetivo no será la curación, puesto que es imposible, pero se trata de realizar una serie de tratamientos para garantizar una buena calidad de vida, durante el tiempo que queda [...] Por eso se defienden las unidades de cuidados paliativos destinadas a hacer que a la persona se le haga más llevadera dicha fase final y, al mismo tiempo, se debe garantizar un acompañamiento humano adecuado” (**Cf. Carta de Identidad, 5.2.3.1 y 5.2.3.4**).

Misericordia es la ley fundamental que habita en el corazón de cada persona cuando mira con ojos sinceros al hermano que encuentra en el camino de la vida (**Cf. Misericordiae vultus [MV], 2**). El ejemplo de misericordia es la parábola del Buen Samaritano, que es una parábola hereje para su tiempo, en la que se plantea una religión de vida, frente a una religión de muerte.



Estamos en una sociedad que ha heredado las doctrinas de otras culturas anteriores generalmente dualistas y, la presente, no deja de ser también dualista en la concepción del hombre. Por eso continuamos el debate entre: el bien y el mal; la cara oculta y la de la luz; el yin y el yang; el cuerpo y el alma; la psique y el soma; el sí y el no; el bueno y el malo; masculino y femenino (aunque los/as más atrevidos/as abogan por el neutro, o hermafroditismo-narcisista tipo Raine Maria Rilke); vida y muerte...

En **Labor Hospitalaria** no somos dualistas, somos holísticos (en el sentido empleado desde el año 1926 por **Jan Christiaan Smuts** que describió como

“La tendencia de la naturaleza de usar una evolución creativa para formar un todo que es mayor que la suma de sus partes;”

término asumido en medicina holística desde 1981 por la International Association of Holistic Health Practitioner). El concepto que manejamos de hombre es integral, pero, para entendernos y poder aproximarnos a algo coherente, hacemos compartimentos y decimos que nuestra asistencia es integral, que la salud es un estado de "bienestar físico, mental, espiritual y social". ¡Y una involuntaria paradoja nos debilita ya que, no hacemos dos sino cuatro apartados!

Se nos urge a ser escaparate de la misericordia: misericordia-humanización-encarnación. Dios se revela como misericordia. San Juan de Dios como maestro en humanización: **la misericordia se inclina (se agacha) hacia la miseria (la limitación) y la revaloriza en la igualdad con reconciliación y perdón.** Lo que más nos espolea de nuestro adormecimiento es que la misericordia no es una mirada compasiva al mal, sino la revalorización y promoción de la extracción del bien de todas las formas del mal existente. Porque donde hay una sombra se deduce una luz.

Que nuestras manos estrechen las manos de los hermanos necesitados y acerquémonos a nosotros para que sientan el calor de nuestra presencia, de nuestra amistad y fraternidad. Que su grito se vuelva el nuestro y juntos podamos romper la barrera de la indiferencia que suele reinar campante para esconder la hipocresía y el egoísmo (**Cf. MV, 15**). Queremos contagiar misericordia sin distinguir si hacemos asistencia corporal o espiritual, simplemente acogemos, cuidamos al hombre y nos hacemos cada vez más humanos, que es lo que nos preocupa y ocupa.

Resulta esencial la consideración de **Eric Cassell** que nos trasmite un mensaje capital:

“Los que sufren, no son los cuerpos; son las personas.”

Y es cuanto nos importa, considerar la centralidad de la persona y su dignidad. En el contexto en que nos movemos en **Labor Hospitalaria** y, desde diferentes ángulos, estas reflexiones nos pueden ayudar, personal y profesionalmente a saber acompañar a las personas que experimentan el sufrimiento en sus diferentes facetas y teniendo en cuenta que tratamos el sufrimiento integralmente. Somos abanderados de la Hospitalidad-Humanización que está en el corazón del que acoge y acompaña.

**Calixto Plumed Moreno, O.H.**  
Director





*Mensaje del  
Papa Francisco  
para la XXIX  
Jornada Mundial  
del Enfermo.  
11 de febrero de 2022*



Queridos hermanos y hermanas:

Hace treinta años, **san Juan Pablo II** instituyó la Jornada Mundial del Enfermo para sensibilizar al Pueblo de Dios, a las instituciones sanitarias católicas y a la sociedad civil sobre la necesidad de asistir a los enfermos y a quienes los cuidan<sup>1</sup>.

Estamos agradecidos al Señor por el camino realizado en las Iglesias locales de todo el mundo durante estos años. Se ha avanzado bastante, pero todavía queda mucho camino por recorrer para garantizar a todas las personas enfermas, principalmente en los lugares y en las situaciones de mayor pobreza y exclusión, la atención sanitaria que necesitan, así como el acompañamiento pastoral para que puedan vivir el tiempo de la enfermedad unidos a Cristo crucificado y resucitado.

Que la XXX Jornada Mundial del Enfermo -cuya celebración conclusiva no tendrá lugar en Arequipa, Perú, debido a la pandemia, sino en la Basílica de San Pedro en el Vaticano- pueda ayudarnos a crecer en el servicio y en la cercanía a las personas enfermas y a sus familias.

### 1/

#### Misericordiosos como el Padre.

El tema elegido para esta trigésima Jornada, «**Sed misericordiosos como vuestro Padre es misericordioso**» (**Lc 6,36**), nos hace volver la mirada hacia Dios «**rico en misericordia**» (**Ef 2,4**), que siempre mira a sus hijos con amor de padre, incluso cuando estos se alejan de Él.

De hecho, la misericordia es el nombre de Dios por excelencia, que manifiesta su naturaleza, no como un sentimiento ocasional, sino como fuerza presente en todo lo que Él realiza. Es fuerza y ternura a la vez. Por eso, podemos afirmar con asombro y gratitud que la misericordia de Dios tiene en sí misma tanto la dimensión de la paternidad como la de la maternidad (**cf. Is 49,15**), porque Él nos cuida con la fuerza de un padre y con la ternura de una madre, siempre dispuesto a darnos nueva vida en el Espíritu Santo.

### 2/

#### Jesús, misericordia del Padre.

El testigo supremo del amor misericordioso del Padre a los enfermos es su Hijo unigénito. ¡Cuántas veces los Evangelios nos narran los encuentros de Jesús con personas que padecen diversas enfermedades! Él «**recorría toda Galilea enseñando en las sinagogas de los judíos, proclamando la Buena Noticia del Reino y sanando todas las enfermedades y dolencias de la gente**» (**Mt 4, 23**). Podemos preguntarnos: ¿por qué esta atención particular de Jesús hacia los enfermos, hasta tal punto que se convierte también en la obra principal de la misión de los apóstoles, enviados por el Maestro a anunciar el Evangelio y a curar a los enfermos? (**cf. Lc 9,2**).

Un pensador del siglo XX nos sugiere una motivación: «**El dolor aísla completamente y es de este aislamiento absoluto del que surge la llamada al otro, la invocación al otro**»<sup>2</sup>. Cuando una persona experimenta en su propia carne la

fragilidad y el sufrimiento a causa de la enfermedad, también su corazón se entristece, el miedo crece, los interrogantes se multiplican; hallar respuesta a la pregunta sobre el sentido de todo lo que sucede es cada vez más urgente.

Cómo no recordar, a este respecto, a los numerosos enfermos que, durante este tiempo de pandemia, han vivido en la soledad de una unidad de cuidados intensivos la última etapa de su existencia atendidos, sin lugar a dudas, por agentes sanitarios generosos, pero lejos de sus seres queridos y de las personas más importantes de su vida terrenal. He aquí, pues, la importancia de contar con la presencia de testigos de la caridad de Dios que derramen sobre las heridas de los enfermos el aceite de la consolación y el vino de la esperanza, siguiendo el ejemplo de Jesús, misericordia del Padre<sup>3</sup>.

### 3/

#### Tocar la carne sufriente de Cristo.

La invitación de Jesús a ser misericordiosos como el Padre adquiere un significado particular para los agentes sanitarios. Pienso en los médicos, los enfermeros, los técnicos de laboratorio, en el personal encargado de asistir y cuidar a los enfermos, así como en los numerosos voluntarios que donan un tiempo precioso a quienes sufren. Queridos agentes sanitarios, su servicio al lado de los enfermos, realizado con amor y competencia, trasciende los límites de la profesión para convertirse en una misión. Sus manos, que tocan la carne sufriente de Cristo, pueden ser signo de las manos misericordiosas

del Padre. Sean conscientes de la gran dignidad de su profesión, como también de la responsabilidad que esta conlleva.

Bendigamos al Señor por los progresos que la ciencia médica ha realizado, sobre todo en estos últimos tiempos. Las nuevas tecnologías han permitido desarrollar tratamientos que son muy beneficiosos para las personas enfermas; la investigación sigue aportando su valiosa contribución para erradicar enfermedades antiguas y nuevas; la medicina de rehabilitación ha desarrollado significativamente sus conocimientos y competencias. Todo esto, sin embargo, no debe hacernos olvidar la singularidad de cada persona enferma, con su dignidad y sus fragilidades<sup>4</sup>. El enfermo es siempre más importante que su enfermedad y por eso cada enfoque terapéutico no puede prescindir de escuchar al paciente, de su historia, de sus angustias y de sus miedos. Incluso cuando no es posible curar, siempre es posible cuidar, siempre es posible consolar, siempre es posible hacer sentir una cercanía que muestra interés por la persona antes que por su patología. Por eso espero que la formación profesional capacite a los agentes sanitarios para saber escuchar y relacionarse con el enfermo.

### 4/

#### Los centros de asistencia sanitaria, casas de misericordia.

La Jornada Mundial del Enfermo también es una ocasión propicia para centrar nuestra atención en los centros de asistencia sanitaria. A lo largo de los siglos, la misericordia hacia los

1. Cf. Carta al Cardenal Fiorenzo Angelini, Presidente del Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, con ocasión de la institución de la Jornada Mundial del Enfermo (13 mayo 1992).

2. E. Lévinas, «Une éthique de la souffrance», en *Souffrances. Corps et âme, épreuves partagées*, J.-M. von Kaenel edit., Autrement, Paris 1994, pp. 133-135.

3. Cf. Misal Romano, Prefacio Común VIII, Jesús, buen samaritano.

4. Cf. Discurso a la Federación Nacional de los Colegios de Médicos y Cirujanos Dentales (20 septiembre 2019).

enfermos ha llevado a la comunidad cristiana a abrir innumerables “**posadas del buen samaritano**”, para acoger y curar a enfermos de todo tipo, sobre todo a aquellos que no encontraban respuesta a sus necesidades sanitarias, debido a la pobreza o a la exclusión social, o por las dificultades a la hora de tratar ciertas patologías.

En estas situaciones son sobre todo los niños, los ancianos y las personas más frágiles quienes sufren las peores consecuencias. Muchos misioneros, misericordiosos como el Padre, acompañaron el anuncio del Evangelio con la construcción de hospitales, dispensarios y centros de salud. Son obras valiosas mediante las cuales la caridad cristiana ha tomado forma y el amor de Cristo, testimoniado por sus discípulos, se ha vuelto más creíble.

Pienso sobre todo en los habitantes de las zonas más pobres del planeta, donde a veces hay que recorrer largas distancias para encontrar centros de asistencia sanitaria que, a pesar de contar con recursos limitados, ofrecen todo lo que tienen a su disposición. Aún queda un largo camino por recorrer y en algunos países recibir un tratamiento adecuado sigue siendo un lujo. Lo demuestra, por ejemplo, la falta de disponibilidad de vacunas contra el virus del Covid-19 en los países más pobres; pero aún más la falta de tratamientos para patologías que requieren medicamentos mucho más sencillos.

En este contexto, deseo reafirmar la importancia de las instituciones sanitarias católicas: son un tesoro precioso que hay que custodiar y sostener; su presencia ha caracterizado la historia de la Iglesia por su cercanía a los enfermos más pobres

y a las situaciones más olvidadas<sup>5</sup>. ¡Cuántos fundadores de familias religiosas han sabido escuchar el grito de hermanos y hermanas que no disponían de acceso a los tratamientos sanitarios o que no estaban bien atendidos y se han entregado a su servicio!

Aún hoy en día, incluso en los países más desarrollados, su presencia es una bendición, porque siempre pueden ofrecer, además del cuidado del cuerpo con toda la pericia necesaria, también aquella caridad gracias a la cual el enfermo y sus familiares ocupan un lugar central.

En una época en la que la cultura del descarte está muy difundida y a la vida no siempre se le reconoce la dignidad de ser acogida y vivida, estas estructuras, como casas de la misericordia, pueden ser un ejemplo en la protección y el cuidado de toda existencia, aun de la más frágil, desde su concepción hasta su término natural.

## 5.

### La misericordia pastoral: presencia y cercanía.

A lo largo de estos treinta años el servicio indispensable que realiza la pastoral de la salud se ha reconocido cada vez más. Si la peor discriminación que padecen los pobres -y los enfermos son pobres en salud- es la falta de atención espiritual, no podemos dejar de ofrecerles la cercanía de Dios, su bendición, su Palabra, la celebración de los sacramentos y la propuesta de un camino de crecimiento y maduración en la fe<sup>6</sup>. A este propósito, quisiera recordar que la cercanía a los

enfermos y su cuidado pastoral no sólo es tarea de algunos ministros específicamente dedicados a ello; visitar a los enfermos es una invitación que Cristo hace a todos sus discípulos. ¡Cuántos enfermos y cuántas personas ancianas viven en sus casas y esperan una visita!

El ministerio de la consolación es responsabilidad de todo bautizado, consciente de la palabra de Jesús:

«**Estuve enfermo y me visitaron**» (Mt 25,36).

Queridos hermanos y hermanas, encomiendo todos los enfermos y sus familias a la intercesión de María, Salud de los enfermos. Que unidos a Cristo, que lleva sobre sí el dolor del mundo, puedan encontrar sentido, consuelo y confianza. Rezo por todos los agentes sanitarios para que, llenos de misericordia, ofrezcan a los pacientes, además de los cuidados adecuados, su cercanía fraterna.

A todos les imparto con afecto la Bendición Apostólica.

*Roma, San Juan de Letrán,  
10 de diciembre de 2021*

*Memoria de la Bienaventurada  
Virgen María de Loreto*

**Francisco**

5. Cf. Ángelus desde el Policlínico Gemelli» de Roma (11 julio 2021).

6. Cf. Exhort. ap. *Evangelii gaudium* (24 noviembre 2013), 200.



## Recomendación bibliográfica.

Hay mucho dolor y sufrimiento en este libro, pero más bien hay mucha sabiduría y santidad para abordarlo, para darle sentido. Incontables son los libros escritos sobre santos y santas. Pero pocos son los que han analizado su vivencia de la enfermedad y de qué les ha servido para realizar su misión. O lo que sería lo mismo decir, cómo han afrontado la propia enfermedad, cómo han acompañado la de los demás y cómo han orientado sus vidas integrando la enfermedad con plenitud.

Esta publicación hace un recorrido por el siglo XX contemplando a algunos personajes ya nacidos en el siglo XIX o en el mismo XX, desde [Antonio María Claret](#), [Damián de Molokai](#), [Bakhita](#) o [Teresa de Lisieu](#), [Teresa de Calcuta](#), [Rafael Arnaiz](#) o [Juan Pablo II](#). Harían falta bastantes tomos (y este es el segundo) para narrar la relación de los santos y santas con sus propias enfermedades o padecimientos físicos y psíquicos. Respecto a los santos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, se referencian dos muy destacados: [Benito Menni](#) escudriñado por [Calixto Plumed Moreno O.H.](#) y [Francisco Benavides Vázquez](#); [Ricardo Pampuri](#) analizado y estudiado por [Cecilio Eserverri Chaverri O.H.](#)

Estas personas viven la enfermedad como un proceso que conduce a la “salvación” espiritual. Viven la enfermedad en un contexto de resiliencia que internaliza cuanto les sucede, bueno y malo. Estos santos, y otros muchos más, están convencidos que todo sucede para bien, incluso cuando aparece el mal y la enfermedad.

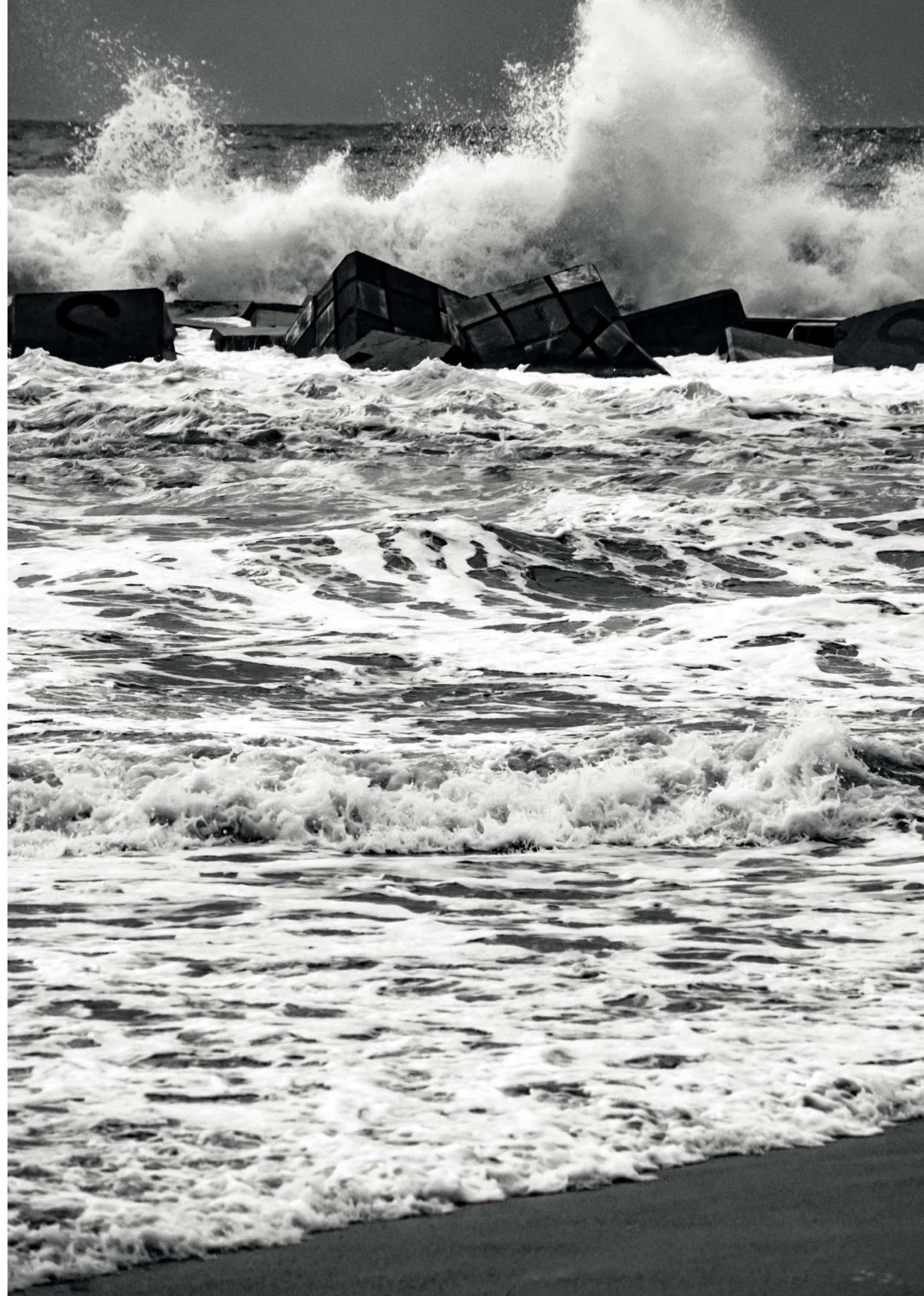
La enfermedad es una etapa dentro del proceso de la salvación y realización personal. La vida de estos santos afrontando el dolor y el sufrimiento puede ayudar a muchas personas a acercarse a los enfermos y vivir las propias limitaciones, la fragilidad y vulnerabilidad.



Los textos y testimonios de las personas que han vivido la enfermedad, nos pueden servir, para conversar cuando estemos atravesando periodos de enfermedad, o acompañemos a otros que los están pasando y que entramos en contacto en nuestra labor pastoral. Los diversos capítulos y estudios de los correspondientes santos o santas, se hacen y presentan basándose en una rigurosa documentación histórica y en los textos de los propios santos o de sus principales biógrafos. No queda espacio a “visiones dulzonas, baratas y superficiales”.

“La enfermedad se convierte en una tierra arada, con profundos surcos, para encontrar raíces más hondas de la existencia y del vivir. Las heridas abren un surco en la existencia que permite encontrar otra tierra firme en que asentar la existencia.”

La salud y la enfermedad son consideradas, como una oportunidad, una posibilidad pedagógica y terapéutica de crecimiento y de “dirección espiritual”. Estos estudios pueden constituir una teología vivencial sobre la enfermedad y su orientación hacia la propia realización personal y vocacional de servicio, integrando kénosis y diakonía como han sabido hacer los protagonistas que se estudian.







# 01/

## La misericordia, regalo de Dios al ser humano.

**Francesc Ramis Darder,**

Miembro de la Asociación Bíblica Española  
Profesor de Antiguo Testamento en el  
Centro de Estudios Teológicos de Mallorca

El tema a desarrollar es el de este título: Misericordia, regalo de Dios al ser humano. Para empezar, el autor pone la mirada en la persona de Dios, tal como figura en el Antiguo Testamento. Para hablar de Dios en el Antiguo Testamento, hay ciertamente muchas formas de hacerlo. Pero hay una que es especialmente interesante, que es intentar discernir lo que significa su nombre. Hay que pensar que, en la Sagrada Escritura, el nombre de una persona, indica su identidad, su forma de ser, su profundidad.

Cuando se pronuncia o se dice el nombre de Dios, también se habla de su identidad. En el Antiguo Testamento Dios tiene muchos nombres para llamarse Yahvé o Elohim, o El Shaddai, o Él o el Señor. De todos los nombres de Dios que hay, el autor elige uno que, para él tal vez sea el que de forma más bella explique la identidad de Dios. Es el término Yahvé. Y nos recuerda que la pronunciación correcta en lengua antigua es Yahvé, nunca es Jehová. Jehová es un artificio literario.

*Palabras clave: Dios, Misericordia, Humano, Sufrimiento.*

The subject of this paper, as indicated by its title, is Mercy, a gift of God to human beings. The author begins by considering the figure of God as He appears in the Old Testament. There are certainly many ways of speaking about God there, but one is of particular interest, consisting in the attempt to discern the meaning of His name. It should be recalled that, in the Holy Scriptures, the name of a person indicates his identity, his way of being, and his depth.

When the name of God is pronounced or spoken, one speaks of His identity as well. In the Old Testament, there are many names by which God may be called: Yahweh, Elohim, El Shaddai, El, or the Lord. Of all the names that exist for God, the author chooses one that he feels is perhaps the name that most beautifully explains God's identity. This is the term Yahweh, and he points out that the correct pronunciation in ancient language is precisely "Yahweh" and in no case "Jehovah", the latter being a literary device.

*Key words: God, Mercy, Human, Suffering.*



El texto está extraído y  
sintetizado, en los puntos  
esenciales, de la conferencia  
del autor



## 1/

### ¿Quién es Dios? ¿Quién es Yahvé?

¿Qué significa la palabra Yahvé? Mirad, sabéis que cada país, cada cultura, tiene un idioma que expresa su identidad. Una lengua no es únicamente una forma de comunicarse, aunque es una manera de expresar la identidad de un pueblo. Sabéis muy bien que el pueblo hebreo era un pueblo en la antigüedad nómada.

¿Qué le pasa a un pueblo nómada? Como sabemos, es un pueblo que constantemente se mueve, se desplaza de un lugar a otro.

Pero como es un pueblo que se desplaza de un lugar a otro, el lenguaje que él tiene, la lengua que él tiene, está confeccionada con palabras, con términos que indican el movimiento, que indican el desplazamiento. Y en la lengua, el idioma, las palabras que señalan el desplazamiento o el movimiento son los verbos ir, caminar, vencer, avanzar. Los verbos indican movimiento. Por tanto, la palabra Yahvé hunde su raíz en un verbo hebreo.

Y este verbo hebreo, ¿qué significa? Sabéis también que en la lengua hebrea hay muchas conjugaciones distintas. En lengua española tenemos la voz activa y la voz pasiva. Lo puedo decir este

cuaderno, lo puedo decir te doy este cuaderno en voz activa o te puedo decir este cuaderno te es dado a ti por mí, en voz pasiva. En español contamos con dos formas: activa y pasiva, pero en lengua hebrea, como en general, en cualquier lengua oriental, contamos con diferentes voces, además de activa y pasiva, hay otras muchas voces.

Y aplicándolas, estas voces, ¿qué significa la palabra Yahvé? Para explicarlo he decidido en castellano, un pequeño circunloquio, pero que es bonito, es este y significa:

“Yo soy aquel que hace que tú seas lo que haces.”

¿Quién es Dios? ¿Quién es Yahvé?

“Aquel que hace que Israel y cada persona llegue a ser lo que ha de ser.”

Y en la Biblia, el ser humano, ¿qué es lo que ha de ser? Nos lo cuenta el Génesis en el capítulo primero, el verso 29, donde dice Dios: hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza. Por tanto, ¿quién es Dios? Es aquel que modela, que trabaja nuestra vida para que podamos llegar a ser lo que hemos de ser: imagen y semejanza de Dios, testigos del Señor. Pero ahora viene una cosa importante.

Esa tarea que Dios hace en todos nosotros, en Israel entero. ¿Cómo lo hace? ¿Dios cómo nos modela? Según la Biblia, Dios no lo hace a puñetazos ni a golpes, lo hace de otra manera. ¿Y eso cómo podemos verlo? Profundizando un poco en la palabra Yahvé.

Decía antes que, en las lenguas antiguas, las palabras adquieren muchos más significados que en las nuestras, por decirlo de una manera: sentidas. La palabra hebrea Yahvé, es tan bonita:

“Yo soy aquel que hace que tú seas lo que has de ser.”

O sea, que seas imagen y semejanza de Dios puede parangonarse con una palabra árabe. El árabe es complicado y de árabe hay diferentes formas: está el árabe del Corán, el árabe clásico; luego está el árabe que se habla coloquialmente llamado árabe dialectal. El árabe dialectal, el que se habla coloquialmente una palabra muy semejante a Yahvé significa amar apasionadamente. Mirad, en Palestina Antigua se hacía observar lo siguiente: se observaba que por la tarde los matrimonios con sus hijos volvían de trabajar en el campo, ¿cómo volvían? Habitualmente, el varón volvía en camello solemnemente y detrás iba caminando la mujer con una mochila, cargando a veces un niño. Esto era lo habitual.

Pero había aquellas dos o tres parejas que volvían de forma distinta. ¿Cómo volvían? El varón iba en el camello y ella también iba sentada en aquel camello. Y la gente bien, decía: esa pareja es matrimonio, se ama con un amor apasionado, porque ella puede equipararse. Observad, uniendo estos términos nos sale lo que significa la palabra Yahvé:

“Soy aquel que con amor apasionado voy modelando tu vida para que tú seas imagen y semejanza mía, imagen de Dios.”

Esa es la imagen que nos da Dios en el Antiguo Testamento. Y fijaos bien que un día cuenta la Biblia en el libro del Deuteronomio, en el capítulo séptimo, cuando Israel había salido de Egipto, Dios le dijo a Israel: yo soy Yahvé, pero recuerda esto, yo a ti Israel no te he elegido porque seas el pueblo más grande e importante que hay. Tampoco te he elegido porque seas el pueblo más numeroso, pues es el más mínimo de Dios. Yo te he elegido por amor.

Aquel Dios que es el que hace que el ser humano sea imagen y semejanza suya y lo hace modelando con amor apasionado, aquel Dios, cuenta el Deuteronomio, que eligió a Israel por amor, igual que elige a cada uno de nosotros por amor.

## 2/

### Señor, muestra tu misericordia.

¿Pero qué pasó después de esta elección? Nos lo cuenta la Biblia, aquel pueblo que había conocido al Dios del amor, en lugar de obedecer sus mandatos, en lugar de seguir sus caminos, dijo (lo cuenta el libro de los Números en el capítulo 14), dijo: estoy harto, dijo el pueblo, de recorrer un desierto intransitable. Estoy harto de comer cada día maná, harto de beber agua de la roca. ¿Qué voy a hacer? Voy a elegirme a otro jefe y me voy a ir otra vez al país de Egipto. El pueblo se rebeló contra aquel Dios del amor que lo había elegido para sí y nos cuenta la Biblia, en Números 14, que cuando Dios supo eso de los de Israel sintió un profundo pesar, una gran dureza, y dijo a Moisés: Mirad, yo me arrepiento, me arrepiento de haber elegido a este pueblo por amor, porque me ha engañado, me ha traicionado.

Y se dirigió hacia Moisés ¿sabes que haré? Voy a masacrar a este pueblo, lo voy a quitar de en medio y voy a elegirme a otro para que sea mi pueblo y a ti, Moisés, te pondré como jefe.

Es de los pasajes duros que hay en el Antiguo Testamento. Un momento en que Dios se arrepiente de haber elegido a su pueblo. Pero ante eso, ¿qué sucede? Moisés lo oye y dice a Dios: Señor, te pido por favor que no hagas eso, que no rechaces a tu pueblo. Y ahora fijaos bien la palabra que va a salir. Dijo Moisés: Señor, en ese pueblo que te ha abandonado, que te ha dejado,



LH n.332

tú, por favor, muéstrale tu misericordia y otra vez vuélvelo a acoger para que sea tu pueblo.

Dice Dios a Moisés: mira, porque tú me lo has pedido, a ese pueblo que me ha abandonado, que a mí me ha dejado, otra vez lo voy a acoger por pura misericordia. Aquí sale la palabra misericordia. Fijaos bien en el camino, aquel Dios que quería modelar a Israel con amor apasionado para que fuera imagen y semejanza suya, Dios lo elige por amor. Aquel pueblo le traiciona y luego Dios lo acoge otra vez, vertiendo en su alma la misericordia para que el pueblo pueda seguir caminando en la ruta. Este pasaje bíblico es de enorme importancia. Fijaos bien que, para conocer bien la Biblia, a veces es muy prudente compararla, con las culturas antiguas que forjaron el Antiguo Testamento.

Tenemos un documento antiguo. Se llama la Lista Real de los Reyes Sumerios. Un documento muy antiguo, del siglo XXI-XXII, antes de Cristo. ¿Qué nos cuenta este documento? Que los dioses eligieron un pueblo y lo instalaron en una ciudad llamada Heridu, en la Biblia con el nombre de Here. ¿Pero qué pasó, sin que sepamos por qué? Que el pueblo que Dios habían elegido y colocado en Heridu le falló, a Dios le falló. ¿Y qué hizo Dios? Sin miramiento ninguno, arrasó de la tierra a ese pueblo que había establecido la ciudad de Heridu y estableció otro pueblo en la ciudad llamada Lana.

Fijaos, los dioses antiguos, las culturas semitas, las culturas sumerias, no tienen la misericordia que tiene Yahvé. ¿Qué hacía Yahvé? El pueblo le ha fallado, Dios siente un profundo dolor, pero se arrepiente de masacrarlos. ¿Y qué hace? Vierte en aquel corazón del pueblo la misericordia.

¿Qué hacían los dioses mesopotámicos, según cuenta la tradición mesopotámica? ¿Un pueblo me ha fallado, me ha fallado el pueblo de Heridu? Pues ningún problema, lo masacro y lo borro para siempre. Ese punto, es un punto que diferencia muy bien cuál es la espiritualidad del Antiguo Testamento, de cuál es la espiritualidad oriental. En el Antiguo Testamento, cuando

fallamos al amor de Dios, Él sale con la misericordia. En las culturas antiguas, tan ancestrales, cuando el pueblo falla a la voluntad de los dioses, ¿Qué sucede? Les mandan enfermedades, terremotos o arrancan al pueblo de la tierra para siempre. Así, el Dios del Antiguo Testamento, ¿qué hizo? Al amor que tenía por su pueblo, le dio el color, el aspecto, el aroma de la misericordia para acompañar a Israel.

### 3/

## El aroma de la misericordia.

### ¿Qué es la misericordia?

Una vez visto ese proceso, ¿qué hace Dios con Israel? Hemos de pararnos un momento en explicar lo que significa la palabra misericordia. Es un término de la lengua castellana muy bello. La voz misericordia, forzando un poco las cosas es una palabra española que sale de unir tres palabras en lengua latina. Misericordia comienza con la voz, en lengua latina, la palabra **miser** aquí viene de miserable significa pobre. Segunda palabra de misericordia, la palabra **cord** significa, desde el latín, corazón.

Hay que recordar que la lengua antigua, el corazón, era mucho más que el órgano que empuja la sangre del corazón, que era para un antiguo, era el lugar donde radicaba el hondón de la persona, donde radicaba la identidad del ser humano. El alma, diríamos en nuestro vocabulario. Por tanto, **miser** significa pobre y **cord** significa corazón, y forzando un poco la palabra saldría misericordia. La palabra **día** cabalga un poco encima de la sílaba **cord**, la palabra día alude al verbo latino **dare**, que significa dar, entregar. Por lo tanto, fijaos bien lo que significa en español **misericordia** me hice **pobre** con **corazón**

“Es misericordioso aquel que es capaz de darse a sí mismo para calmar la pobreza del corazón de su hermano”

y **día**, dar. Ahora, visto eso. Hagamos del término una lectura que tenga el buen sentido de la poesía.

¿Qué significa misericordia? ¿Quién es misericordioso con quien es misericordioso? Es misericordioso aquel que es capaz de darse a sí mismo para calmar la pobreza del corazón de su hermano. ¿Quién tiene misericordia? Aquel que es capaz de darse a sí mismo o dar algo de sí mismo para calmar la pobreza del corazón de su hermano. No en vano, el catecismo clásico hablaba de catorce obras de misericordia. Las obras de misericordia no son buenas intenciones, son hechos concretos. Enseñar al que no sabe, dar de comer al hambriento, etcétera, etc... Por tanto, ¿quién tiene misericordia? Aquel que se da a sí mismo o algo de sí para calmar la pobreza del corazón de su hermano.

Y aquí, afinando un poco el término misericordia hay que diferenciarlo un poco de la lástima, una cosa es la misericordia y otra cosa es la lástima. Es verdad que muy a menudo, en nuestro lenguaje, con la mejor buena voluntad del mundo, empleamos ambas de forma conjunta, pero tienen un significado diferente en lengua antigua. Mirad, ¿qué es la lástima? Yo paso por delante de un enfermo, por ejemplo, muy enfermo.

Aquel enfermo a mí, viéndolo, me conmueve el corazón. Pero paso de largo. Es la actitud, en la parábola del buen samaritano, la que tenían sacerdote y levita, es el Evangelio. sacerdote y levita vieron a un hombre malherido tendido junto al camino, lo examinaron bien, sintieron lástima. Perdón, lo miraron bien, pero continuaron. Eso es la lástima, ver la desgracia de otro. Además, verla bien, que aquello conmueva mi interior. Pero yo, una vez conmovido sigo.

¿Qué es la misericordia? Lo que nos cuenta que hizo el hombre samaritano. Voy por un camino, me encuentro a un hombre apaleado, desnudo, ensangrentado, junto al camino. Me acerco, lo veo bien, aquello impacta mi vida. ¿Pero qué hago? No paso de largo, sino que doy, me doy a mí mismo para calmar la pobreza de aquella

persona. Y lo hago no con medios extraordinarios, sino con medios que tengo. ¿Qué hizo aquel hombre? Le puso un poco de aceite, le puso un poco de vino, lo montó en su cabalgadura, perdió un jornal, lo llevó a la posada y dio dos denarios, que era el jornal de dos días, dando en exceso. Es alguien que nos tiene, que tiene a Israel misericordia, que Dios se la da a Israel para calmar la pobreza del corazón de aquel pueblo. Dios tiene con nosotros misericordia, ¿por qué? Porque él mismo se da para calmar la pobreza de nuestro corazón. Pero no siente, no tiene lástima, no se impacta por nuestro penar y se marcha. No, sino que actúa en favor nuestro.

Y cuando en la Sagrada Escritura, en la Biblia, queremos ver la manera, la forma, en que Dios actuó con misericordia en bien de Israel, no queda otra alternativa que recorrer entero el Antiguo Testamento. En el cual vemos muchos momentos distintos en los que Dios actuó en favor de Israel con misericordia. Pero si tuviéramos que resumirlos en los más significativos o en los que vertebra el Antiguo Testamento, nos quedarían cinco grandes momentos en los cuales Dios, Yahvé, regaló a su pueblo su misericordia. Cinco momentos en los cuales él se dio a sí mismo para calmar la pobreza del corazón de Israel. ¿Cuáles son esos cinco momentos? Primero: es la ocasión en que el Señor liberó a Israel del país de Egipto. Aquí, recordad, sabemos todos lo que nos cuenta la Sagrada Escritura, Israel padecía esclavitud en Egipto, y dura.

La Biblia cuenta con ello sobre el texto y el pueblo clamaba por aquel dolor y sufría. Y ahora fijaros muy bien esto. Antes de que el pueblo ofreciera sacrificio y ofrendas pidiendo a Dios que lo libera del país de Egipto, ¿qué hizo Dios? Voluntariamente, por pura iniciativa suya, decidió liberarlo valiéndose de la intervención de Moisés y su hermano Aarón. Por tanto, Dios e Israel, cuando actuó con misericordia, cuando lo vio en Egipto esclavizado, fijaos bien con eso, antes de que el pueblo ofreciera ofrendas pidiendo liberación, Dios ya se adelantó a enviar a Moisés y a Aarón para que lo liberaran del país de Egipto. Por tanto, Dios con Israel, cuan-



LH n.332

do actuó con misericordia, cuando lo liberó de la esclavitud de Egipto. Pero una cosa que nos cuenta la primera carta de San Juan. Dice. Dios es amor. Capítulo cuarto, verso octavo y dice, Dios nos llamó por amor antes de que nosotros le hubiéramos conocido. Es el texto, no sois vosotros quién me ha elegido, no que soy yo, que nos ha elegido para que recorráis el mundo dando fruto y el fruto que es testimonio de la bondad de Dios. Por tanto, el Señor en Egipto, con la mayor gratitud posible, liberó a aquel pueblo que estaba preso en el país de Egipto.

## 4/

### Dios nos acompaña con su misericordia.

Por tanto, en nuestra tierra, Dios actúa siempre liberándonos de alguna cosa. ¿Qué significa que Dios nos libera? Que nos empuja a ser mejores. Que nos impele a ser más serviciales. Que nos exige ser más entregados en nuestra vida. Cuando eso nos pasa, es una experiencia de Dios que nos libera. Y el pueblo hebreo con el tiempo se hizo esta pregunta: ¿Y Dios, por qué nos liberó del país de Egipto? La respuesta es esa, lo cuenta la Biblia, porque Él escuchaba nuestro pensamiento, escuchaba nuestro grito en Egipto y dijo Israel: y Dios, ¿por qué escuchaba nuestro grito y nos dio una respuesta? Dios lo escuchaba porque Dios nos acompañaba en el dolor.

Dios nos acompaña y ese es el segundo momento en el cual Yahvé vertió su misericordia en el corazón de Israel, acompañándolos. Y en la Biblia, dónde sale, dónde figura el acompañamiento que Dios dio a Israel. Figura en muchos lugares, pero especialmente figura en las narraciones patriarcales. Todos conocéis a Abraham, Isaac, Jacob, José. El Señor los acompañaba en sus viajes hacia Egipto, está en la Biblia. Al patriarca

José todo le iba bien porque Dios estaba con él. Otra forma, al patriarca José, todo le iba bien porque Dios le acompañaba en la soledad. En Israel regaló la misericordia acompañándolo, se expresa en la compañía que hacía a los patriarcas Abraham, a Isaac, a Jacob, a José.

Es verdad que Dios los acompañó sin dudar. Pero si observáis bien la Biblia, veréis que en las historias patriarcales siempre el que está más acompañado por Dios es el más pequeño.

Había dos hermanos. Isaac tuvo dos hijos, dos hermanos, el mayor, Esaú, el menor, Jacob. El linaje, la descendencia, el honor, tenía que continuar por el mayor, que es Esaú. En cambio, ¿qué hizo Dios? Lo hizo continuar por el menor, que es Jacob. Había dos hermanas, Raquel y Lía.

La mayor era Lía. El honor tenía que continuar por ella. En cambio, qué hace Dios, hace continuar el honor por la menor, que es Raquel. ¿Qué nos enseña eso? Dios vierte su misericordia a Israel acompañándolo. Claro que le acompaña, Dios acompaña a todos, claro que sí nos acompaña, especialmente a los más débiles. A Raquel, la pequeña. A Jacob, el menor.

Y hay un tercer momento, en que Dios vertió su misericordia en Israel. ¿Cuándo fue? Fue en esa ocasión tan profunda, y tan bella, en la cual Dios quiso volver a crear a Israel. Dios creó a Israel, Dios crea nuestra historia. Por tanto, Dios ¿cómo fue misericordioso? Liberando al pueblo, acompañándolo y ahora creándolo. Mirad, ¿qué le pasó a él? Todos sabéis que Israel pasó en su historia etapas especialmente difíciles.

Hubo un momento en que el pueblo de Israel, por circunstancias políticas, que aquí no abordaremos, abordaremos una porción importante, la más importante, sufrió el exilio en Babilonia. El rey Nabucodonosor II conquistó Babilonia y deportó a un contingente de gente a su país, que era el gran imperio babilónico. Allí ¿qué pasó? La gente que se había quedado en Israel, casi toda abandonó la fe, se dedicó a otros dioses.

Cuando vemos a un enfermo lo visitamos, le hacemos compañía. Ciertamente que sí, somos solidarios, pero sin darnos cuenta, cuando lo miramos con ojos de fe, plantamos esa virtud llamada la piedad

## 5/

### Ocasión de perdón.

La gente que estaba en Babilonia exiliada, muy dolida, muy herida, también lentamente fue abandonando la fe, apuntándose a otros dioses babilónicos, dioses que parecían más poderosos, más tangibles, más fuertes. De aquella fe hebrea que, según cuenta la Biblia, debía ser de grandes y grandes multitudes, sedujo en Babilonia a unas poquísimas personas.

Como saben, la Biblia suele ser generosa en las cifras. Mirad, por ejemplo, de Egipto, Moisés sacó 500.000 hombres sin contar mujeres y ganados y niños, eh. La Biblia suele ser por algunos muy generosos. En cambio, cuando ha de decir el número de gente que se mantuvo la fe en Babilonia. ¿Qué hace la Biblia? Da los nombres propios de la gente que volvió. Qué significa eso? Que la fe haya quedado reducida prácticamente a casi, casi cero. Esa pequeña gente, mínimo grupo que había en Babilonia, era uno: se llama el resto de Israel. Y en aquel grupo de gente, pongan 200 personas, como muchísimo, surgirá esta espiritualidad.

Mirad, para cambiar el mundo, Dios no necesita masas infinitas de gente. Fijaos bien, lo que Dios necesita, a algunas personas que busquen la santidad. ¿Quién dice eso? Un libro apócrifo del Antiguo Testamento que está en la tradición judía. Y en aquel pequeño grupo, como había un grupo de gente que creía que Dios para salvar el mundo necesita gente que busque la santidad. ¿Y qué era entonces buscar la santidad? Algo muy simple: ser del lugar donde yo estoy, imagen y semejanza de Dios.

¿Y Dios cómo se expresa? Mediante la misericordia. Por tanto, mientras haya un grupo de gente que vive y transmite la misericordia, Israel, la Iglesia, tiene futuro. Y Dios dijo con ese grupo de gente yo voy a contar otra vez. Qué hizo Dios, les permitió volver un día al país de Israel. Lo cuenta la Biblia, libros de Nehemías y Esdras, las Crónicas. Y aquí la gente volvió al país. Con ese interés, buscar la santidad, que es otra forma de decir vivir la misericordia, darme a mí mismo para calmar la pobreza del corazón de mi hermano, y dijo el pueblo, el Señor nos ha vuelto a crear.

Y hubo un cuarto momento, en el cual Dios vertió la misericordia al corazón de su pueblo, ¿cuál fue? Fue la ocasión del perdón. Si hay algo que sale en todo el Antiguo Testamento es el perdón. Sale en los profetas. Mirad, en la Biblia, perdonar es muchas cosas, pero fijaros en mí. Tengo yo una mano, la mano izquierda. Imaginad que la mano izquierda, esta, es la mano de Dios. Y Dios me sostiene. Porque Dios me ha liberado, me ha acompañado y me ha creado.

O sea, me ha permitido continuar en la vida cristiana a pesar del pecado. ¿Pero qué he hecho yo? Voluntariamente me he cambiado de mano, en lugar de estar en las manos de Dios, me he puesto en la mano de la idolatría. En la Biblia qué es la idolatría. Es vivir la vida buscando el poder a costa de todo. Vivir la vida buscando el poseer a costa de todo y recorrer la vida con orgullo, sobre todo. En el Testamento Antiguo hay tres ídolos que nos rompen la vida el afán de poder, el afán de tener, el deseo de aparentar.

Y una pequeña digresión: Una cosa que no cuenta la Biblia, porque entonces no existía y hoy sí. Hoy tal vez haya un cuarto ídolo, ¿cuál? El ídolo de la superficialidad. Tener tiempo para todo, menos para Dios, yo mismo y al prójimo. En nuestra vida, cuando dejamos el amor de Dios que acarician con misericordia y nos pasamos a las manos de los ídolos.

Que son poder, tener, superficialidad, estas manos nos rompen la vida. ¿Qué es el perdón? Aquello que Dios hace y, así otra vez, nos coge de las manos que nos rompen y otra vez nos coloca en sus manos. Eso es el perdón que nos da ánimos. No deja que los ídolos nos rompan. Sino que Él gratuitamente, por misericordia, entregándose a la pobreza de nuestro corazón, nos saca de las manos de los ídolos que nos rompen, el per-



LH n.332

dón. Ese es el cuarto punto en el cual Dios en la Biblia vierte su misericordia en nosotros, dándonos el perdón que y la posibilidad de volver a esa mano del amor de Dios que siempre acaricia y que siempre arropa.

Y hay todavía un quinto momento en que Dios vierte su misericordia en nuestra alma. ¿Cuál es el momento en que nos promete la vida para siempre? Pensad que, a finales del Antiguo Testamento, la gente pensaba eso, una persona que vivía en la tierra. ¿Qué pasaba cuando el hombre se moría? Lo cuenta la literatura antigua. El hombre, para entendernos ahora, el alma del hombre, cuidado que la Biblia, no habla de alma, pero para entendernos, cuando el hombre fallecía, su alma.

¿Qué le pasaba? Bajaba al fondo de la tierra a un lugar llamado el Seol, aquel gran almacén en que se guardaban, según cuenta la Biblia y la religión antigua, las almas de los difuntos. Dijo Dios a Israel: mirad, yo al ser humano no lo libero, lo acompaño, lo creo, lo perdono, para después de eso dejarlo para siempre bajo la superficie, en el Seol. Solo que, mi misericordia es tan grande que yo quiero que el ser humano, viva conmigo para siempre en mi reino. Y lo cuenta, por ejemplo, la Sabiduría en el capítulo 3 en el verso 1, dice:

“El justo vivirá para siempre en las manos de Dios.”

Y lo cuenta Daniel, el capítulo 12:

“Los justos vivirán para siempre con Dios y aquéllos que hayan enseñado la fe, serán estrellas del cielo.”

Por tanto, el quinto punto en el cual Dios vierte en nuestra alma la misericordia, ¿cuál es? Nos

dice, tu meta final es el cielo, el Reino de Dios. En lugar de estar en el Dios del amor para siempre.

Pues bien, en el camino que hasta aquí hemos recorrido, Yavhé es aquel que modela mi vida con amor apasionado a lo que sea en el mundo, testigo del amor de Dios. Israel rompe con Dios. Pero Dios no lo abandona. Sino que lo sigue acompañando con la misericordia que le manifiesta siempre, pero en cinco momentos clave, Dios lo libera, lo acompaña, lo crea, perdona, lleva a la vida.

## 6/

### El proceso se tiñe de aspectos gozosos y aspectos dolorosos.

Y ahora, un último punto con el cual hemos de saltar al Nuevo Testamento, y para explicarlo con la mayor claridad, fijaos bien que todos estos cinco puntos tienen un aspecto de dolor. Fuerte dolor. Y fuerte gozo.

Por ejemplo. La liberación de Egipto fue un enorme y gozo, así lo cuenta la hermana de Moisés cuando se pone a cantar diciendo: el Señor, nos ha liberado y con su fuerza hemos pasado el Mar Rojo, es el gozo. Tuvo antes un gran dolor caminar durante cuarenta años por un desierto árido con serpientes y escorpiones. Difícil. Dios acompañó a los patriarcas y hubo un momento de gozo cuando decía José, todo va bien porque Dios está conmigo.

Pero había también un gran momento de cruz. Cuando José fue vendido como esclavo en el país de Egipto. Por tanto, estos cinco momentos en que Dios vierte en nuestra alma su misericordia, pueden contemplarse muchos aspectos

el dolor y el gozo, y otros. Ahora, me atengo al aspecto del dolor o del sufrimiento. ¿Qué es lo que a mí me ha ayudado en el acompañamiento de los enfermos que me ha tocado hacer en las clínicas donde he estado? Eran dos clínicas sin capellán. Por tanto, llegaba a la parroquia y yo iba a atender a los enfermos durante años en una clínica, especialmente oncología.

## 7/

### Aspectos y matices sobre el sufrimiento.

De estos cinco aspectos, yo tomo el aspecto del sufrimiento. Mirad, me refiero ahora, no al sufrimiento que uno personalmente se busca, sino al sufrimiento que nos viene. Sabéis bien que el sufrimiento humano puede ser de varias maneras. Por ejemplo, hay un sufrimiento que se debe a accidentes naturales. Un volcán, ahora en La Palma. Un terremoto... El sufrimiento que engendra un volcán o un terremoto no es algo que Dios envíe. Es una consecuencia de la forma en que la naturaleza actúa, porque si no hubiera ni volcán ni terremoto, la Tierra no se movería lógicamente. Ante este padecimiento humano.

¿Qué es lo que hay que hacer? Lo sabemos todos. Verter nuestra solidaridad humana, nuestra misericordia humana, siempre y en tanto en cuanto se pueda colaborar al avance científico para intentar parar estas cosas. Luego hay otro padecimiento que es padecimiento del hambre en el mundo o de la injusticia. Padecimiento no viene, ni porque Dios quiera ni porque Dios lo envíe, viene por la injusticia de unos países contra otros.

Ante eso, ¿qué hace un cristiano? ¿Qué ha de hacer? Pues ayudar con la solidaridad, con la

misericordia. Pero además de eso, luchar por la justicia en nuestro mundo. Hay otro padecimiento que tocamos todos cada día, que es el de la enfermedad. La enfermedad viene porque el cuerpo humano es así, es limitado. ¿Qué hacemos ante un enfermo? ¿Qué hemos de hacer? Pues mirad. Practicar con él la solidaridad, la misericordia. Y en tanto en cuanto sea posible trabajar en la investigación, quien pueda para calmar el dolor de la enfermedad.

Objetivamente, las cosas son de esta manera. Ahora, mirando al enfermo con ojos de fe, que es como hay que mirar. Es posible, mirando con ojos de fe, ver en el sufrimiento humano una mayor profundidad. Para eso hay que ir a lo que nos cuenta la Sagrada Escritura. Lo haremos con brevedad, desde el Nuevo Testamento, que es más sencillo de ver comparando dos figuras. Una es la del apóstol Pablo de Tarso, San Pablo. Y otra la de Jesús. Vamos a comenzar con la de Cristo.

Si cogemos el Evangelio según San Juan, es tan bonito el tema, lo leemos en Navidad varias veces, también. Veremos que San Juan en el Evangelio comienza, verso primero, y dice. En el principio existía aquel que es la Palabra de Dios. La Palabra era Dios y la Palabra estaba con Dios. Y luego el texto baja y llegamos al versículo 14, donde dice: y aquel que es la Palabra, se hizo humano y habitó entre nosotros.

Hago un matiz aquí, me parece muy importante. Normalmente leemos y aquél que es la palabra se hizo hombre y habitó entre nosotros. Y la traducción precisa, precisa, es esta: Y aquél que era Dios se hizo humano, y habitó entre nosotros. San Juan comienza contándonos que al principio existía la Palabra, la Palabra, era Dios. O dice y aquel que era Dios se hizo humano, humanidad y habitó entre nosotros.



## 8/

### Dios se hizo humano y es reconocido en el dolor: *ecce homo*.

Uno pensaría, un lector pensaría si en el capítulo primero me han contado que Dios se hizo humano, se hizo hombre, lo normal sería que el capítulo segundo, tercero, cuarto, quinto, en adelante, hablarán de Jesús llamándole el hombre. ¿No es así? No.

Si miráis la Biblia es que es San Juan, después del capítulo 2, Jesús, como le llaman, le llaman el Hijo de Dios, el Maestro, el Profeta, el Hijo de David, etcétera, etcétera, etcétera. Hay que esperar muy abajo, en la escritura, muy abajo en el Evangelio, para encontrar a alguien que llame a Jesús hombre.

¿Cuándo aparece Cristo reconocido como hombre? Pues en la pasión. Todos conocéis el pasaje: Jesús, lo entregan a Poncio Pilato. ¿Qué hace Poncio Pilato? Lo hace desnudar, lo hace atar a una columna y lo hace azotar. Según la costumbre antigua primero con cañas, a fin de que la carne se abotargara, la piel se abotargara. Una vez azotado con cañas y con la piel abotargada venía el látigo, un palo de madera con tiras de cuero, las cuerdas y al final un huesecillo.

¿Qué pasa? Cuando dan un golpe a Jesucristo, a Jesús, el huesecillo se clava en la piel la carne y al estirarlo arranca, es un dolor paroxístico ser azotado en tiempo romano. Después, ¿qué hacen? Cogen unas zarzas y las ponen en la cabeza de Jesús, únicamente, la piel encima, las espinas rozan los músculos del cráneo. Ambos son un dolor paroxístico, seguramente en la flagelación es el momento en que Cristo más padece en que más sufre. Después lo llevan a Poncio Pilato.

Observad. Y cuando Pilato lo ve qué dice: aquí tenéis al hombre, en latín, ecce homo. En todo el Evangelio, rara vez se ha visto a Cristo como hombre llamándole así, se le ve hombre cuando más ha padecido. Por tanto, el sufrimiento, entre comillas, ¿para qué le sirvió al Hijo de Dios? Para una cosa, le sirvió para hacerse del todo humano.

Porque si Cristo no hubiera padecido, no se hubiera encarnado del todo. Por tanto, el padecimiento es el guion, la fuerza, que hace posible que el Hijo de Dios se haga plenamente humano. Comparémoslo ahora con el apóstol San Pablo. Pablo predicaba el Evangelio. Muy bien, y un día, predicando se encuentra con una gente, personas que él llama los súper apóstoles. Dejemos ahora quién es él. Estos súper apóstoles discuten con Pablo.

Le dicen vamos a ver, cuéntanos tú, Pablo, ¿qué es lo que has hecho en favor de Cristo, en favor de la Iglesia? Pablo hubiera podido decir por la Iglesia he fundado parroquias, iglesias, he escrito libros, he mandado cartas, he recorrido el mundo. Pero Pablo no da ese argumento.

¿Qué dice? Me preguntáis ¿yo qué he hecho por la Iglesia? Dice Pablo en la segunda Corintios: por el Evangelio he sido azotado, he pasado hambre, he pasado sed, estado naufragado días en el mar, despreciado por los míos y por los paganos, y dicen a Pablo: bueno, si es que tú para vivir el evangelio has padecido tanto, ¿de qué te ha servido vivirlo?

Dice Pablo: Tengo en la mejilla, una espina que me provoca un dolor en la cara siempre. Y más tarde, en una carta a los Colosenses. Un discípulo de Pablo dirá: todo aquel padecimiento que Pablo tuvo, ¿para qué le sirvió?

De ese padecimiento, mirándolo con ojos de la fe, ¿sacó algo en claro Pablo? Y dice la carta a los Colosenses: todo aquello que yo he padecido me ha servido para entender lo mucho que me debió amar Jesús para morir por mí en la Cruz, ha entregado su vida por mí.

## 9/

### El sufrimiento humano nos hace humanos.

Observad, cuando miramos al sufrimiento humano con ojos de fe creemos en Cristo, que es el yunque donde el Hijo de Dios aprendió a ser hombre. Cuando miramos el sufrimiento con San Pablo vemos que el padecimiento que él tiene fue la ocasión que, contemplando con la fe, él tuvo para poder comprender el profundo amor que Dios tuvo con él.

Yo en hospitales lo he vivido esto, especialmente con extranjeros. Tales eran para gente extranjera, gente muy alejada de Dios en su vida, que tuvo un accidente. En aquel sufrimiento llama al sacerdote, al cura, vas tú. Y sólo lo contemplas con la fe. Ves que aquel hombre o mujer ha visto en aquel padecimiento que ha tenido como San Pablo una ocasión para acercarse a Dios. Por tanto, cuando nos acercamos a un enfermo, vemos su penar.

Mirad, si es verdad que el padecimiento humano puede ser una ocasión especial para que el ser humano, la persona humana descubra el regalo del amor de Dios. Cuando vamos a ver a un enfermo ¿qué actitud sembramos en él, aunque no nos demos cuenta? Miren, hay un libro que a mí siempre me ha encantado y me encanta en latín. Me ha encantado.

Que es la Eneida de Virgilio. Es un libro especialmente bonito, con un latín bellísimo. Nos cuenta en el canto primero el capítulo primero nos cuenta que la ciudad de Troya ha sido incendiada. Troya ha sido incendiada, destruida. Y en aquel fuego, un héroe de Troya huye de Troya y se va, en las barcas. Es un tal Eneas. Y cuando llegan las barcas, dice ¿dónde está mi padre? Mira, tu padre no ha venido. Debe estar quemándose en el incendio de Troya.

Y ¿qué hace Eneas? Deja las barcas y desde el puerto se va corriendo a la ciudad de Troya.

Allí coge a su padre herido y lo carga en sus hombros y lo lleva a las barcas. Le dicen, ¿Cómo has sido tú tan valiente para volver a Troya y coger a tu padre en los hombros y llevarlo a las barcas?, tú habrías podido morir. Y dice. Es mi padre, lo he ido a buscar porque la relación que mi padre (que se llama Anquises) tiene conmigo es tan fuerte que ni siquiera la muerte la puede romper. La relación que mi padre Anquises tiene conmigo es tan fuerte que ni siquiera la muerte la puede romper. Esa actitud, en lenguaje clásico, se llama la piedad. Damos a menudo a la piedad un sentido erróneo, se asocia a la beatería y no es eso. La piedad es la conciencia que tiene un cristiano de que el amor que Dios tiene por él es tan fuerte que ni siquiera la muerte lo puede romper.

Cuando vemos a un enfermo lo visitamos, le hacemos compañía. Ciertamente que sí, somos solidarios, pero sin darnos cuenta, cuando lo miramos con ojos de fe, plantamos esa virtud llamada la piedad. Hacerle ver que la relación que Dios ha trenzado con él es tan fuerte que ni siquiera la muerte la puede quebrar, la puede romper.





## 02/ Sanitarios en la tensión.

**Alberto Cano Arenas, SJ,**

Psiquiatra.

**María Civeira Marín,**

Hematóloga.

Para un número elevado de sanitarios sus profesiones son mucho más que un oficio o un trabajo: se convierten en una verdadera vocación. Así, las viven como enviados a una misión que los envuelve completamente, por la belleza que reflejan, el bien que persiguen y la verdad que revelan. Sin embargo, esto implica que a menudo tienen que bandearse en medio de la tensión. En las páginas que siguen los autores desenmascaran tres tensiones actuales por las que se encuentran sacudidos los profesionales de la salud: la tensión entre la técnica y el sentido, entre el bienestar y el bienhacer, entre la fortaleza y la debilidad. Y plantean una llamada a resistir en medio de ellas para que puedan convertirse en polaridades evangélicas fecundas de las que nazca la fe, la esperanza y el amor.

*Palabras clave: Sanitarios, Vocación, Misión, Tensiones, Resistir, Elasticidad.*

For a great number of health-care professionals, their professions are much more than a job, they are a true vocation. As such, they live them as if they were sent on a mission that envelops them completely for the beauty that they reflect, the good that they pursue and the truth that they reveal. However, this implies that at times, they have to move from one extreme to the other looking for equilibrium in the midst of the tension. In the following pages authors expose three present tensions that concern health professionals: the tension between technique and meaning, between well-being and good-doing, and between strength and weakness. They also raise a call to remain vigilant in the middle of these tensions so that they can become fruitful evangelical polarities from which faith, hope and love are born.

*Key words: Health workers, Vocation, Mission, Tension, Withstand, Flexibility.*



## 1/

### ¿Es bonita vuestra profesión?»

En algunas ocasiones, personas cercanas nos han sorprendido con una pregunta que casi siempre se recibe a bocajarro y que, ciertamente, da mucho que pensar: «oye, ¿es bonita vuestra profesión?». Quizás a ti, que ahora lees estas páginas, te haya ocurrido últimamente algo similar. A veces uno es capaz de esquivar este tipo de interrogantes y reconducir la conversación hacia terrenos más cómodos, más apacibles, menos densos. Pero puede pasar también que la pregunta reaparezca de nuevo con insistencia, cuando menos lo esperas; y, además, ya contigo mismo como único interlocutor. Entonces, la cuestión se torna retadora y se hace más difícil cualquier intento de esquivar su desafiante provocación: «¿es bonita vuestra profesión?».

En determinados momentos toca hacer un cierto silencio y emprender el camino de descenso para buscar una respuesta que resulte lo más honesta posible con lo que uno vive de verdad. Y, por ello, tal contestación tendrá que ser algo así como una respuesta en sacacorchos. Es decir, tendrá que ir perforando la superficie hasta ahondar en ese nivel de la realidad en el que a menudo nos jugamos lo nuclear de nuestras vidas: la dimensión trascendente, el espacio del

sentido, el ámbito de lo espiritual. Pero para llegar allí antes hay que reconocer que otras respuestas iniciales son también posibles, aunque a la postre se nos hagan quizás parciales o incompletas. Veamos.

En un primer nivel de profundización podemos atender si, para nosotros, «lo bonito» de las profesiones sanitarias es su capacidad para hacernos disfrutar (en el mejor sentido del término, sin duda). Esto es, si nos gusta nuestro trabajo como enfermeros, médicos, auxiliares, terapeutas, responsables de la atención espiritual, etc.; si estamos a gusto con lo que hacemos y con quien lo hacemos, si nos sentimos bien así. O, desde el punto de vista de la psicología, si nuestros desempeños profesionales gratifican las necesidades que todos tenemos de regulación emocional (bienestar) y apego (relación). Nos movemos aquí, por tanto, en un nivel que prima, sobre todo -aunque no solo, por supuesto- el mundo afectivo, emocional o del sentir(me).

Un segundo nivel de respuesta es el que coloca el foco de atención en la capacidad de dichas actividades profesionales para constituirse, sobre quienes las ejercen, en estímulos fuertes desde el punto de vista intelectual.

Así, nuestras profesiones nos parecerán «bonitas» si estimulan nuestra inquietud académica, si nos llevan a reflexionar acerca de lo asombroso de la maquinaria humana, si nos abren a preguntas que plantean retos aún por resolver o si contribuyen a nuestra propia realización personal. Al responder dentro de este marco de nivel nos estaremos moviendo fundamentalmente -aunque no solo, de nuevo- en el mundo de lo intelectual, de la razón del pensar(me).

Finalmente, un tercer nivel -que no se contrapone a los anteriores pero tampoco se deja agotar o subsumir por ellos- es el que hoy nos parece más urgente rescatar. Es el nivel que permite atender a «la belleza» que tienen en sí mismas las profesiones sanitarias; una belleza que, por pertenecerles más allá de lo que nosotros sintamos

o pensemos de ellas (como propiedad que nos trasciende), viene a nosotros, nos atrae e incluso en ocasiones se nos llega a imponer. Pues bien, en esta belleza intrínseca asienta el cimiento que nos permite entender esos momentos en los que reconocemos en nuestro trabajo algo así como una verdadera vocación; más aún, nuestra propia vocación. Es decir, el lugar que hemos escogido para estar en el mundo; y, en clave creyente, la respuesta concreta a una llamada personal que intuimos de Dios. Con claridad: la forma que cada uno de nosotros ha elegido para amar.

Pues bien, desde la fe la invitación es a superar respuestas que limitan sus criterios de argumentación a los terrenos de lo meramente emocional (*sentirme*), de la propia autorrealización (*pensarme*) o de lo simplemente ético (*hacer*)<sup>1</sup>.

## 2/

### Profesiones que se convierten en misión.

Para algunas corrientes de la filosofía escolástica esta belleza de las cosas a la que estamos haciendo referencia constituía una «propiedad trascendental» que pensaban se encontraba muy unida con otras dos ideas que pueden ayudar a nuestra reflexión: nos referimos a los conceptos de «bien» y de «verdad». Y es que la belleza (*pulchrum*) que descubrimos en la medicina, la enfermería, la psicología, la farmacia o la pastoral de la salud -esa belleza que en ocasiones se nos impone y que a nosotros solo nos queda reconocer con asombro y admiración- está radicalmente unida al bien (*bonum*) y a la verdad (*verum*). Pero ¿en qué sentido decimos esto?

En que para muchos sanitarios «lo bonito» de sus profesiones -la belleza en ellas contemplada y aprehendida- estriba en la capacidad que

aquellas tienen para destapar nuestros deseos más hondos de buscar (y hacer) el bien; pero también en el empeño al que nos lanzan por descubrir la verdad profunda que late en lo íntimo del ser humano que sufre, anhela y batalla. Los hospitales, las clínicas, los ambulatorios, las consultas, las residencias o los centros de salud están llamados a ser espacios del bien y lugares de la verdad.

Y muchas veces por supuesto que lo son. Porque, en su raíz, allí el más indefenso es el más cuidado; el que tiene menos vida que dar es el que más atención va a encontrar; el que más necesita es quien más esfuerzos (y voluntad) llega a recibir. Y es que en el contacto con la enfermedad y con la muerte conocemos que todo ser humano posee una dignidad honda que nada ni nadie le puede arrebatarse; más aún, desde la fe reconocemos su condición de hijos amados de Dios, criaturas formadas a imagen y semejanza del Creador.

De este modo, nuestras profesiones por supuesto que son «bonitas». Pero no solo porque así nos lo parezca a quienes las ejercemos o porque las hayamos elegido cada uno, sino porque -de alguna manera- son ellas las que nos eligen a nosotros, nos seducen, se nos imponen, vienen a nuestra existencia, tiran de ti y de mí. En definitiva, emergen y se convierten para cada uno en vocación que nos hace descubrirnos enviados a vivirlas como misión.

Al hablar de vocación no queremos decir ingenuamente que nuestros desempeños profesionales siempre sean fáciles, que en todas las circunstancias se vivan con la misma pasión, que a días no nos agoten y nos veamos tentados a abandonar, que nos surjan mil y una dudas, que no toque a menudo pelear o que a cada momento rebosemos fervor.

Queremos decir que nuestras profesiones están llamadas a ser mucho más que un trabajo o un oficio. Pueden ser también verdadera vocación: por la belleza que reflejan, el bien que persiguen y la verdad que revelan. Una vocación a la que nos

1. Cf. Urbarri, G. (2003). «Tres cristianismos insuficientes». Revista Sal Terrae, 91, 269-282.



2. Cf. Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXX Jornada Mundial del Enfermo (11 de febrero de 2022), p. 2: «Sus manos, que tocan la carne sufrida de Cristo, pueden ser signo de las manos misericordiosas del Padre. Sean conscientes de la gran dignidad de su profesión, como también de la responsabilidad que esta conlleva».

3. Idem, p. 2.

4. Cf. Van Breemen, P. (2009). *Transparentar la gloria de Dios*. Santander: Sal Terrae.

sentimos enviados y que, por tanto, se convierte en misión. Una vocación que nos gustaría vivir con conciencia del don que supone, porque es Otro el que nos llama (no nosotros mismos, ni nuestros meros sentimientos, ni nuestras sesudas cábalas, ni nuestra sola razón); con inteligencia de la dignidad que implica, pues portan la promesa salvífica constante de Dios (que no estamos solos, que contamos con el empuje del Señor); y con consideración de la responsabilidad que conlleva, porque nos lanzan a la tarea de construir un Reino que nos supera, que trasciende nuestros gustos, nuestras necesidades de autorrealización<sup>2</sup>.

Para unos (confortables en el mundo de la voluntad) tendrá más fuerza el bien perseguido; para otros (cómodos en lo racional), será prioritaria la verdad conocida; y para algunos más (holgados en la sensibilidad), primará la belleza reflejada.

Pero para todos, en palabras del **papa Francisco**, el servicio de los agentes sanitarios

“Al lado de los enfermos, realizado con amor y competencia, trasciende los límites de la profesión para convertirse en una misión.”<sup>3</sup>

Y la misión concreta de nuestras profesiones es, en el fondo, la determinación de ayudar.

Por eso, esta dimensión misionera no supone un simple aderezo en la vida de fe de los profesionales de la salud, sino que el mismo ser sanitario puede convertirse en su modo concreto de ser cristianos. En otros términos, puede darse tal sincronía entre el amor y la fe que nuestras profesiones, cuando están **crístificadas** -atravesadas de la pasión por Cristo-, constituyen una forma específica y privilegiada de vivir nuestra vocación, de transparentar la gloria de Dios<sup>4</sup>. Pues bien, a estos sanitarios, que intentan vivir su profesión en clave creyente, nos gustaría

ofrecerles algunas pistas para que sigan rastreando las huellas de sentido que intuyen dentro de ellas, tanto en la certeza y lo explícitamente formulado como en la duda y lo secretamente intuido.

### 3/

## Elasticidad para vivir la vocación.

Con todo, el que podamos experimentar nuestras profesiones como vocación, con el consiguiente sentido de misión, no lleva automáticamente -según decíamos- a que la cosa sea fácil, que se encuentre exenta de retos o que al hablar (y hablarnos) del trasfondo de lo que hacemos en el día a día no nos tiemble a veces por dentro la voz. Porque en el ejercicio de la enfermería, la medicina, la psicología, la rehabilitación o el trabajo social también surge cotidianamente la tensión.

Con distintos rostros, con diversas implicaciones y con diferente intensidad. Tensión entre la eficacia y la gratuidad, entre la profecía y la satesatez, entre la analítica y el enfermo, entre él lo **merece** y él lo **necesita**. Tensión entre el fervor y la decepción, entre la consolación y la desolación, entre el agotamiento y la pasión. Pero tensiones, al fin y al cabo, que forman parte de nuestra vida -de cualquier vida, en realidad- que aspire a ser bien vivida y tomada con responsabilidad. Porque en su vocación particular los sanitarios ponen gran parte de su voluntad, esfuerzos, tiempo, sacrificios, desvelos, ilusión, deseos; también de su capacidad de resistencia; y a veces incluso de su propia salud.

Por eso las tensiones pueden llegar a dejarnos anudados, inermes, sin suficiente aire para respirar. Así que la vocación es algo que necesita-

“Porque en su vocación particular los sanitarios ponen gran parte de su voluntad, esfuerzos, tiempo, sacrificios, desvelos, ilusión, deseos; también de su capacidad de resistencia; y a veces incluso de su propia salud”

mos cuidar, pues de lo contrario también se nos gasta. ¿Cómo entender entonces lo que nuestras profesiones tienen de vocación y de misión? ¿cómo situarnos ante ellas renunciando a perseguir imposibles? ¿cómo experimentarlas de modo que no nos veamos abocados a pelearnos en una lucha sin cuartel? ¿cómo ayudar a que la frustración que implican -y que les es inherente- sea vivida de forma óptima y no nos ahogue ni nos lastre en exceso? En definitiva, ¿cómo afrontar las tensiones que aparecen en las vocaciones sanitarias para que puedan ser fecundas y no asfixiantes?

Cuidar la vocación de los sanitarios es bucear en sus motivaciones profundas, visitar de nuevo las fuentes en las que se nutren, ayudarlos a hacer una lectura creyente de su trabajo. Es reconocer los destellos del Espíritu que brotan en lo que ya hacen; es, en definitiva, atender a la dimensión trascendente de nuestra profesión.

Esto es: a la confianza en un Dios encarnado que, de modo misterioso, se hace presente tanto en el sufrimiento como en la salud; al sentido que encontramos en el día a día de las consultas, los centros de salud, las residencias, los hospitales y los domicilios.

Pero antes de destapar algunas de estas tensiones, que a nosotros nos parecen relevantes, creemos importante lanzar una cierta provocación para que los sanitarios podamos vivirlas en clave creyente y con la mayor dosis de sentido de la que seamos capaces.

Es decir, con la apertura espiritual que nos permita afrontarlas como polaridades evangélicas de las que puede brotar una misteriosa fecundidad<sup>5</sup>, más allá de lecturas que reduzcan a lo meramente psicológico nuestro mundo interior. Esto implica que tendremos que intentar vivir las tensiones que nos acechan -y el conjunto de nuestra vocación- de forma elástica y no viscosa.

Vivir con **elasticidad** es evitar la tentación de resolver compulsivamente o esquivar los dilemas en los que nos colocan estas tensiones, a través

de respuestas demasiado simples o parciales para la complejidad a la que apuntan. Complejidades que, ciertamente, nos complican; pero que constituyen el escenario real en el que se desenvuelve nuestra vocación y no meros obstáculos de los que nos tenemos que zafar. Vivir con elasticidad es poder bailar a veces entre los dos polos, sin anclarnos existencialmente de forma simplona, para siempre y sin crítica ni reflexión, en alguno de ellos.

En cambio, hacer de la vocación algo viscoso es dejar que nuestras respuestas queden fijadas de forma pegajosa en los extremos de la tensión, renunciando al esfuerzo -místico y ascético- que requiere no dejarse atrapar por alguno de ellos, desertando de la responsabilidad madura, la perseverancia confiada y la exigencia sana. Porque, en cierto sentido, vivir viscosamente supone rendirse sin resistencia a la deformación que las tensiones imprimen en nuestro modo de responder, situarnos ante la realidad y funcionar. Es decir, ceder a la tiranía de los extremos sin plantar batalla y deslizarse hacia el precipicio de la rigidez.

### 4/

## Tensiones sanitarias.

Las tensiones, como ya hemos señalado, forman parte de la vida de los sanitarios a poco que miren con honestidad su propio interior. Algunas apenas las hemos apuntado más arriba. Otras son, por ejemplo, las que existen entre la burocracia y el carisma, la jerarquía y la igualdad, la utopía y lo germinal; o las que se dan entre la mística y la ascética, los ámbitos de lo público y de lo privado, entre **lo que quiero** y **lo que debo**, entre **lo que toca** y **lo que puedo hacer**. Estas tensiones, que van más allá de lo psicológico e irrumpen en el terreno del espíritu, a menudo muerden; y quizás tenga que ser así,

5. Cf. González Buelta, B. (2010). *Tiempo de crear. Polaridades evangélicas*. Santander: Sal Terrae.

6. Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXX Jornada Mundial del Enfermo, p. 2.

porque en la realidad hay siempre algo de lucha que está aún por resolverse.

Entendemos por tensiones espirituales esas dinámicas cotidianas que tiran de nosotros en direcciones a primera vista opuestas y que exigen de nuestra parte respuestas que se antojan difíciles de conjugar. Algunas son comunes y compartidas con distintas actividades profesionales; otras son específicas del mundo de la salud. Aunque casi siempre se dan mezclas, unas son tensiones que vienen fundamentalmente de elementos externos o estructurales; mientras que otras proceden, sobre todo, de dentro de uno mismo, en esos espacios en los que habita amenazante el desgarrar y la tirantez. Tensiones que pueden convertirse en trampas para los sanitarios si dejamos que nos estiren viscosamente de cada brazo en sentido contrario y nos hagan perder elasticidad.

Pues bien, queremos ahora poner nombre a tres de ellas que nos parece condicionan nuestro día a día, a veces embozadas, y que nos resultan de gran actualidad: una tensión recurrente, otra emergente y una última quizás algo más sutil.

#### 4/1

#### Una tensión recurrente: entre la técnica y el sentido.

Esta primera tensión ya no es solo recurrente -en tanto que hace acto de presencia en nosotros una y otra vez-, sino que resulta también enormemente apremiante. De hecho, en palabras del papa Francisco,

“Hallar respuesta a la pregunta sobre el sentido de todo lo que sucede es cada vez más urgente.”<sup>6</sup>

En los últimos tiempos la ciencia médica ha realizado importantísimos progresos. La ma-

terialización de muchos de ellos tiene su condición de posibilidad en los enormes avances tecnológicos a los que seguimos asistiendo: desde complejos desarrollos farmacológicos a innovadores métodos diagnósticos, pasando por un sinfín de técnicas terapéuticas de altísima calidad. Sin duda, esto ha permitido que patologías y sufrimientos frente los que antes se nos agotaba el arsenal tengan ahora visos de solución (o al menos de alivio) durante mucho tiempo insospechados.

La ciencia biomédica nos proporciona paulatinamente veredictos que alivian nuestra impotencia frente al dolor. Y, así, nos ayuda a responder de manera cada vez más rápida y automática a la inquietante pregunta por el cómo en la enfermedad.

De esta suerte, sabemos sin casi pensar cómo coger una vía, cómo hacer un cambio postural, cómo preparar a un paciente para un TAC, cómo corregir un desequilibrio hidroelectrolítico, cómo tratar una infección hospitalaria, cómo realizar el estadije de un proceso tumoral, cómo abordar una determinada cirugía, cómo trasfudir un concentrado de hemáties, cómo realizar una entrevista clínica, cómo administrar medicación parenteral, cómo manejar los flujos de una máquina de ventilación mecánica, cómo completar un formulario de evaluación psicosocial, etc.

A esta forma de funcionar es a la que dedicamos la mayor parte del tiempo que invertimos en nuestra actividad profesional. Sin lugar a duda, resulta absolutamente necesario prestar dicho servicio. Más aún, quizás sea la base sobre la que poder aportar algo más. Sin embargo, junto a la conciencia de la responsabilidad ineludible por aportar unos cuidados técnicos de calidad, sentimos a menudo también que estos, por sí solos, no bastan.

Que no son suficientes, que dejan escapar algo importante; que obvian ese resquicio situado más profundo, que lo tapan, que lo esquivan, que lo anulan. Esta atención de protocolo y

de manual alivia inquietudes muy legítimas y nos permite responder en automático -aunque no siempre de la forma más correcta, más satisfactoria o con mayor beneficio para el paciente- a preguntas que, gracias a las vías clínicas, admiten poca discusión (aunque la realidad se empeñe insistentemente en salirse de ellas una y otra vez...).

Somos muy buenos, por tanto, en responder a la pregunta del cómo. Pero ¿lo somos también para formularnos las otras dos preguntas en las que nos jugamos aquello que resulta imposible de protocolizar? Es decir, a esas preguntas que nos siguen dejando desarmados e impotentes: ¿por qué todo esto? Y más aún: ¿para qué?

Las preguntas por el sentido suelen ser tema tabú en las conversaciones cotidianas que se entrecruzan en nuestras residencias, hospitales, centros sociosanitarios, consultas especializadas y centros de salud. No es fácil para los sanitarios hablar del sentido -o de la ausencia del mismo- que encuentran en lo que hacen.

No es sencillo escucharlos dialogando sobre sus motivaciones, los surtidores en los que reparan su vocación, los porqués de lo que viven, los interrogantes que les surgen en la atención a los enfermos o cuáles son sus más profundos paraqués. Y no lo es porque todo esto se juega en el terreno de lo trascendente o lo espiritual. Pero que lo acallemos no hace que desaparezca o que se pueda sepultar.

Así, ¿no nos descubrimos muchas veces preguntándonos secretamente, desde la incertidumbre y el desconcierto, si tienen algún sentido todos nuestros despliegues terapéuticos (sueros, sondas, vendas, cirugías, tubos, máquinas, fármacos, vías) en un paciente -tal vez también amigo- que no quería que estos se hubiesen llegado a realizar? ¿o escudriñando cuál es el sentido de seguir operando agresivamente a quien quedará, con casi total probabilidad, en muerte cerebral? ¿o creyendonos capaces de juzgar hasta qué punto un determinado paciente se merece tal o cual intervención?

Y es que las cuestiones del sentido tiran siempre de nosotros; especialmente en los entornos sanitarios, que nos ponen piel con piel ante la experiencia del sufrimiento y del sinsabor. Necesitamos de la técnica, de la tecnología y de las respuestas a las preguntas por el cómo. Pero

“Todo esto, sin embargo, no debe hacernos olvidar la singularidad de cada persona enferma, con su dignidad y sus fragilidades.”<sup>7</sup>

En otras palabras, del terreno de juego en el que ingresan las preguntas del porqué y del paraqué.

#### 4/2

#### Una tensión emergente: entre el bienestar y el bien hacer.

Con fuerza creciente experimentamos la importancia que en nuestros días ha ido adquiriendo la categoría de cuidado. Así, el **cuidado** -tanto propio como de los otros- se ha constituido como una clave de lectura emergente desde la que nos entendemos cada vez más en las dimensiones personal, comunitaria, colectiva, social y eclesial. «Necesitamos cuidarnos», escuchamos con relativa facilidad en nuestras familias, en el metro, en el vestuario, en las guardias, cuando salimos de trabajar. «Tenemos que cuidarnos», nos decimos unos a otros; a veces como un ejercicio de memoria que nos ayude a recordar esta necesidad fundamental; en ocasiones como un grito silencioso que pide ayuda porque, por el motivo que sea, lo estamos pasando mal. Y es verdad. Porque a lo largo de los últimos meses, quien más o quien menos -y muchos con altísimos niveles de sufrimiento- ha pasado por momentos en los que no se encontraba nada bien.

Por eso, hoy no es fácil hablar de esta tensión, cuando todavía un elevado número de sanitarios sigue pagando un alto precio personal por llevar

7. Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXX Jornada Mundial del Enfermo, p. 3.



8. «...quien quisiera venir conmigo (sic), ha de trabajar conmigo (sic), porque siguiéndome en la pena, también me siga en la gloria» (Ejercicios Espirituales, 95).

adelante lo que viven como su responsabilidad, su decisión y su vocación. O cuando otros han tenido que dar un paso atrás porque la ansiedad, el miedo, la tristeza, el desbordamiento, la desesperanza, la angustia o la desilusión han hecho acto de presencia con su zarpa hiriente; y, desde la impotencia y la frustración, veían –sin saber muy bien qué hacer– cómo estas sensaciones se les imponían sin pedir permiso ni perdón. Con todo, mantener esta tensión en el silencio nos parece que sería convertirnos en cómplices sigilosos y cargarla con secretos que la engordarían hasta convertirla en tentación. Así que nos atrevemos, quizás con algo de imprudencia y osadía, a intentar desenmascarar la vertiente más tramposa que esta tensión pudiera tener.

Por supuesto, ninguna vocación es ni tiene que ser un potro de tortura. Si tuvimos alguna inclinación a pensar que cuanto más me cuesta algo entonces más valor tiene o mejor es, en los últimos tiempos quizás hemos experimentado que ese es un barco del que conviene apearse ya. Pero tampoco ayuda mucho concebir que algo es «lo mío» solo cuando me gusta o me hace sentir bien. Por tanto, la descripción de ambas posiciones, en lo que tiene de burdo y caricaturesco, puede servirnos para revelar los peligros que entraña caer en uno u otro extremo. Es decir, los riesgos de esta emergente **tiranía emocional** o **dictadura del bienestar**. En otras palabras, de la fatalidad que conlleva el **totalitarismo del mí mismo**, que nos encierra en la jaula solitaria de mis propios sentimientos, mis propias sensaciones, mi mundo emocional... y que nos lleva a decidir centrados exclusivamente en uno de los dos polos que equilibran la tensión.

Esto no quiere decir, claro está, que debamos ahogar nuestro mundo interior, apagar la emisora de lo que sentimos ni condenar nuestra legítima necesidad de encontrarnos bien. Porque esa es justamente la tentación opuesta: la **sordera del yo**, ya sea en medio del agotamiento o en pleno vigor. Quiere decir, por el contrario, que junto al irrenunciable anhelo de bienestar

tendremos que cultivar también una dinámica que avive nuestro deseo de **bienhacer**, de hacer el bien. Manejar esta difícil tensión existente, al fin y al cabo, entre la motivación (el interés, el gusto) y el compromiso (la responsabilidad, la tarea) supondrá nivelar virtuosamente los polos de la emoción y de la misión.

Porque nuestras profesiones son, sobre todo, espacios para hacer el bien; y ocasionalmente –ojalá que con frecuencia– resultará que además, por la espalda, esto nos trae algo que podemos llamar felicidad. Pero una felicidad profunda, que es mucho más que el mero bienestar; y que no estará nunca exenta de los esfuerzos reales, los sacrificios evidentes y las luchas dispares que surgen de la exigencia ética que supone la llamada del otro prójimo. Es la alegría profunda que nace del compromiso vital en positivo por hacer el bien; y por hacerlo siempre. Un siempre que será más vertical que horizontal, más en profundidad que en extensión, más en anchura que en largura.

La espiritualidad ignaciana, cuando habla de este compromiso radical con el bien, al modo de Jesús, incluso en circunstancias objetivamente complejas, denomina a tal dinámica «el **llamamiento del Rey Eternal**», usando las palabras de Ignacio de Loyola en su libro de los Ejercicios Espirituales. En resumen, el santo quiere decir que somos llamados para estar con el Señor, trabajar con Él y disfrutar de su dicha. Y esta vivencia profunda de la vocación, que pone en el centro a Jesucristo, no se deja atrapar por la insuficiencia de ninguno de los cristianismos a los que antes hacíamos referencia: el cristianismo emocional (sentirme bien), el ético (hacer el bien) ni el de autorrealización (realizarme bien).

«He aquí, pues, la importancia de contar con la presencia de testigos de la caridad de Dios que derramen sobre las heridas de los enfermos el aceite de la consolación y el vino de

“Manejar esta difícil tensión existente entre la motivación (el interés, el gusto) y el compromiso (la responsabilidad, la tarea) supondrá nivelar virtuosamente los polos de la emoción y de la misión”

la esperanza, siguiendo el ejemplo de Jesús, misericordia del Padre.”<sup>9</sup>

### 4/3

Una tensión sutil:  
entre la fortaleza y la debilidad.

Otra de las categorías que se ha ido decantando entre nosotros a lo largo del último tiempo es la de **debilidad**. Términos como fragilidad, fracturas, vulnerabilidad, flaquezas o fisuras nos resultan ya absolutamente familiares.

Porque es verdad, así es como nos hemos sentido los sanitarios en muchos momentos: temerosos, asustados, pequeños, limitados, desbordados. Nos encontramos, quizás, en el tiempo de la debilidad. Es la época que nos ha tocado vivir. Tal vez en otros momentos nos hemos reconocido fuertes, osados (hasta temerarios), valientes (saliendo de esquemas oxidados), importantes (o salvadores), poderosos (incluso omnipotentes). Pero ahora puede que no. Y, sinceramente, aunque esta fantasía resulte en extremo fascinante, ni los sanitarios somos superhéroes ni podemos exigirnos serlo.

Esta debilidad experimentada en carne propia puede ser trampolín que nos catapulte hacia la dimensión **criatural** que es inherente a todo ser humano; en definitiva, a la conciencia de que, aunque a veces nos lo parezca, no somos Dios, sino instrumentos en sus manos al servicio de los demás.

En lo que implica de acoger los propios límites y costuras nos ayudará a transitar el camino espiritual hacia quien verdaderamente es el Señor de nuestras vidas. Para ello se requiere una dosis no pequeña de deportividad, pues observarse de manera imparcial –con todo lo que somos y no a pesar de ello– acarrea sacar a la luz facetas que nos suelen avergonzar: inseguridades, complejos, miedos, humillaciones, heridas, decepciones, etc<sup>10</sup>. Pero paralelamente la experiencia nos dice

que una relación se torna terapéutica cuando se convierte en un encuentro entre dos «tú» desde la verdad y la humildad (**Teresa de Jesús dirá que «la humildad es andar en verdad»**<sup>11</sup>).

Con todo, ¿no nos estaremos distrayendo peligrosamente hasta el punto de convertir nuestra propia debilidad en una tentación espiritual? Queremos decir, ¿no se nos estará desviando demasiado el foco hacia nuestro yo? ¿no estaremos abandonando sutilmente el deseo de salir hacia los demás, que tantas veces ha sido el motor genuino de nuestra (nada sencilla) vocación?

De nuevo, hablamos desde el respeto máximo y el reconocimiento a tantos sanitarios que se han roto por la enorme exigencia y la excesiva desprotección a las que se han visto sometidos. Por eso, no nos referimos aquí a la debilidad en su dimensión psicológica, sino a la lectura creyente que hacemos de tales escenarios y situaciones de fragilidad.

Así las cosas, nos parece que el discurso de la debilidad puede disimular una tentación espiritual que, por sutil, requiere un honesto esfuerzo de discernimiento: la **tentación increyente** de arrinconar entre nuestras pequeñeces la fortaleza de Dios. Caernos hacia el polo de la vulnerabilidad personal tiene el riesgo de obviar que la misericordia de Dios se presenta con fuerza en medio de nuestra vida, aunque a veces lo haga de forma misteriosa o escondida. En este sentido, dice el papa Francisco:

“La misericordia es el nombre de Dios por excelencia, que manifiesta su naturaleza no como un sentimiento ocasional, sino como fuerza presente en todo lo que Él realiza. Es fuerza y ternura a la vez.”<sup>12</sup>

Junto a esta primera tentación de la increencia percibimos una segunda trampa, igualmente

9. Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXX Jornada Mundial del Enfermo, p. 2 (citando el Misal Romano, Prefacio Común VIII, Jesús, buen samaritano).

10. Cano, A. (2021). Bajo la bata. Hacer pastoral con sanitarios hoy. Santander: Sal Terrae, pp. 27-28.

11. Moradas VI, 10, 7-8.

12. Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXX Jornada Mundial del Enfermo, p. 1.

13. Lc 1, 34.

14. Lc 1, 38.

15. «Por eso me complazco en las debilidades, en insultos, en privaciones, en persecuciones y en angustias por amor a Cristo, porque cuando soy débil, entonces soy fuerte» (2 Cor 12, 10).

16. Cf. Jn 15, 1-11.

17. Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXX Jornada Mundial del Enfermo, p. 2.

sutil: la tentación narcisista, que nos succiona y nos engulle hacia el sumidero de un ego al que le resulta cada vez más difícil salir de sí mismo e incluir en su discurso a quienes también están sufriendo a su alrededor. Porque nuestra debilidad, desde la fe en el Señor que guía la historia, es siempre una debilidad para.

Una debilidad que, como ocurrió en María, rechaza convertirse en beneficio personal, sino que se erige en condición de posibilidad para hacer hueco a Jesucristo y encarnar en nuestra vida la voluntad de Dios. Y es que María es la pequeña mujer de Nazaret capaz de reconocerse, en medio de sus flaquezas, lo suficientemente frágil como para que se haga enteramente en ella la voluntad de Dios. Y esto porque su debilidad inicial («¿pero cómo será esto? pues no conozco varón<sup>13</sup>») no constituye una meta final, sino que forja, en cambio, el espacio espiritual desde el que afirmar -no sin que se le quiebre la voz-:

«Aquí está la esclava del Señor, hágase en mí según tu palabra.»<sup>14</sup>

En fin, que podemos confiar en que es con nuestras fortalezas y debilidades como Dios hace la salvación. Entonces cada cual deberá ponerse manos a la obra en la tarea de reconocer aquello que le hace sentirse fuerte y todo eso que le lleva a zozobrar. Lo primero, para abrazar con agradecimiento lo bueno que se ha recibido, evitando hincharse en exceso. Lo segundo, para situar los zarandeos dentro del plan salvífico de Dios y convertirlos en oportunidades de vivir profesionalmente arraigado en la verdad.

Al fin y al cabo, nuestras flaquezas se insertan, se asientan y encuentran su verdadero lugar en la fortaleza de Dios, que es siempre más grande que todas ellas<sup>15</sup>.

## 5/

### Resistir en la tensión nos abre a la fecundidad.

¿Qué hacer entonces ante estas tensiones que nos apremian? ¿cómo situarnos entre los dos polos que las modelan? ¿desde dónde responder cuando nos acechan? Honestamente... no tenemos la solución. Eso sí, cada vez pensamos con más firmeza que las tensiones que vivimos los sanitarios no se resuelven, sino que ante ellas se resiste.

Y esta es la llamada que descubrimos hoy: una llamada a resistir en la tensión, a sostener las preguntas complejas, a evitar caer en respuestas parciales y posicionamientos polares. Resistir a menudo nos complica la existencia todavía más, pero nos hace también sintonizar, desde la honradez desnuda, con la realidad de nuestra vocación como psicólogos, auxiliares, educadores, enfermeros, médicos o trabajadores sociales... sin dejarnos someter por el espejismo de pensar que tenemos la respuesta final.

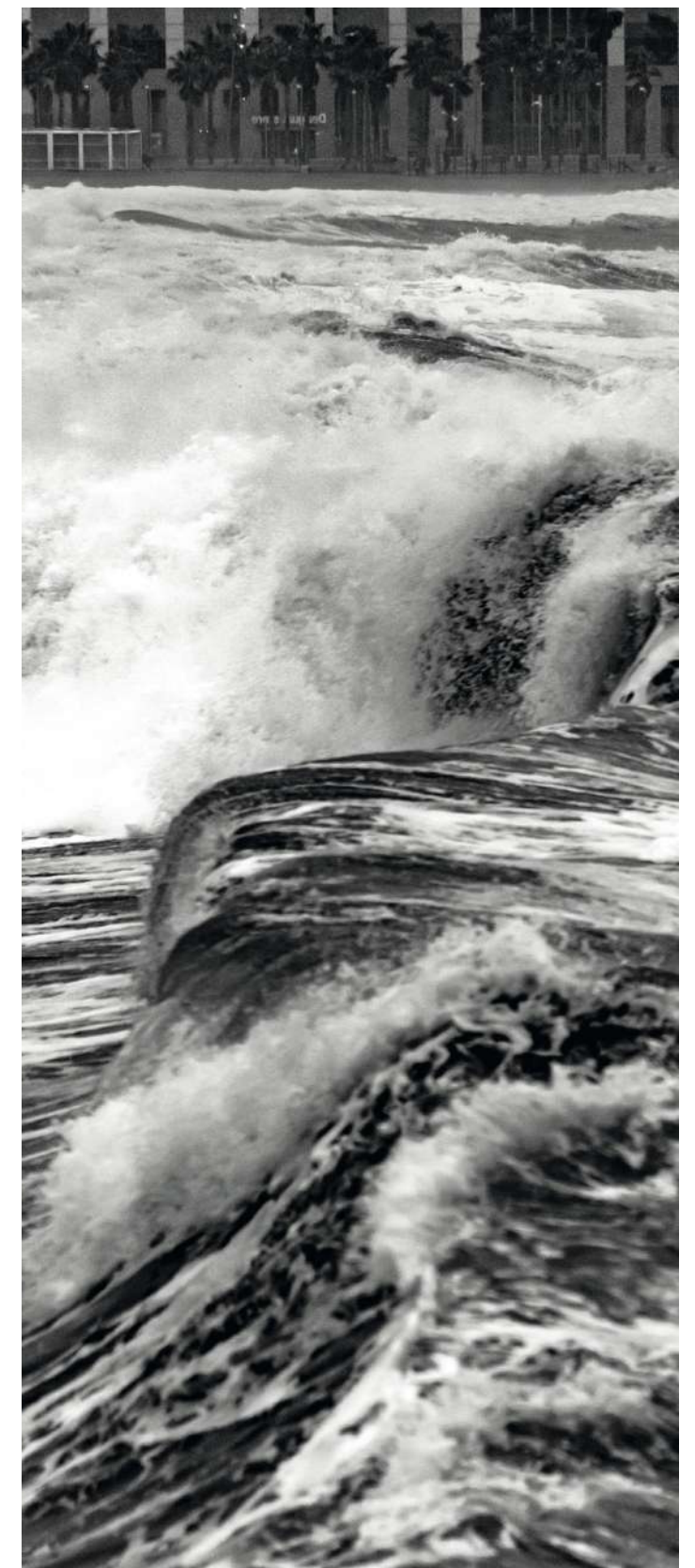
Resistir no es aguantar o soportar lo que sea a cualquier precio, como si canonizáramos el sufrimiento por descuido o indiscreción.

Resistir no es tampoco algo que se haga contra uno mismo, sino en la esperanza que viene de Dios.

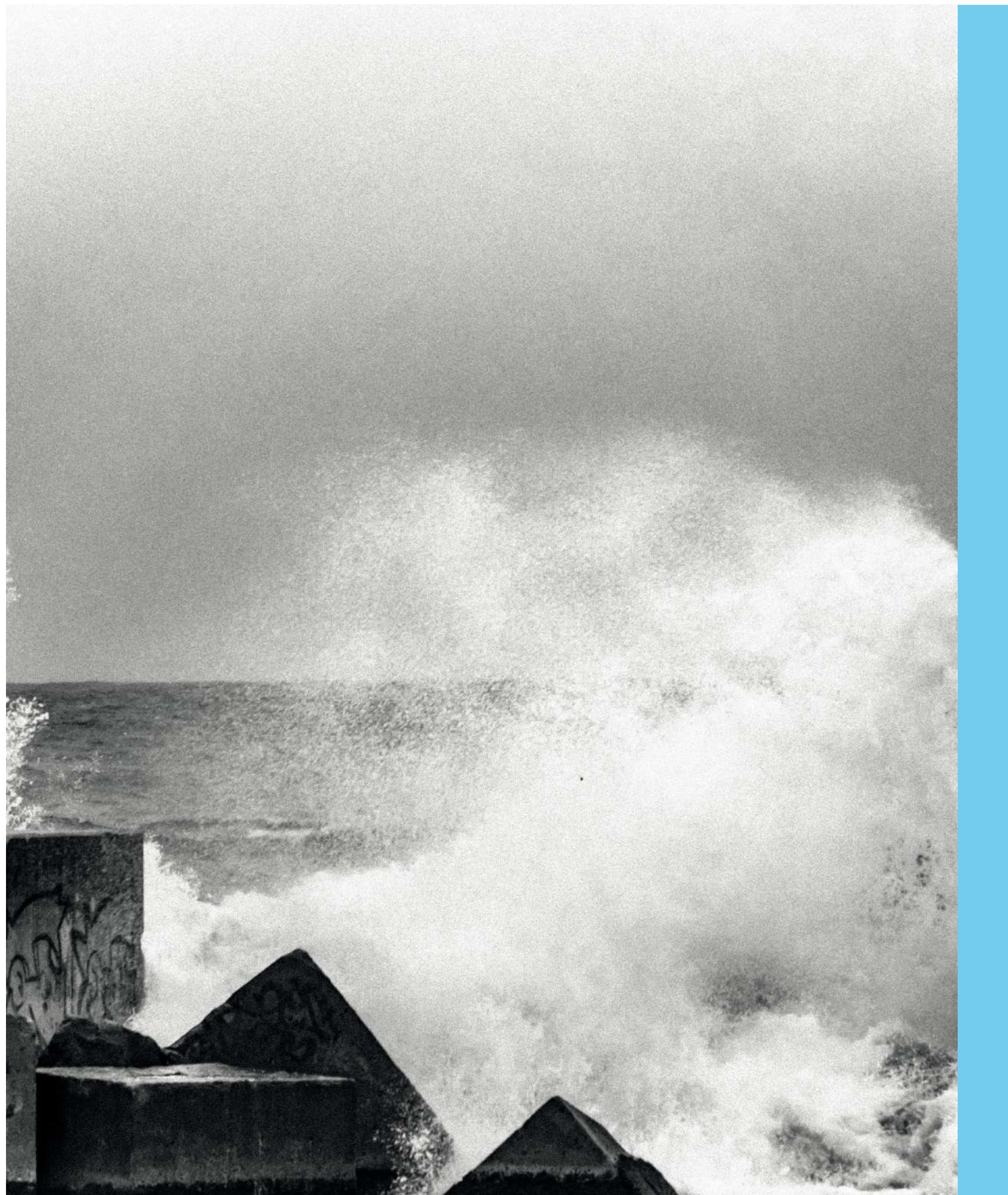
Resistir es, en cambio, abrazarse a la promesa de que no estamos solos, sino con tantos otros hermanos que también quieren vivir su profesión como una verdadera misión. Resistir es, en definitiva, permanecer en el Señor Jesús. Y esto hace que las tensiones propias de nuestro quehacer profesional, que no desaparecerán nunca, se puedan tornar fecundas; es decir, se conviertan en polaridades evangélicas de las que nace la fe, la esperanza y el amor.

Ojalá los sanitarios -meros servidores del Reino- recibamos la gracia de vivirnos pequeños y confiados en un Padre que nos sostiene en la tensión, se gasta incansablemente en cada uno y pondrá sus certezas en lo que todavía para nosotros es duda. Para que así podamos seguirnos preguntando, de la mano del papa Francisco:

«¿Por qué esta atención particular de Jesús hacia los enfermos, hasta tal punto que se convierte también en la obra principal de la misión de los apóstoles, enviados por el Maestro a anunciar el Evangelio y a curar a los enfermos?»<sup>17</sup>







## 03/

# La objeción de conciencia en la ley española de eutanasia.

**Federico Montalvo,**

Presidente del Comité  
de Bioética de España.  
Profesor Propio Agregado.  
Área de Derecho Constitucional.  
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

El profesor Montalvo empieza su intervención con una pequeña introducción sobre la cuestión de la eutanasia porque el tema a tratar aborda la objeción de conciencia en relación con la eutanasia. Ha querido abordar el tema porque se volvió a plantear en el Comité de Bioética de España e incluso la Organización Médica Colegial lo ha planteado en clave dilemática: o todo o nada. A partir de aquí el autor se plantea, en algún caso, que existe un verdadero derecho a la última oportunidad y en otros casos, se puede rechazar ese derecho a la última oportunidad.

*Palabras clave: Objeción de conciencia, Eutanasia, Ley, Conciencia institucional.*

Professor Montalvo begins his conference with a brief introduction to the issue of euthanasia since the subject to be considered deals with the conscientious objection to this practice. He seeks to deal with this matter because it has been brought up again in the Spanish Bioethics Committee, and the Collegiate Medical Organisation has even taken a dilemmatic all-or-nothing approach to the question. With this as his basis, the author postulates the existence, in some cases, of a true right to the final opportunity, while in other cases the right to the final opportunity may be refused.

*Key words: Conscientious objection, Euthanasia, Law, Institutional conscience.*



El texto está extraído y sintetizado, en los puntos esenciales, de la conferencia del autor



## 1/

### Sobre la cuestión de la eutanasia.

El último informe que hicimos, que fue en julio, antes de verano, y el que ha recibido la respuesta de algún político, respuesta además durísima contra el Comité. Informe del Comité, más valiente, más sensato; valiente, pero prudente. Uno de los que más impacto ha podido tener en determinadas esferas y también uno de los informes más útiles. Si el informe sobre la pauta mixta de las vacunas pudo servir para intentar resolver una situación difícil, creo que este puede hacer bien en el futuro, a la hora de resolver algo que a mí me ha ocupado siendo coordinador del informe y que me preocupa de cara al futuro es: **el informe sobre la objeción de conciencia en el ámbito de la eutanasia.**

Es un informe en el que abordamos diferentes cuestiones, no solo una objeción de conciencia individual versus objeción de conciencia institucional. Es decir, si pueden objetar personas jurídicas, si un hospital, una entidad religiosa, puede objetar o sólo pueden hacerlo los individuos, en general, sobre el problema de la objeción de conciencia en la eutanasia.

No solo es un informe sobre la objeción de conciencia institucional o no, sino sobre la obje-

ción de conciencia en general, en el marco de la nueva **Ley Orgánica 3/2021**, sobre la eutanasia.

No es el primer informe que hace el Comité sobre la eutanasia, sobre el final de la vida. De hecho, el primer informe que hace el Comité en el momento que yo me incorporo, en el año 2013, es sobre el final de la vida. Hacemos una declaración apoyando, y es una oportunidad perdida, la creación de la especialidad de cuidados paliativos. En 2013 hicimos esa declaración porque pensamos que una de las formas para realmente luchar a favor de una muerte digna era que existieran especialistas bien formados en cuidados paliativos, y eso sigue siendo un déficit de nuestro sistema.

En el año 2020, hicimos también el informe sobre el final de la vida en la eutanasia que, en octubre del año 2020, tuvo también mucho impacto y, ahora, vamos a hacer este informe sobre la objeción de conciencia. El informe del año 2020 sobre la eutanasia, en general, fue un informe que hicimos, me gusta contarlo, porque no nos lo pidió el Parlamento. Hay que recordar que la ley es una ley un tanto extraña, porque prácticamente todas las leyes en España, podemos decir el 99% por ciento, aunque no todos los años se aprueban 100 leyes, pero podemos decir que este porcentaje de las leyes nacen de proyectos de ley. En estos casos es el Gobierno el que inicia el procedimiento legislativo, presenta un proyecto de ley y, luego se tramita, una vez aprobada en Consejo de ministros, en el Parlamento.

De vez en cuando, la oposición presenta una proposición de ley, que el Gobierno y la mayoría parlamentaria que sostiene al Gobierno, considera interesante y esa proposición sale adelante, pero es una excepción. El que impulsa el proyecto legislativo es el Gobierno, porque tiene su agenda política y esa agenda política la traduce en leyes, y eso se hace inicialmente con proyectos. La Ley Orgánica 3/21 es una proposición de ley, pero no es una proposición de ley presentada por la oposición, sino presentada por la mayoría que sostiene al Gobierno.

¿Alguien puede pensar por qué se hizo eso? Aquí hay dos versiones: la versión que se puede llamar menos ingenua, la que quiere ver el vaso medio vacío no medio lleno, nos diría que eso se hizo para evitar una serie de informes, no solo el informe del **Comité de Bioética de España**, sino informes tan importantes como el del **Consejo General del Poder Judicial**. Porque la ley de eutanasia despenaliza el homicidio pasivo, en parte lo despenaliza, y eso hubiera exigido un informe del Consejo General del Poder Judicial. También se podría pedir informe al **Consejo de Estado**, la **Organización Médica Colegial**, al **Consejo de Enfermería**.

Entonces, si yo hago una proposición, podría pedir esos informes, si lo tramito parlamentariamente, pero no estoy obligado. En cambio, si hago un proyecto, que se tramita inicialmente por el Gobierno, el Gobierno está obligado. De hecho, una ley que tramita el Gobierno y que se aprueba sin esos informes sería inconstitucional. Una ley que aprueba el Parlamento sin esos informes, puede ser inconstitucional, pero no está tan claro.

Hay también otra forma de verlo. Vamos a ver el vaso medio lleno. ¿Por qué? ¿Por qué este Gobierno, en vez de presentar un proyecto de ley, presenta una proposición a través de la mayoría parlamentaria socialista? Porque ya lo había hecho estando en el gobierno el Partido Popular. El Partido Socialista, como oposición, presentó una proposición de ley que es lo único que puede hacer, porque no puede presentar un proyecto como oposición sobre la eutanasia, y lo que ahora mismo ha presentado es el mismo proyecto, prácticamente no ha cambiado nada.

Por lo tanto, ¿qué hicieron? Ya que presentamos una proposición, ahora presentamos lo mismo, una proposición. Además, vieron, o se dieron cuenta de que eso ayudaba a que no hubiera tanto diálogo, no hubiera tanto debate, que no hubiera que escuchar a tantas personas y se pudiera hacer por una vía exprés, aprobarla rápidamente. Esta ley ha tardado menos de un año o un año casi, en aprobarse.

Esto para algunos habrá sido bueno, porque así no se ha escuchado a los que estamos en contra, ya que escucharnos no aporta nada porque nuestras reflexiones ya se conocen. ¿Para qué se nos va a escuchar? Si somos unos pesados que estamos permanentemente negándonos y queremos que las personas sufran y lo pasen mal en la vida, porque nos encanta el sufrimiento. Esto, obviamente, lo digo con ironía. ¿Para qué nos van a escuchar? Y, además, esta ley a lo mejor también viene bien porque permite tapar otros problemas de mayor calado que tiene que afrontar nuestra sociedad.

No digo que el problema con la pandemia desaparezca, pero es verdad que hablar sobre una ley que reconoce expresamente, no solo el derecho a la muerte, sino que el Estado nos dé una prestación de morir, se pone en un contexto así, no digo, porque suena muy duro, que sea obsceno, pero la verdad es algo un tanto insólito, con todo el respeto y, no lo digo yo, sino que también lo ha dicho muchísima gente.

Nosotros el informe lo hicimos, sobre todo, por dos motivos: primero, tenemos la facultad, según dice la ley del año 2007, de elaborar informes sobre temas de actualidad, no solo a petición del gobierno y de las autoridades públicas, sino que lo podemos decidir nosotros mismos.

Claro, nos parecía realmente también insólito, aprobar una ley sobre eutanasia en España, sin haberse pronunciado un Comité de Bioética Nacional que existe como órgano consultivo. En todos los países de nuestro entorno, cuando se han planteado, -muchos de ellos lo han planteado, pero muy pocos lo han regulado-, discutir sobre la eutanasia, el plantearse una futura ley de eutanasia, en todos ha participado el Comité de Bioética: en Italia, en Portugal, en Francia, en Alemania, en Austria, en Suecia, en todos. España va a ser el único país que va a tener una ley de eutanasia que no había consultado a su Comité de Bioética.

Por cierto, el Comité de Bioética se crea en una ley aprobada durante la presidencia de



LH n.332

Rodríguez Zapatero, o sea que es un Comité que crea el propio Grupo Socialista en su momento el Partido de Gobierno Socialista, ya que sería insólito que ese Comité que ha creado el Gobierno Socialista, -esto lo digo sin ánimo de polemizar, porque es así-, no se ha consultado.

Por eso, para que no sea la única ley sin informe del Comité, hicimos el informe y, además, porque se nos había dicho que posiblemente se citarían a expertos, ya que no se podía hacer en la tramitación del Gobierno, porque el Gobierno no la tramitaba, sino que la tramitaba directamente el Parlamento, al ser una proposición, se nos dijo que se nos iba también a pedir la comparecencia de expertos y, de hecho, yo figuro en una de las peticiones de comparecencia como primer experto para comparecer en la comisión que ha tramitado esta ley, para que se me pidiera también mi opinión o mi parecer.

Eso fue finalmente rechazado por la mayoría de la comisión y por la Mesa del Congreso del Senado y no se ha escuchado a ningún experto. Los mismos expertos que han hablado han sido algunos políticos que conocen el tema, que son senadores y diputados, y por eso han podido hablar, pero no se ha citado a ningún experto.

¿Qué pensamos en el Comité? Si se nos citaba finalmente como expertos, aunque no supiéramos si se iba o no a hacer, pero si se nos citaba, por ejemplo, si me necesitaban a mí como presidente del Comité de Bioética, creíamos que era mejor que yo o algún compañero mío compareciera con un informe, es decir, con la opinión del Comité y no con mi opinión.

Le daba mucho más valor a mi intervención, el que yo fuera con un papel diciendo voy a resumir y dejo aquí la opinión del Comité, a que fuera a dar mi opinión. Por eso también hicimos el informe, por si se nos citaba a una comparecencia.

Digo que ha sido una pena porque creo que ha faltado diálogo. Es curioso cómo los sectores que nos hemos pronunciado tradicionalmente

en contra, personas, grupos de personas, instituciones en contra de la despenalización de la eutanasia, a veces hemos discrepado en alguna cuestión sobre el tema de la sedación paliativa. Hasta dónde puede llegar la sedación paliativa o la sedación paliativa en sufrimiento asistencial refractario, no sufrimiento físico, etc.

A veces hemos podido no encontrar puntos de encuentro sobre la sedación paliativa, cómo distinguimos eutanasia, sedación paliativa. Pero lo que había observado, en los últimos meses, es que todo este sector nos habíamos unido en encontrar un criterio. De hecho, en el informe del Comité de Bioética de España sobre eutanasia encontraréis la propuesta de un paliativista de reconocido prestigio y la propuesta del vicepresidente Rogelio Altisent. Pues hay un capítulo en el que hablamos de la sedación paliativa.

Entonces el problema está que, los que nos pronunciamos en contra, parece que hemos encontrado un punto de encuentro y que todos estamos dispuestos, la gran mayoría, a defender el sufrimiento existencial, mejor dicho, la sedación paliativa en el sufrimiento existencial refractario, como ha hecho la Orden San Juan de Dios en una publicación que tiene muy interesante. Nos lleva a ese punto de encuentro en las situaciones en que se puede sedar a una persona, para ayudarla a morir cuando hay un sufrimiento, porque lo que pretendemos, no es acabar con la vida de la persona, sino acabar con su sufrimiento.

Y la vida puede llegar a cortarse, pero no como fin inmediato, sino mediato. Y eso le ocurre, como saben todos los que trabajan en sanidad, cualquier cirujano, los cirujanos aceptan como posible resultado de la cirugía, que fallezca el paciente, pero no busca el fallecimiento, nunca entra un cirujano en un quirófano para matar a un paciente, entra para resolver una situación, aceptando la muerte como una posibilidad.

Pues entre muchos hemos encontrado un punto de encuentro. Pero es una pena porque desde el otro lado de los que creen que la eutanasia es

“El profesional sanitario se encuentra no con una ley general sobre el final de la vida, donde se recoge la eutanasia como una vía final o muy excepcional, sino con una ley solo de eutanasia”

una solución al mal morir en España, a falta de diálogo, hemos perdido una gran oportunidad. Además de la falta de diálogo, que es curioso en estos tiempos en los que tanto tenemos que dialogar, después de estar viviendo una situación tan dramática; además es una pena porque esta es una ley que no trata del final de la vida.

Hay personas que piensan que la Ley Orgánica 3/2021, y esto es muy importante respecto a la objeción de conciencia, no trata del final de la vida, es una ley solo de eutanasia. Si se pudiera haber aprobado una ley del final de la vida, en la que un capítulo final, -esa mayoría que cree que la eutanasia tiene que estar en cierto modo despenalizada-, se hubiera incorporado un capítulo final para determinados casos singulares, extremos excepcionales y se pudiera permitir atender el deseo de morir de esa persona.

Pero eso se hubiera hecho en el marco de una ley de final de la vida, donde se recogieran los cuidados paliativos y una serie de derechos.

Eso hubiera aportado algo, algo distinto al panorama actual, porque en ese contexto, la eutanasia sería vista como la última vía, la última ratio, la vía excepcional, lo que algunos piden cuando se ha agotado el resto.

Y en cambio es una ley solo de eutanasia, lo cual genera el problema de entender que la eutanasia es la solución principal, incluso única, al mal morir en España. Ahora mismo no tenemos regulado, -salvo algunas comunidades autónomas-, a nivel nacional el final de la vida, no hay una ley del final de la vida, que es el problema principal, el mal morir.

Pero, en cambio, tenemos regulado una ley que recoge lo que yo entiendo que es la vía, si se admite, más excepcional, más extraña, más rara. Eso es curioso, hemos empezado a construir la casa en lo que es la salida de la chimenea, que en la casa puede ser importante en invierno, pero no es esencial.

2/

## El ejercicio de la objeción de conciencia.

Lo digo porque eso tiene muchos problemas desde la perspectiva del ejercicio de la objeción de conciencia, desde la posición de los profesionales sanitarios. El profesional sanitario se encuentra no con una ley general sobre el final de la vida, donde se recoge la eutanasia como una vía final o muy excepcional, sino con una ley solo de eutanasia. El único menú en principio que se ofrece por el legislador es la eutanasia.

Por tanto, un profesional se puede plantear, pero esto de la eutanasia, ¿qué es?, la alternativa excepcional, la última, se ha agotado todo, una alternativa más... Si una persona me lo pide, ¿le puedo decir que no, porque no hemos agotado otras vías? ¿Puedo animarle a que desista de su pretensión, porque claro, cómo va a saber, cómo va a temer el sufrimiento si todavía no hemos probado la sedación? ¿Cómo se va a plantear que no va a aguantar el sufrimiento cuando no hemos seguido otras vías alternativas?

Ahí hay un problema, porque en la ley no se habla en ningún momento de que el profesional sanitario deba hacerle ver a la persona que realmente existen otras alternativas, se plantea como alternativa única. Algunos dicen no, si es que, si interpretamos el artículo 5 en relación con el 9, nos remitimos a la exposición y allá. Pero claro, eso ya es interpretación compleja, pero no hay ningún artículo que directamente nos diga esto es una excepción, se utilice o no; esto se reconoce como una prestación más y un derecho, ni siquiera una libertad.

También se plantea el problema de quién lo ofrece ¿Es el paciente el que debe decirlo o es el médico el que debe sugerirlo? Me decía el otro día una periodista de un conocido periódico:

LH n.332

“no, no, el médico no debe decir nada, debe ser el paciente el que lo diga”. Ya, pero si la eutanasia es una prestación, ¿no está el médico obligado a informar a los usuarios de las prestaciones que tienen a su disposición? Entonces me decía “Claro, pero es que si el médico (está hablando una periodista progresista), si es el médico el que lo dice, parece que puede estar orientando al paciente hacia algo” y le digo “ves como la ley comete errores graves” y me dijo “ahí puedes tener razón”. Eso sí, me dijo que no lo iba a poner en el periódico, pero me reconoció que la ley plantea problemas y ese es el problema.

En el Comité hemos hecho una propuesta valiente y complicada; creo que para la [Conferencia Episcopal](#) y para la propia [Iglesia Católica](#) en España es importante esta reflexión. No hace mucho, en La Granda, también la compartí. Es el tema de cuándo tiene efecto la objeción de conciencia, en el sentido de si el objetor puede acompañar o no al paciente.

En principio, la idea que ha manejado el [Ministerio de Sanidad](#), que ha elaborado el [manual de Buenas Prácticas](#), es que el objetor se aparta inmediatamente de la asistencia al paciente, lo cual genera un problema. ¿Por qué?

Primero, todas las personas que trabajan en el ámbito del final de la vida, oncólogos, paliativistas, saben que las personas, en determinados momentos, en una situación de desesperación, en un momento de tristeza, ante una visita de un familiar, una llamada, pueden llegar a pedir la eutanasia.

Las peticiones y las ejecuciones son prácticamente cero o la insistencia de la petición es si ese paliativista oncólogo que ha ido acompañando al paciente debe apartarse, ya que es la persona de confianza del paciente, debe apartarse, o solo esgrimir que va a objetar, porque eso también es la transparencia y lealtad. Le podría decir al paciente yo soy objetor, yo no te puedo aplicar la eutanasia, pero yo te voy a acompañar en el proceso: para ayudarte a tomar la mejor decisión.

No comparto la decisión, pero te acompaño.

Claro, si esa persona no va a estar ahí, ¿en manos de quién queda? ¿Quién le va realmente a hacer ver que puede estar en un error, que se está dejando llevar por una situación de angustia? No estoy diciendo cambiar la opinión de alguien que libremente lo quiere. Lo que estoy diciendo es que, en ocasiones, las personas pueden tomar decisiones precipitadas o dejarse llevar por mitos, por interpretaciones erróneas o por situaciones que se pueden resolver de otra manera.

No digo que esa persona acompañe y ejecute, digo que a lo mejor no hay que apartarle del acompañamiento como ha hecho el Ministerio. La posición, por parte de determinados sectores, puede perjudicar porque al fin y al cabo va a ocurrir que quien va a convertirse en médico responsable, como médico consultor, figuras que van a ser personas a lo mejor pro eutanasia, que no van a plantear dudas.

Lo importante es hacer ver a esa persona qué realmente pide, quiere... Es un debate que hemos afrontado. Es decir, el acompañar o no puedo acompañar, siendo objetor, lo puedo ofrecer o, no puedo decir al paciente que se lo piense. Puede intentar remover con toda lealtad, respeto a la voluntad del paciente cuando creo que realmente lo está tomando en una situación de desesperanza, cuando realmente no lo quiere, pero está verbalizando.

Esta es una ley bastante mala en su redacción. De hecho, establecí una conjetura de que, si el Tribunal Constitucional portugués ha devuelto la ley portuguesa de eutanasia al ir al Parlamento porque tiene, maneja, muchísimos conceptos imprecisos e inseguros; esta ley también maneja conceptos imprecisos e inseguros.

Hay conceptos como el de presión externa que lo cita, pero no lo define bien, ¿qué es la presión externa?, porque muchas veces pueden ser los hijos los que sin intención animen a la persona a adoptar una solución rápida.

Puede ser una persona la que piense que a lo mejor libera a sus hijos de una situación que les está limitando en su desarrollo personal y profesional. Hay muchos elementos socioeconómicos.

Hay que pensar que esta ley se implanta en España en un momento en el que vamos a afrontar unas enormes dificultades socioeconómicas, por mucho dinero que nos venga de Europa, ya que sabemos que España es un país con muchísimas virtudes, pero cuando nos llega mucho dinero, hay cosas que no se hacen bien y nos pasó a finales de los años 20 del siglo pasado y nos pasó también a mitad de los años 90 y algunos otros años.

La ley es una ley que tiene garantías. A la persona se le pide, casi hasta cinco veces, que reitere; pero algunas de las garantías se pueden convertir en garantías huecas, en pendiente resbaladiza si no se sabe manejar bien. Es una ley más, que en el artículo 5, 2 permite una eutanasia exprés a las personas que no tengan capacidad de obrar. De hecho, el primer caso que ha llegado a la prensa de aplicación de esta ley, ha sido una mujer que lo dejó escrito 10 años antes, en situación sin capacidad de obrar, a la que se le ha aplicado.

Es curioso para los que denunciamos la pendiente resbaladiza, pues el primer caso es pendiente resbaladiza. Ahora bien, son los medios de comunicación, que más pábulo o más difusión le dan a los casos. No he vuelto a ver ninguna noticia, como si no hubiera ningún otro caso. No sé si es intencionado porque ese caso generó cierta controversia. Sí hay un silencio intencionado de no comentar, porque a ver si se comentan los casos y puede perjudicar a seguir desarrollando la ley.

Hice un cálculo muy fácil de cuántos casos íbamos a tener el año. Porque he oído también decir que van a ser pocos casos. Claro, nosotros hemos copiado, no el modelo suizo, no el modelo de Oregón, hemos copiado directamente el modelo belga y en cierto modo el modelo holandés, que son los más flexibles.

En Bélgica un poquito menos, pero en Holanda el número de casos anuales, teóricamente trasladado a España es un 4 por ciento de las muertes, el 4 por ciento de las muertes anuales en España, tomando en cuenta las muertes del 2019 y 2020, que nunca vamos a saber el número exacto. Además, hay un incremento de muertes en 2020 por la pandemia que generaría un sesgo. Según el número de muertes el año 2019 en España, el 4 % significa 20.000 casos al año de eutanasia y diariamente se estaría aplicando en España 35 a 50 personas.

Tal vez no ahora, pero es la evolución que han tenido en Holanda, en Bélgica, un poco menos. En Bélgica es un 2%. Hablaríamos de en torno a 15-25 casos diarios y unas 10.000 5.000 personas anuales. Digo que los números son importantes porque los porcentajes engañan. Si uno dice un 2% parece que es muy poco; sí, un 2% de un euro es poquísimo, pero un 2% de mil millones de euros es muchísimo dinero y un 2% de quinientas mil muertes, pues es un número de muertes relevante.

Visto un poco el panorama de una ley que es algo confusa, que permite la aplicación de la eutanasia en situaciones de falta de capacidad de obrar. Eso sí, cuando se ha dejado redactado el testamento vital. Pero como hemos visto diez años atrás, una ley que no nos aclara si yo como objetor puedo acompañar o no puedo acompañar. Si es una única alternativa, quién lo ofrece; si es el paciente el que debe decirlo. Hasta este momento, toda una serie de cuestiones.

Vamos a hablar de la objeción ya en la parte final y luego abrimos un turno de preguntas y comentarios. A los alumnos les tengo que explicar en clase, en la facultad de derecho, la objeción de conciencia. Explico en segundo curso la asignatura principal que doy en la facultad, aparte de otras asignaturas de bioética que doy en el grado de derecho sobre derechos fundamentales y libertades constitucionales. Y ahí les toca hablar del derecho a la vida, les toca hablar también de la libertad ideológica y religiosa y por tanto de la objeción de conciencia.



LH n.332

Siempre les digo una cosa: el que resuelva el problema de la objeción de conciencia resuelve el problema, el fundamento del derecho.

Resolver la objeción de conciencia es tan difícil como resolver a qué responde el derecho. De hecho, cuando uno pregunta a alguien sobre qué opina, sobre la objeción de conciencia, si es muy favorable o menos, ya puede saber uno el partido al que vota. Además, si es iusnaturalista o es positivista o si es liberal.

O sea que uno a través de la objeción puede averiguar muchísimas cosas, porque en la base de la objeción está el fundamento del derecho. De hecho, a los alumnos les hago una trampa en clase, les digo: ¿quiénes están a favor del derecho a la objeción de conciencia con carácter general? Y muchos que tienen creencias religiosas dicen nosotros, yo, estoy a favor del derecho a la objeción de conciencia con carácter general.

Entonces les pregunto a continuación ¿Y por qué estudian derecho ustedes? Porque si no creen en el valor coercitivo obligatorio de la norma, es decir que yo, por razones de conciencia, se me puede eximir del cumplimiento de la norma.

Ustedes que no creen en el derecho, porque el derecho, a diferencia de la ética, limita la libertad sobre la base del principio de mayoría, de manera coercitiva. Es lo que distingue al derecho de la ética. Aparte de lo que le estoy diciendo, de manera muy vulgar, es la fuerza de la ley. Es el carácter sancionador en mi decisión contra la ley, mi actuación contra la ley tiene una consecuencia legal. Entonces ellos me dicen que no cabe objeción de conciencia si el derecho exige cumplir con la ley.

¿Qué quiere decir? ¿Que yo no me puedo eximir del cumplimiento de la ley cuando creo que esa ley afecta a unas condiciones, a unos valores o afecta a algo que está más allá de la voluntad de la mayoría? Porque hay que recordar que la mayoría no hace la moral, la mayoría es un sistema procedimental de resolver problemas

complejos, pero lo que dice la mayoría resuelve el problema, pero no está diciendo lo que es la verdad, porque ya lo sabemos, de vez en cuando lo que dice la mayoría y cómo son esas verdades. Los alumnos me dicen que entonces la objeción de conciencia no existe. No podemos admitirla en derecho, es un problema solo para los fetichistas, para los juristas no.

La objeción de conciencia es extraña, en cierto modo a los fundamentos del derecho, porque se basa en el poder coercitivo de la norma, el poder sancionador del que yo no me puedo eximir por mis convicciones de cumplir una ley, que ha sido aprobada por el Parlamento, pero al mismo tiempo es una figura básica en un Estado constitucional.

Para el derecho constitucional, para nuestro constitucionalismo, sobre todo a partir de la experiencia que tuvimos al final de la primera mitad del siglo XX con el nacionalsocialismo, lo importante del derecho no es sólo proteger lo que dice la mayoría, sino proteger a la minoría. Es decir, que la minoría no sea aplastada por la mayoría. Es decir, no excluir, como dice el ex presidente del Tribunal Constitucional italiano.

Nosotros nos manejamos con criterios distintos. La objeción de conciencia es, en cierto modo extraña el fundamento del derecho, porque lo pone en duda, pero al mismo tiempo es una figura clásica del derecho constitucional, porque el derecho constitucional lo que pretende es proteger a la minoría. Para eso está la Constitución. Reconocemos unos derechos en la Constitución para que la minoría nunca sea reprimida o perseguida por la mayoría, porque la mayoría tiene la tendencia en ocasiones de destruir a la minoría, a crear lo que se llama ingeniería social.

Ahí está la paradoja. La objeción de conciencia es una figura extraña al derecho y al mismo tiempo necesaria en nuestro Estado de derecho. Y ahí está la dificultad. La objeción de conciencia per se es una figura compleja, no es una figura fácil. Y a eso hay que añadirle algo

## “Resolver la objeción de conciencia es tan difícil como resolver a qué responde el derecho”

que llama Navarro Valls en un magnífico libro sobre la cuestión de conciencia, el big bang de la objeción de conciencia y encima muy de moda. ¿Por qué?

Porque cuanto más compleja, plural, multi-religiosa, multicultural es una sociedad, más objeción de conciencia. En sociedades muy homogéneas, la objeción de conciencia no existe, porque es raro que se apruebe una ley que pueda afectar a las convicciones de parte de la sociedad, sus valores. En sociedades más complejas, más difíciles de gestionar, es muy normal que haya objeción.

De hecho, uno de los países con mayor multireligiosidad y uno de los países más religiosos del mundo que sea un Estado laico -aquí confundimos laicismo con presencia de la de la Iglesia en determinados lugares- es Estados Unidos de América, que es un país laico, pero que el presidente tiene que jurar el cargo delante de la Biblia. Si no, no se entendería -lo que es curioso en un país laico- y así lo han hecho todos los presidentes. Estados Unidos es un país donde la objeción de conciencia ha tenido siempre mucha relevancia. [El Tribunal Supremo de Estados Unidos](#) está permanentemente enfrentándose a la objeción de conciencia. ¿Por qué? Porque es una sociedad muy compleja, muy plural, muy diferente.

Por lo tanto, en España, si nuestra sociedad cada vez es más plural, vamos a tener cada vez más objeción de conciencia. Y, además, la objeción de conciencia, como hemos visto, es una figura paradójica, muy propia, pero también impropia en el derecho. El derecho está lleno de paradojas, como la vida en general. Luego, la objeción además va por barrios. Es decir, la objeción de conciencia no gusta hasta que a uno le afecta.

Tradicionalmente, la objeción de conciencia ha sido vista en España, como clerical y conservadora, y, de hecho, históricamente, determinados movimientos políticos se han mostrado muy reacios a la objeción porque creen que era una expresión de clericalismo. Lo digo con toda

sinceridad. Y alguien puede no compartirlo, pero yo siempre lo he visto así. De manera que ir en contra a la objeción de conciencia es hacer en cierto modo anticlericalismo, porque sabemos que por ahí se puede atacar a la Iglesia.

Pero claro, llega un momento en que la cuestión de conciencia lo ejercen también otros. Os pongo un caso: en España hace casi diez años se aprobó un decreto-ley que fue muy polémico en el contexto de la crisis del 2008. Un decreto ley por el que se alteraba en cierto modo el sistema público de salud. Como es el decreto-ley en el que se limitaba el derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes, sin papeles, sin documentación.

Desde mi punto de vista, fue un decreto muy desafortunado y de hecho siempre defendí que era inconstitucional, aunque entendí por qué se hizo ese decreto.

Las razones por las que se hizo las entiendo perfectamente, pero creo que se explicó mal y se construyó mal la solución y ese decreto ley, considero que era inconstitucional, pese a que el Tribunal Constitucional dijera que es constitucional. Por lo tanto, hoy por hoy es constitucional. Limitaba el derecho a la asistencia a los inmigrantes sin papeles. Y algunos médicos objetaron ese decreto-ley porque a lo que les obligaba para con esos inmigrantes, sin papeles en determinadas prestaciones, era a cobrarles, a que tuvieran una especie de seguro para que tuvieran que pagar. Tampoco era un precio muy alto, pero tenían que pagar.

Algunos médicos dijeron que ellos iban a objetar y que iban a atender a los inmigrantes sin papeles sin cobrarles. Iban a objetar al cumplimiento de la norma. Y claro, eso muchas personas, compañeras más que se habían pronunciado de manera reiterada en contra de la objeción de conciencia en relación al aborto, la eutanasia, empezaron a defender la objeción de conciencia.

Sobre la objeción de conciencia hay que tener coherencia. Con la objeción de conciencia, no

nos gusta para nada, o nos gusta. Lo que no puede ser es que, si la objeción de conciencia se sitúa en una clave, sí y, si se sitúa en otra clave, no. De hecho, si ven el informe del Comité de Bioética de España, empezamos hablando de esto. Para hablar de objeción de conciencia hay que ser coherente. Y lo hacemos realmente a propósito para que se vea que no se puede opinar sobre la objeción sí o no, en función de a qué afecta.

### 3/

## La objeción de conciencia institucional.

¿Por qué hicimos el informe sobre sobre objeción de conciencia? Nos preocupaba una vez hecho el informe, no sobre la ley presente, sino sobre el final de la vida. Nos preocupaba cómo está evolucionando en cuanto a la regulación, el desarrollo de la ley. Nos está preocupando el ámbito de la objeción, porque veíamos que la aplicación de la ley iba a plantear muchos problemas en un ámbito, además, que los problemas pueden generar un impacto enorme.

Lo que a mí más me preocupa son los pacientes. Si comparamos el aborto, con la eutanasia, hay una diferencia importante. El papel de la Iglesia en el ámbito del final de la vida es muy relevante. Hay muchísimas instituciones. Conozco a los Camilos, estuve visitando uno de sus centros. He trabajado mucho y sigo trabajando con San Juan de Dios.

También he colaborado, me han pedido algún informe interesante las [Hermandades Hospitalarias](#) en el ámbito del final de la vida. Es un ámbito en el que la Iglesia está muy presente y viene prestando un magnífico servicio de cuidados paliativos y ámbito final, y del

inicio de la vida que es diferente. Los servicios de ginecología y obstetricia existen en algunos hospitales de la iglesia, pero no es tanto el impacto.

Por lo tanto, si esta ley y una limitación excesiva a la objeción de conciencia tiene un impacto en esos servicios que prestan en muchas instituciones de la Iglesia, esto va a acabar deteriorando mucho la asistencia a los pacientes. De hecho, es una reflexión que compartía en

La Granda con el señor [Martínez Camino](#). Recuerdo que me dijo que le había parecido especialmente interesante la reflexión; que él no había reflexionado sobre eso y se había dado cuenta de algo que le llamaba la atención y era importante no tenerlo en cuenta. Imaginaros que en una institución no permitimos la objeción institucional -la persona jurídica-, sólo pueden objetar los médicos. Por lo tanto, ni la [Orden de San Juan de Dios](#), ni en el [Hospital Centro Laguna](#), ni las [Hermandades Hospitalarias](#), ni los [Camilos](#) pueden hacerlo. Tan solo sus médicos.

En estos hospitales en un determinado momento, -cuando la Consejería tiene que renovar los contratos-, se da cuenta que estos hospitales están prestando unos magníficos servicios en el ámbito del final de la vida, pero no están dando al final la eutanasia. Alguna Consejería, no digo todas, podría tener la tentación de sustituir el concierto y contratar a otra empresa y, tal vez, llega algún fondo privado, que a veces llegan a sitios a los que no sé si deben llegar.

Llegan y, algún fondo privado decide montar unos servicios a menor coste. Van a atender al final de la vida y van a incluir la prestación de la eutanasia, que además a determinados negocios que valoren todo desde el punto de vista utilitarista, puede ser bueno porque supone una reducción de costes, aplicar la eutanasia, frente a los cuidados paliativos. Ahí el gran perjudicado sería el paciente. Se podrían encontrar en una situación realmente tremenda.

Esto es una hipótesis, pero tampoco yo creo que sea absolutamente descartable.

¿Qué pretende la objeción de conciencia institucional? Pues realmente no digo blindar, porque esa palabra no me gusta, pero sí garantizar. Que quienes están prestando de manera extraordinaria el servicio, lo puedan seguir prestando pese a esta ley, sin la necesidad de ofrecer la eutanasia. A mí me preocupa, me ocupa y me ha preocupado mucho esto, pero no lo hago desde el punto de vista, como alguno me puede acusar de defensa a la Iglesia, porque esté en una institución, en una entidad de la Iglesia. Es que me preocupo por los pacientes.

Tuve la experiencia de padecer hace 37 años un cáncer con un pronóstico de 6 meses de vida. Llevo 37 años viviendo a préstamo. Como digo, siempre de broma, sé un poquito de lo que es el final de la vida y sé lo que es por la importancia de unos buenos cuidados, una buena ayuda. Por lo tanto, me preocupa.

Pensamos que la objeción de conciencia institucional debe servir realmente para proteger. A las instituciones que vienen prestando sus servicios de manera extraordinaria.

No se podría construir algo cuando dogmática, jurídicamente fuera imposible. Pero algo que me ha sorprendido es la permanente negación de la objeción de conciencia institucional, como si la objeción de conciencia sólo pudiera ser individual. Lo he escuchado de manera permanente a compañeros míos, pero casi nunca, se acompaña la denegación de la objeción de conciencia institucional de un argumento sólido.

Siempre se comenta que la conciencia sólo es individual, no es de una institución. Eso de que objete un hospital, un servicio, una institución me suena rarísimo. Pero dadme un argumento más allá. También en la vida hay cosas que me suenan rarísimo y se están convirtiendo en derechos. Hace años en un congreso en Coímbra, hablé de eso, dije que había algo que no me cuadraba de la negación.

Entonces el argumento fundamental, es un argumento casi lingüístico o conceptual, la conciencia es individual. Por tanto, vamos a reconocer la conciencia de la persona jurídica. Creo que ese argumento tiene dos objeciones para mí y es cuanto recogemos en el informe.

Sus objeciones para mí, clarísimas. Una es conceptual, la misma que se maneja para defender, que no cabe objeción de conciencia institucional, yo la manejo para lo contrario y otra claramente jurídica. Por tanto, para mí no existe ningún argumento ahora mismo, que permita rechazar la objeción de conciencia institucional. Pero también vamos a situarla en su sitio clave, porque también podemos entrar aquí en un uso no ponderado, en un uso excesivo o no contextualizado o no adecuado, la objeción de conciencia institucional.

Primera objeción al rechazo a la objeción de conciencia institucional o conceptual o lingüística nos dice que la conciencia es individual. Frases como sobre la conciencia del pueblo alemán, pese al genocidio, las he visto escritas miles de veces. ¡O sea que el pueblo alemán tiene conciencia, pero los hermanos de San Juan de Dios, no!

Segundo, ¿qué es la responsabilidad social corporativa que pregonan las empresas, si no es conciencia de la empresa? El Diccionario de la Real Academia, al definir conciencia, es verdad que lo define inicialmente en clave individual, pero usa como ejemplo gente sin conciencia.

No individuos sin conciencia de colectividad y, además, es muy curioso, una ley que a lo mejor alguno conoce, la ley de Memoria Histórica, habla en su preámbulo de la memoria colectiva. Esta ley pretende recuperar la memoria colectiva, es decir, ¿la memoria es colectiva y la conciencia individual?

Pero si la memoria es un elemento de la propia conciencia, mi conciencia se configura también a partir de la memoria. Por lo tanto, si la memoria es colectiva y así lo reconoce el legislador,



LH n.332

¿cómo niega que la conciencia sea colectiva? Sería un argumento lingüístico. Es decir, no existe ningún argumento ni en el uso habitual del lenguaje ni en el propio diccionario de la Real Academia que nos defina el lenguaje, el significado, las palabras, que excluya la conciencia de la colectividad.

Pero luego, hay un argumento jurídico constitucional de mayor calado: primera idea, en nuestro derecho desde finales de los años 80, en España, hay una corriente imparable, -que además supuso un cambio importante respecto a una primera situación a principios en los 80 que hubo ciertas dudas-, que le reconoce a las personas jurídicas la titularidad de prácticamente todos los derechos fundamentales, aunque la Constitución no se los atribuya.

Por ejemplo, el derecho a la intimidad era un derecho que sólo les correspondía a las personas físicas y el Tribunal Constitucional hace años dijo que la intimidad también es de las personas jurídicas. El honor también es de las personas jurídicas. El domicilio, también puede corresponder a las personas jurídicas. Pero, el caso del honor es emblemático.

¿O sea, las personas jurídicas tienen honor? ¿San Juan de Dios tiene honor, pero no tiene conciencia? Hay un caso que recordaréis todos, el caso de [Violeta Friedman](#). V. Friedman es una persona que estuvo en un campo de concentración y que, vive en España y escucha, lee las declaraciones en una revista, (en la revista *Tiempo*) de un presunto ex alto cargo del partido nazi en un país europeo, en Alemania, un país europeo ocupado por los alemanes, que habla sobre el **Holocausto** diciendo que ¡ojalá que volviera un führer!, que en el Holocausto ¡no murieron tantos judíos! Es una sarta de animaladas y ella presenta una demanda, no en su nombre, en nombre del pueblo judío.

Pide al tribunal que a esta persona se le obligue a no volver a hacer nunca ninguna declaración en contra del pueblo judío, porque dice que atenta al honor no de ella, sino del pueblo judío.

Ella actúa en nombre del pueblo judío y el Tribunal Constitucional, -es posiblemente la sentencia española más conocida a nivel internacional-, y lo he comprobado en varios países del mundo, donde permanentemente se cita.

Esa sentencia dice que el pueblo judío tiene derecho al honor. Con eso se inicia, o sobre todo se refuerza un camino de reconocimiento casi general de los derechos a las personas jurídicas. Podemos decir que, en nuestro ordenamiento jurídico, para que a una persona jurídica se le niegue un derecho, el que lo niega tiene que demostrar por qué, no la persona jurídica.

Tiene que ser el que niega quien justifique por qué, y no la institución justificar que tiene derecho. Rige en nuestro derecho un principio, una presunción a favor del reconocimiento de los derechos de las personas jurídicas. Está reconocido en múltiples sentencias del Tribunal Constitucional.

Segundo, hay que recordar que Tribunal Constitucional dice que la objeción de conciencia está reconocida frente al servicio militar. Deriva directamente del artículo 16 de la Constitución que dice la objeción de conciencia es una expresión de los derechos consagrados en la Constitución. El [artículo 16](#) regula la libertad ideológica, la libertad religiosa y el artículo 16 habla de las comunidades, la libertad religiosa de las comunidades.

Si la objeción de conciencia y la libertad ideológica corresponden no sólo a la persona física, sino a la persona jurídica, a los partidos, es decir, la objeción de conciencia se enmarca o deriva de dos derechos clásicos de persona jurídica ¿cómo negamos, por tanto, la objeción de calidad de la persona jurídica cuando la gente concede garantía de los derechos clásicos de persona jurídica?

Si le estamos reconociendo derechos a personas jurídicas, -aunque de la Constitución no se deduzca claramente- ¿cómo vamos a negar la objeción de conciencia a la persona jurídica, cuando la Constitución usa la palabra comu-

“Lo importante es hacer ver a esa persona lo que pide realmente, lo que quiere... O si yo, aún siendo objetor, puedo ofrecer acompañarla o no, o puedo decirle que se lo piense”

nidad, reconoce la libertad religiosa, las comunidades y reconoce la libertad ideológica a los partidos y asociaciones?

Os comento un caso interesante del año 96 contra la Orden de San Juan de Dios, donde un auxiliar o una enfermera auxiliar de enfermería sale a un pasillo a amonestar, a regañar a un sacerdote que en el pasillo del hospital, con algunos pacientes y familiares, está celebrando una especie de procesión en mitad de Semana Santa, van todos cantando y la auxiliar sale al pasillo, le regaña y le dice que es una vergüenza lo que está haciendo, que por favor guarde silencio, que está molestando a los pacientes.

El sacerdote le dice que están celebrando un acto religioso y le contesta que no es el lugar. Hay un pequeño enfrentamiento y al final la institución sanciona al auxiliar de enfermería y esta acaba recurriendo al Tribunal Constitucional. Se dicta una sentencia en la que le da la razón a la auxiliar de enfermería. Es curioso que ese caso lo pierda San Juan de Dios, pero le puede venir bien, para ganar la objeción de conciencia institucional.

Hay que recordar que no solo los centros de la Iglesia tienen ideario, sino que también los hospitales de la Iglesia tienen ideario. Y que San Juan de Dios, como institución hospitalaria y como hospital, tiene un ideario. Pero en este caso es un ideario que obliga a sus trabajadores. Y en este caso, la auxiliar de enfermería no ha atentado a ese ideario.

Lo que ha hecho no es ir en contra del ideario, lo que ha hecho es intentar garantizar determinados derechos de sus pacientes, porque pensaba que se estaba actuando de manera incorrecta. Si hubiera ido en contra del ideario, la sanción hubiera sido correcta porque queda sujeta a él. Con esto nos está diciendo en el fondo que, si una situación de un ideario tiene conciencia, es porque la conciencia es ideario en esa sentencia.

El año 2016, hay sentencia del Tribunal Constitucional sobre el siguiente caso: una afiliada

en Asturias del Partido Socialista, enfadada con la orientación que está tomando la dirección del Partido Socialista en Asturias, publica en el periódico de Asturias [la Nueva España](#), varias tribunas o cartas al director criticando de manera muy dura al Partido Socialista en Asturias. La afiliada es expulsada por no respetar a la dirección y al ideario del Partido Socialista, el Partido Socialista tiene ideario. Por lo tanto, es una colectividad que tiene conciencia y la sentencia dice, -no estamos hablando de objeción de conciencia-, hablamos de idearios.

La asociación no solo crea una asociación como un partido, un vínculo jurídico entre los asociados, sino también una solidaridad moral basada en la confianza recíproca y en la adhesión a los fines asociativos. Por lo que no puede descartarse que alguien que va en contra de esos fines y que actúa de manera insolidaria pueda ser expulsada del partido.

Se le reconoce al partido una potestad disciplinaria para proteger sus fines sociales, su ideario, que, además, tiene que limitar el libre ejercicio de derechos de los afiliados, y los afiliados asumen el deber de preservar la imagen pública de la institución a la que pertenecen y tienen un deber de lealtad, colaboración positiva a la misma, y que los comportamientos incompatibles con los principios y fines de la organización pueden acarrear la sanción.

Esto lo dice literalmente el Tribunal, es decir: un afiliado al Partido Socialista está obligado a respetar el ideario, no confrontar, a ser leal, colaborar, y en cambio, no se permite la objeción de conciencia institucional. Esto, si no es una contradicción, un oxímoron, es que estaré muy equivocado. Por tanto, existen precedentes que permiten construir que la objeción de conciencia institucional, no es que haya que admitirla, tenemos que reconocerla en nuestro sistema constitucional.

De hecho, si vamos al derecho comparado en varios países, empezando por Estados Unidos, cuna de la objeción de conciencia desde la pers-

pectiva constitucional, sea reconocido. **Holly Lobby** es una institución de la Iglesia.

Que se dedica sobre todo a la venta de productos artesanales y que, al incorporarse al seguro de salud de **Obama**, seguro de salud **Obamacare**, para que una empresa participara y recibiera los beneficios tenía que asumir una serie de prestaciones que tenía que dar obligatoriamente a sus asegurados trabajadores. Y **Holly Lobby**, lo que no quería dar, -entre esas prestaciones que el seguro de Obama obligaba a dar-, era la prestación de preservativos y la píldora anti-conceptiva.

**Holly Lobby**, como es obvio esgrimió su libertad religiosa diciendo que daba todo tipo de prestaciones, pero que, por su ideario -estamos hablando una empresa de producción de actividades artesanales, pero con un claro origen religioso y además fundacional- no lo hacían por su ideario y por eso objetaba. Querían participar en el programa, pero objetando esas dos prestaciones, el Tribunal Supremo le dio la razón a **Holly Lobby**.

Eso sí, estableció una diferencia interesante. No es lo mismo una sociedad mercantil, -que tal vez en su ideario fundacional no se ha mostrado contraria a la eutanasia, porque el Consejo de Administración puede no tener ese ideario fundacional-, que una institución de la Iglesia o una institución que, en su fundación, que puede ser también laica, secular, recoge como valor el proteger la vida y no permitir la eutanasia.

Por lo tanto, traslado a España estos casos de derecho comparado. Si el gran país de la eutanasia lo reconoce, ¿por qué aquí no vamos a reconocer? Esto era un poco lo que os quería contar. Los argumentos que os digo no son ideología ni moral, son argumentos constitucionales que por ahora mucha gente me ha criticado, pero curiosamente casi nadie me ha contradicho.

## 4/

### Sobre el registro.

Vamos a cerrar con el tema del registro. También decimos algo en el propio informe. Hay algo también del registro, porque hay que recordar que, en la ley del aborto, la Ley Orgánica 2/2010 no se regulaba el registro. Es algo que hace en su momento Navarra, que el propio Tribunal Constitucional lo valida.

Al sancionar esta sentencia dice mucho sobre el registro y cómo debe ser. Hay algo insólito en el registro, que se deban registrar quiénes no y no quiénes sí, porque de hecho yo lo digo un poco de broma, cuando yo le digo a un alumno que quiere hacer esta práctica, no digo nunca que alumnos no quieren hacerla y digo a quiénes quieren hacerla. Si hay que organizar el servicio, lo normal sería saber quiénes están dispuestos a prestar algo y no quienes no, porque además esto tiene un problema práctico importante.

Es verdad que, como decía al principio, hemos convertido por culpa de la de la pandemia y por el poco tiempo que tenemos para pensar, buscar espacios de reflexión, por el impacto de las crisis que tenemos, hemos convertido todo dicotómico. Es verdad que la eutanasia no es absolutamente dicotómica. Hay casos concretos, hay situaciones difíciles.

Por eso yo citaba como punto de equilibrio su intermedio de acción, la sedación paliativa en sufrimiento existencial, refractario al trabajo de ahora. Eso es que me parece muy atractivo porque abre un curso intermedio, vamos a abrir una vía para resolver un problema de no dejarlo sin resolver o ir por la vía rápida que es la eutanasia, sino un trabajo mucho más constante, mucho más complejo, más difícil, pero también mucho más humano. Entonces aquí también estamos un poco con el tema del registro. Hay gente, hay médicos

que se pueden plantear lo siguiente: yo estoy en contra de la eutanasia, por tanto, me inscribiría, pero es verdad que, en algún caso concreto, algo que a lo mejor se quiera hacer ver, que nos va a pasar es algo que en mi práctica lo estamos haciendo de acciones en casos extremos. Entonces yo ¿qué hago? ¿me inscribo o no me inscribo? Porque aquí, si esto fuera de blanco o negro, bien, pero hay grises.

Depende del paciente, depende del contexto y depende a qué llamemos eutanasia. Porque tampoco la gente sabe lo que es la eutanasia.

La gente no sabe diferenciar eutanasia de cuidados paliativos, incluso entre profesionales. Y me lo han dicho el presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, a veces hay confusión, -no digo hasta los oncólogos-, entre muchas personas hay muchísimas dudas.

Me hubiera gustado un registro de personas que quieren practicar la eutanasia. Si las personas quieren practicar la compasión, ¿por qué no se hace así? Porque se sabe que tal vez no se inscribe casi nadie. Eso no es coherencia, es estrategia. Es un poco el mundo al revés.

Algo que habría que plantearse sobre el registro. Hay una cosa buena también que el manual en eso lo ha hecho bien. Dice que la objeción es tan compleja que hay que permitir la objeción sobrevenida. A mí no me gusta buenas prácticas, pero sí que permita en principio la objeción sobrevenida decir que lo del registro, la declaración previa de objeción es, digamos, una intención, pero que dice que es un proceso tan complejo, tantas dificultades, tantos matices, que no podemos pensar que solo el que se ha inscrito puede objetar que hay que permitir también la sobrevenida.

Pero yo creo que habría que trabajar, en hacer un registro de las personas que quieren practicar la eutanasia si tanto gusta a la sociedad, si tanto la apoya, si a tantos profesionales gusta ¿por qué no es un registro positivo? Estaría lleno de gente que quieren practicarla. También es una paradoja.

## 5/

### Sobre el acompañamiento.

En este tema que una institución de la Iglesia traslade a un paciente para que se le practique la eutanasia, estando la institución en contra y ellos no practicándola por haber objetado la institución. Tampoco veo que incumpla nada, porque en el fondo tampoco la institución puede impedir un alta voluntaria. Alta voluntaria puede pedir el paciente para lo que quiera. Por lo tanto, tampoco veo que haya problema en acompañarlos.

Significa favorecer al revés, significa estar ahí para ayudar a tomar la mejor decisión. Y esto, por si sirve, es una reflexión que llevamos haciendo en el Comité que os traslado, por si os sirve, pero no es nada fácil.

Me gusta distinguir y lo digo con todo el respeto a los sanitarios, que me he pasado media vida en tribunales defendiendo a unos y colaborando, ayudándoles. Hay que distinguir entre vulnerabilidad y precariedad. La caridad es contextual y la vulnerabilidad nunca la vamos a resolver por la precariedad.

Hay una ley en un contexto de precariedad, con las dificultades de sostenibilidad del sistema público que puede avanzar hacia mayor precariedad. Pero todos sabemos que el sistema público se sostiene en un gasto X que supone el 9,6 por ciento del PIB para el capítulo de personal. Eso lo sabemos si la gestión es buena, pero es que sobre todo ahorramos en personal.

Entonces, cuando yo enfrente el derecho del objetor a su libertad religiosa y el derecho de la persona a recibir la prestación, hay un punto intermedio que es: no te voy a dar la prestación, pero yo te voy a dirigir a la persona que te va



LH n.332

a informar. Lo que yo no te voy a ocultar es donde debes ir. Yo no te puedo informar porque objeto, pero sí te voy a derivar a la atención al paciente o vet a este servicio.

Por eso hemos hecho en parte el informe, porque nos parece que una figura tan clásica del derecho constitucional que lo que pretende es proteger a la minoría, que sabemos que la mayoría tiene la razón, pero no, la verdad que en ocasiones hay tiempos insólitos en los que la mayoría acaba haciendo cosas que no debe hacer.

Si empezamos a recorrer un camino de poner en duda la objeción de conciencia, estamos poniendo en riesgo a nuestro estado constitucional. Y por eso el informe, por ayudar a esas minorías a que puedan ser respetados sus derechos, igual que el derecho que tiene una persona recibe una prestación, sea reconocida, pero hay que buscar el punto intermedio.

Me preocupan mucho las declaraciones que he escuchado y algunas cosas del Consejo de Europa que también he escuchado, que es negar, porque parece que la libertad ideológica religiosa ya no son derechos fundamentales. Claro que lo son. De hecho, son de hecho en la Constitución. Son los segundos después del derecho a la vida, a la integridad. O sea que algo de valor debe tener cuando el Constituyente los ha redactado como segundo derecho.

Hay cosas del manual de buenas prácticas que a mí no me han gustado, pero es verdad que en el tema la objeción ha habido cierta prudencia. Sigue insistiendo que la objeción es individual, lo cual no me gusta como queda dicho.

Sigue insistiendo en el registro negativo o positivo. Pero el final de la vida es un proceso tan complejo que puede ser que alguien pueda tener una idea sobre la eutanasia, que luego cambia completamente en el caso concreto.

Desde aquí se hace una llamada a que nadie se inscriba. Es bueno esperar a que se dé un caso para valorar realmente de qué estamos hablan-

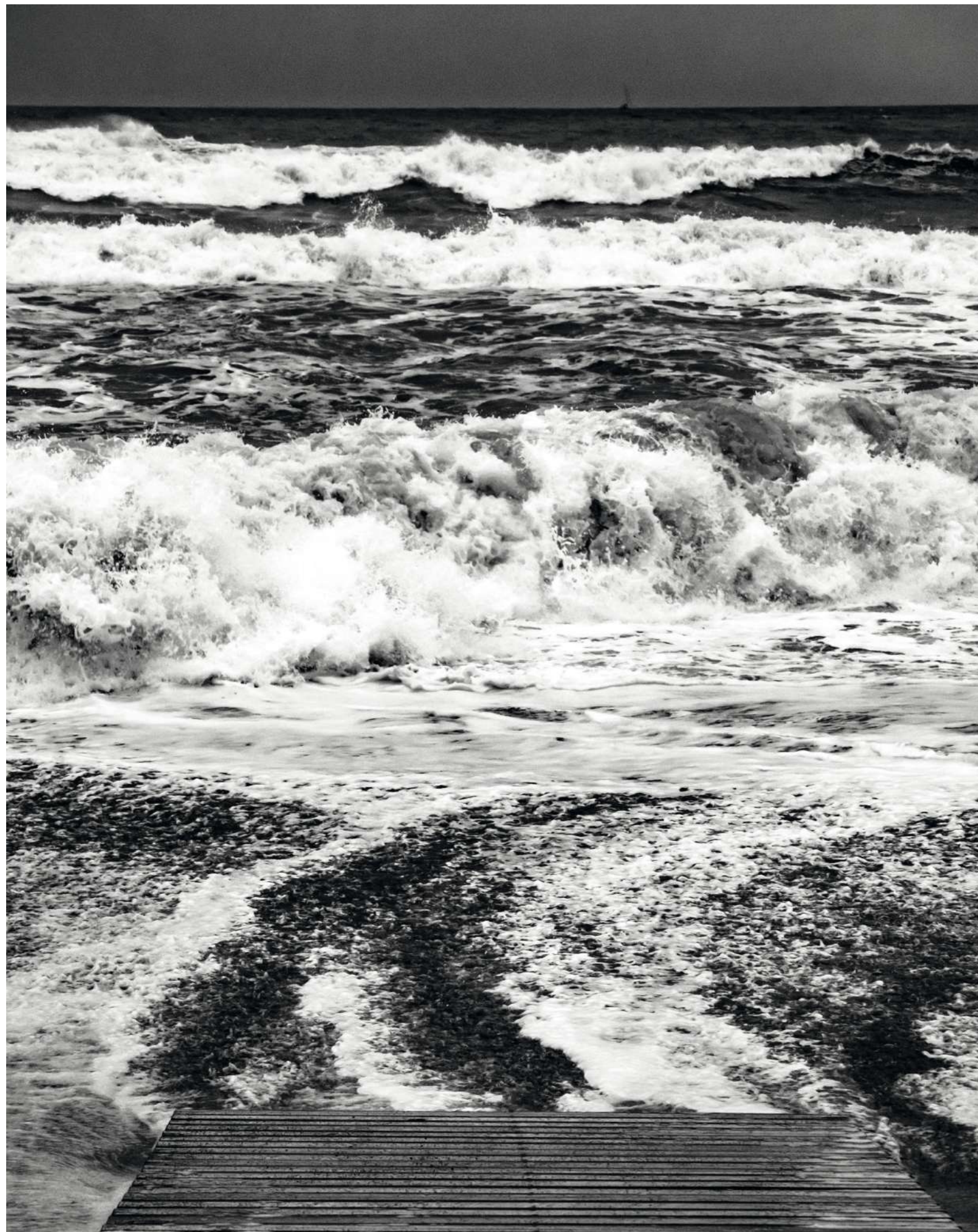
do. Se va a hablar de actos, eutanasia, actos que se hacen en la práctica normal en muchísimos hospitales como la sedación. Hay mucha confusión sobre esto, es uno de los problemas que la ley solo entra como la medida única frente al final de la vida, la eutanasia. En los hospitales vemos que la familia a veces, ni entiende, a veces parte de unos prejuicios o de unas normas que no sabe de dónde vienen. Todo esto está bien explicado en el informe.

No somos capaces de construir un derecho a morir. Me parece una contradicción en sí misma, ya que claramente creo en la Constitución se reconoce, en el artículo 15, el derecho a la integridad física, el derecho a no sufrir.

Tenemos derecho a no sufrir. El paciente tiene derecho a exigir aquellas medidas que le ayuden a no sufrir. Por lo tanto, los cuidados paliativos no es una facultad del médico, es un derecho del paciente.







04/

## ¿Es posible una vocación médica hoy?

### ¿Es posible una vocación médica cristiana hoy?

**M<sup>a</sup> Pilar Núñez-Cubero,**  
Ginecóloga y profesora de Bioética.

El Grupo “Mater Care”, que reúne a los Obstetras y Ginecólogos de la Federación Internacional de las Asociaciones Médicas Católicas tuvo a bien dedicar su sesión bianual en 2019 al análisis de la decisión de ser médico hoy, interrogándose sobre si sigue siendo una vocación, como siempre se ha considerado, o se ha convertido en una atracción ante el desarrollo y aplicación de las nuevas tecnologías y el manejo de otros valores que den más importancia al éxito de la técnica que a la humanización de la asistencia al enfermo. No en vano escribía Mons. José Luis Redrado OH: «nuestros Hospitales son, hoy día, templos de la ciencia y de la tecnología, y muchas veces no están centrados en los enfermos sino sobre otros intereses, al punto que la investigación parece pasar sobre ellos. La gran cuestión que se plantea es: ¿Hay que hacer todo aquello que la ciencia y la tecnología nos ofrecen hoy? ¿tiene límites la ciencia? Hemos de hacer aquello que puede servir mejor a las personas y especialmente a los enfermos<sup>1</sup>».

Tenemos que preguntarnos si no se ha pasado del espíritu del Buen Samaritano, al de un “cyber doctor”, o al de un transhumanista para quien todo está permitido con tal de llegar a eliminar todo sufrimiento y conseguir una vida sin muerte y, si no ha llegado el momento de reflexionar sobre la necesidad de pasar de la medicina basada en la evidencia a un arte médico centrado sobre el enfermo, a una medicina totalmente centrada en la persona.

*Palabras clave: Vocación, Medicina, Paciente, Ética.*

The “Mater Care” Group, which brings together the obstetricians and gynaecologists of the International Federation of Catholic Medical Associations, saw fit to devote its biennial meeting of 2019 to an analysis of the decision to be a physician today, asking whether this profession continues to be vocational, as it has always been considered to be, or whether it has become a profession chosen for the attraction exerted by the development and application of new technologies, and for other values that attribute greater importance to the success of technology than to the humanisation of patients’ care. It is with good reason that Msgr. José Luis Redrado OH wrote: “Today our hospitals are temples of science and technology, and often they are not focused on patients but rather on other interests, to such a point that research would appear to take precedence over them. The question is this: Must we do everything that science and technology make possible today? Is science subject to any limits? Our duty lies in doing what may best serve people and especially patients.”

We must consider whether we have gone from the spirit of the Good Samaritan to the spirit of the “cyber doctor”, or to that of the transhumanist for whom everything is permissible as long as one succeeds in eliminating all suffering and in achieving a life without death. Moreover, we must consider whether the time has come to reflect on the need to move from evidence-based medicine to a patient-centred practice of medicine – a medicine that is wholly focused on people.

*Key words: Vocation, Medicine, Patient, Ethics.*



## 1/

### Situación actual: Medicina, Ciencia y Sociedad en el Tercer Milenio.

Hace años toda vocación era una llamada, ligada al cristianismo, la llamada de Dios. Martin Lutero y John Calvino enfatizaron la importancia de todo trabajo como algo a lo que una persona era llamada por Dios. Se tenía la idea de que el trabajo de toda persona -en nuestro caso la medicina- era una llamada real.

Las características de una llamada de este tipo quieren decir, que una carrera de medicina tiene menos que ver con una realización personal y más con una respuesta a una necesidad y una exigencia a contribuir al bien común. Una mentalidad centrada en “nosotros” o en la “sociedad”, en lugar de en mí, en el yo.

Pensando en esta generación, algunos creen que parece que hoy esta actitud se ha perdido... Entre los estudiantes, residentes, médicos jóvenes, las conversaciones sobre la carrera de medicina parecen centrarse en uno mismo: ¿cuánto dinero voy a ganar?, ¿cuánto prestigio voy a alcanzar?, ¿qué estilo de vida voy a poder

tener?, ¿me voy a realizar? Hace ya algún tiempo que la profesión médica ha dejado de ser una profesión liberal para seguir un modelo administrativo, regido incluso por convenio. El tema que más preocupa parece ser el “yo”.

Antes, la medicina era el medio para ayudar a las personas, ahora no. Esto está ligado a un entorno sociológico más amplio que enfatiza la autorrealización personal y la autonomía individual por encima del bienestar colectivo.

Robert Bella en su libro (**Habits of the Heart**) escribe:

“We have put our own good, as individuals... ahead of the common good”  
 (“Hemos puesto nuestro propio bien, como individuos... por encima del bien común”).

Y esto es un problema especialmente agudo en medicina, ya que no estamos cuidando las finanzas o los productos de la gente, sino que estamos cuidando a personas en un momento de vulnerabilidad.

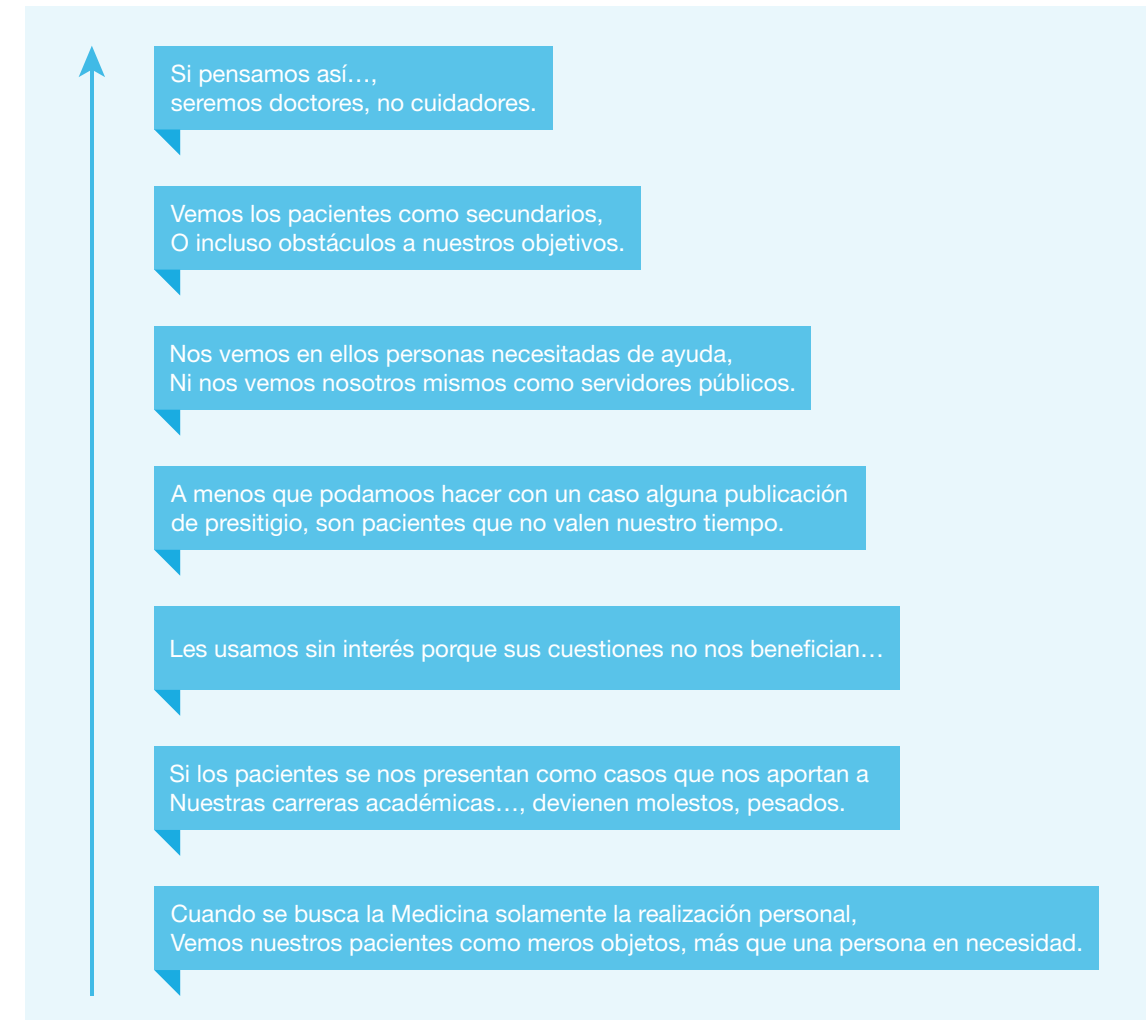
La Medicina es un puesto donde se consigue dinero y prestigio. Es una actividad fácil para buscar el beneficio propio, pero es una profesión especialmente peligrosa, en la cual buscar esas posibilidades puede tener repercusiones y llevarnos a un cuidado inapropiado de las personas vulnerables a las que hay que servir.

Se da un camino ascendente: Cuando se busca la medicina solamente para una realización personal, vemos a nuestros pacientes como meros objetos más que como a personas en necesidad. Si los pacientes se nos presentan como casos que no nos aportan un interés para nuestras carreras académicas... devienen molestos, pesados, y los usamos sin interés, porque sus cuestiones no nos aportan un beneficio, a menos que podamos hacer con su caso alguna publicación para aumentar el currículum.

1. Discurso de Mons. Redrado (Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios) con ocasión de los 25 años de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas, enero 2012.

Son pacientes que no valen nuestro tiempo. No vemos en ellos personas necesitadas de ayuda, ni nos vemos a nosotros como servidores públicos, más bien los pacientes se nos vuelven

un punto de interés secundario, incluso un obstáculo para nuestros objetivos. Si pensamos así..., **seremos doctores, no cuidadores:**



Si queremos una generación de médicos que verdaderamente cuide, tenemos que cambiar la cultura de la “**medicina y yo**” por otra de “**medicina y pacientes**” y nuestra función de ayuda.

Bellah sabiamente dice, tenemos que retornar a “**La idea de trabajo como contribución al bien de todos, y no meramente como un medio a nuestro propio progreso**”. Si hoy reconsideramos profundamente, el porqué de la medicina, a lo mejor encontramos en nuestros corazones, un deseo genuino de estar siempre ahí, por nuestros pacientes.

## 2/

### Vocación.

Habría que establecer la diferencia entre **profesión** y **vocación**:

- **Profesión** es un tipo de trabajo que requiere formación profunda, moderna y experiencia

práctica o habilidades. Ejercer como un profesional, realmente quiere decir que uno ha de hacer lo que otros piensan que eres capaz de hacer, con competencia, y por ello mereces respeto. Dependiendo del lugar de trabajo y del tipo de éste, puede presentarse de formas diferentes, y normalmente el trabajo profesional va sellado con una u otra forma de contrato.

- **Vocación** es la ocupación a la cual uno siente, fuertemente, la necesidad de dedicarse, independientemente de ganar dinero o de otros beneficios. La vocación personal debería ser aquello a lo que uno se siente impulsado a hacer porque eso da un sentido profundo a su vida. Un tipo de trabajo que uno siente que está obligado a hacer y al cual dedica la mayor parte de su tiempo y de sus energías. Para trabajar en medicina, uno debería tener **vocación para ello**. Vocación que implica ser “**rigurosamente científico, profundamente humano, y éticamente correcto**”, ya que es el destino ideal, la misión específica que cada persona ha de ser y ha de hacer en su propia vida,



Algo en nosotros que pugna por realizarse y que choca con nuestro entorno -alma, cuerpo, mundo social, naturaleza- para que éstos le dejen “ser”, realizar su misión (Ortega y Gasset).

Una llamada a un cierto modo de existir, lo que sentimos “**tener que ser**”, la tarea o proyecto de existencia que hay que realizar.

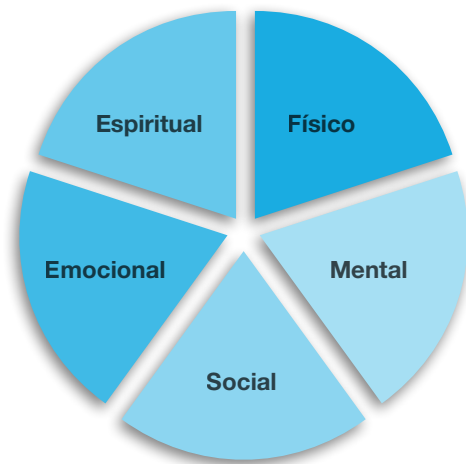
El primer signo de la vocación personal es amor, que lucha y vence las dificultades en contra, que intentan alejarle de dedicarse a ello y realizar su vocación, como la tarea personal ineludible.

### 3/

## Vocación médica.

La vocación médica, supone ese deseo interior y ese amor contra toda dificultad, ya que necesita de todos los niveles de interpretación (literal, moral, alegórico, y analógico) para conseguir un verdadero **encuentro médico-paciente**.

En el primer encuentro, el médico tiene que evaluar la situación del paciente, la verosimilitud de sus términos, las imprecisiones en su expresión y la fidelidad narrativa, para utilidad del paciente y crear empatía. Y al mismo tiempo explorar los valores del paciente. Sin olvidar que la persona humana es una unidad, no un conglomerado de cinco componentes.



Tras el primer encuentro, ha de seguir el **camino de la razón para llegar a conocer la verdad: la realidad del paciente en lo físico, lo mental, lo social, lo espiritual y lo emocional (Zubiri)**, confrontado siempre con un sistema de referencias, para ir señalando algunas posibilidades de diagnóstico y de diagnóstico diferencial y comprobando la veracidad de esas posibilidades (evidencia).

Y después de ello, venir al **camino de la moral** para contrastar si hay algunos valores en conflicto y si los hubiera, respetando la autonomía personal, permitir al paciente participar en la deliberación y decisión

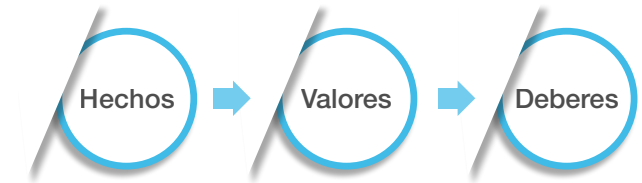


“Sin olvidar que una situación emocional puede llevar al paciente a una ceguera axiológica”

y que habrá que darle tiempo para deliberar y llegar a la decisión correcta.

Los médicos, en el ejercicio de su Profesión, no pueden olvidar sus principios morales, ni en el momento de sus actos médicos, ni en el momento de manifestarlos. Su formación bioética no debe fundamentarse solo en **principios**, sino también y, principalmente, en las **virtudes**, especialmente la prudencia, no como cautela sino como **Phronesis** o sabiduría práctica (**Pellegrino**), teniendo en mente un gran sentido del deber, ya que a menudo se conoce bien lo que se puede hacer, pero se ignora lo que se tiene el **deber** de hacer.

La autonomía del paciente pide respeto, pero no descargar toda la responsabilidad en él, que como sujeto moral, autónomo y responsable debe ser introducido en el proceso de deliberación y toma de decisiones en todo aquello que le concierne. Habrá que analizar conjuntamente los hechos, reflexionando sobre los valores que están en juego, para deducir los deberes a seguir:



La conciencia moral, tiene que guiar y dar una orientación sobre la decisión moral. Se trata de un tipo de conciencia que pueda guiarnos en las decisiones más difíciles porque es en la subjetividad del **deber**, donde se han de tomar las decisiones éticas, sabiendo que la Medicina es una ciencia de probabilidad y no una ciencia de certeza, y sin olvidar que toda conciencia moral es manipulable.

La Legislación y los Códigos de Deontología Médica tienen que incorporar la objeción de conciencia de los médicos por razones éticas, morales y religiosas, en orden a garantizar la libertad y la independencia de los profesionales, sin dejar de considerar que hay conciencias patológicas sea por laxitud o por rigidez de las mismas, y sin olvidar que la Objeción de Conciencia es **personal**.

### 4/

## La vocación médica hoy pide.

Amor al trabajo médico, Amor al paciente, Competencia, Dedicación y así cuando, lo que uno quiere hacer y lo que debe hacer coinciden se produce paz y alegría:



“Se disfruta con y en el trabajo médico”

La **Vocación Médica Cristiana**, se identifica con la imagen-modelo del Buen Samaritano:





- Actuar con Caridad como inspiración y soporte a la solidaridad;
- Aceptar el deber de toda persona a manifestarse en la política;
- Considerar la centralidad de la persona en la esfera social y económica;
- Y evangelizar la cultura tanto a nivel general como cada cultura en particular.

El Papa, Francisco, se dirigía así a los trabajadores de la salud

“Tratar al enfermo como persona, no como un número” (junio, 2019):

- Cuidar la defensa, respeto y promoción de la vida;
- El sistema de salud y los tratamientos han cambiado radicalmente, no solo por los adelantos tecnológicos, sino también porque han aparecido problemas más serios de naturaleza ética;
- Toda práctica o intervención médica sobre el ser humano tiene que ser evaluada cuidadosamente sobre si respeta la vida y la dignidad humana;
- Agradece el “irreemplazable servicio” a la gente más vulnerable o más necesitada en función de la enfermedad, la edad o la marginación.
- “Miren a su paciente, aprendan a llamarlo por su nombre. Estén abiertos a lo imprevisible”.

Cada persona es única e irrepetible, contemplar la humanidad de Cristo nos enseña que todo individuo no es un número, sino una persona, única e irrepetible.

La eficiencia de la Corporación y la reducción de

Vocación del Médico Laico Cristiano, y del personal sanitario católico, pide

“Ver las tareas diarias como una ocasión de acercarse a Dios, de cumplir su querer, y de servir a otros acercándolos a Dios” (Christifideles Laici 52),

y dando con la vida un testimonio coherente de ello.

“Un cristiano bautizado que lo es de verdad en su corazón, viviendo y cumpliendo su profesión en cualquier lugar del mundo donde vive y ejerce su profesión puede ser un auténtico cristiano.”

Christifideles Laici invita a los siguientes campos de acción:

- Promover la dignidad de la persona;
- Proteger el inviolable derecho a la vida;
- Reconocer la libertad religiosa y de la familia en su medio social;

costes pone a menudo las necesidades del paciente en segundo lugar, más que en el acompañamiento del mismo a lo largo de su enfermedad.

A los profesionales cristianos se les anima a dedicar una atención particular a la espiritualidad. De manera que esta dimensión fundamental de la persona, tan importante pero frecuentemente olvidada en nuestro tiempo, sea de nuevo puesta en valor y apreciada, especialmente para los que viven con la enfermedad y para todos aquellos que están cerca de los que sufren.

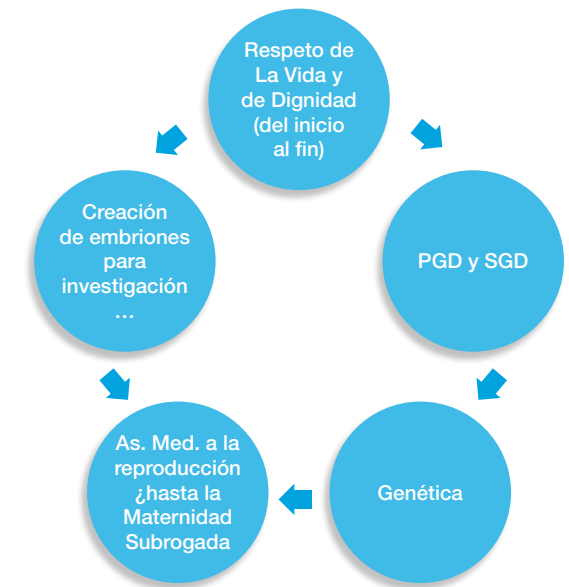
## 5/

### Desafíos planteados a la vocación médica, cristiana o no, por la medicina moderna y la sociedad contemporánea.

Los retos de la medicina moderna y de la sociedad a la vocación médica se centran en el valor de la vida y de la dignidad humana desde el inicio hasta el fin (aborto, eutanasia, ...):

- Ponderar el valor y aplicación del Diagnóstico Genético Prenatal (PGD) y el Diagnóstico Sistemático o de Screening (SGD), cuando autores, como Savulescu, pretenden que los padres tienen la obligación moral de realizar el diagnóstico genético de sus embriones y hacer una selección de los mismos;
- La creación de embriones con fines de reproducción, investigación o tratamiento;
- La clonación para obtener células troncales. No se puede eliminar una vida para salvar otra vida;

- La reproducción asistida, hasta qué límites... ¿Hasta la gestación subrogada?;
- El Transhumanismo y posthumanismo (¿se puede y se debe cambiar al hombre?);
- La robótica. ¿Pueden los robots y los cyborgs tratar y cuidar al paciente?;
- La sociedad del máximo bienestar, el mayor bienestar ¿para quién?, ¿para todos?;
- ¿Puede la autonomía del paciente exigir una intervención que no está médicamente indicada?;
- Las situaciones de Género, ¿Para quién? ¿por qué?;
- Ética, Ley, Legislación y Política:



Transhumanismo, ¿Por qué y para quién? Hay una diferencia entre tratar, mejorar y querer cambiar al hombre:



### Situaciones de Género y Teorías:

Queer Theories

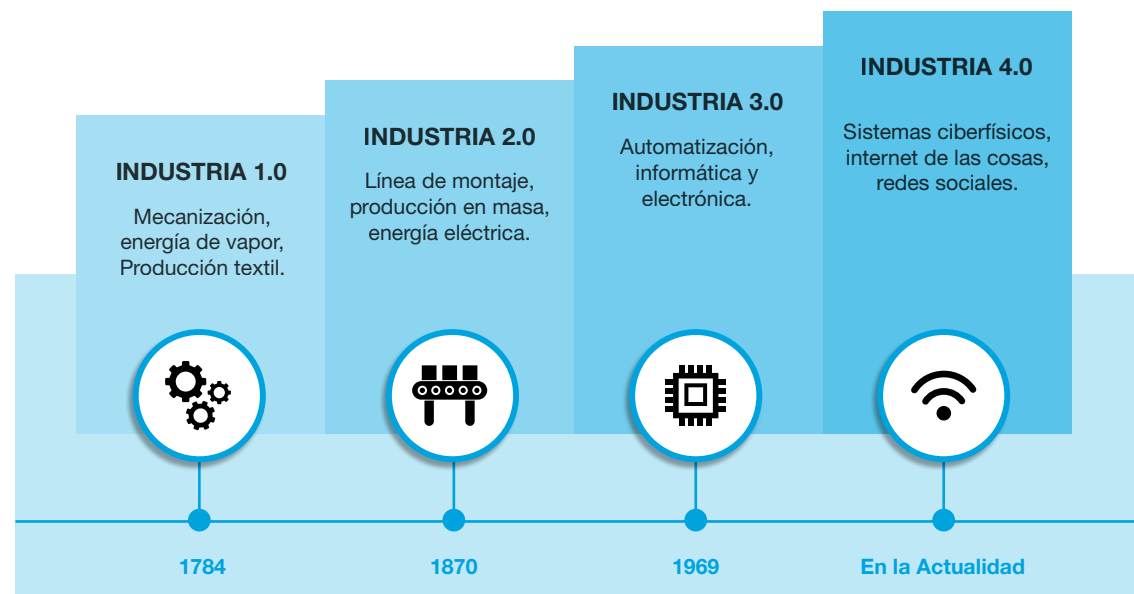
**El mayor Bienestar** posible, físico, intelectual, social, emocional, espiritual, económico, ocupacional, ambiental... ¿Para quién? ¿Para todos y cada uno?

**La Autonomía del Paciente**, ¿puede, el paciente, exigir un tratamiento que no está médicamente indicado? Cambio de una Medicina Paternalista a un Modelo Autonomista o Deliberativo.

### La Burocracia un nuevo orden mundial:

- Una globalización tecno-liberal;
- Una globalización técnica de la comunidad;
- La Genética y la terapia de la línea germinal;
- La Hibridación “Máquina-Hombre” (Cyborg);
- La Inteligencia Artificial (no diferencia con los Humanos) Kurzweil;
- Las Tecnologías Convergentes: NBIC;
- El Transhumanismo y Posthumanismo;
- Una Nueva Humanidad (Avatar 2045).

### Politización y Comercialización. La 4ª Revolución Industrial:



## 6/

### Ética y Ley “Legislación”.

**Ética:** ¿Tenemos que hacer todo aquello que la ciencia y la tecnología nos ofrecen?, ¿qué debemos hacer...?: lo que es necesario para servir a las personas, a los enfermos.

**Ley:** ¿Puede la Ley obligar a retirar un tratamiento y llevar al paciente a su muerte?, ¿se puede legis-

lar para imponer el “Derecho Reproductivo” incluyendo el fin de un embarazo?

**La objeción de conciencia** se basa “en la necesidad personal de no actuar en contra de la propia convicción ética”. La elección de objetar, tiene que ser tomada con respeto y humildad, sin que llegue a ser una razón de orgullo o vanidad. En esas situaciones es fundamental el intercambiar razones y dialogar “especialmente con aquellos que sostienen posiciones diferentes”, evitando siempre el condenar. Hoy parece que nuestros hospitales, son templos de ciencia y tecnología, y no están centrados en

los enfermos, incluso en algunos casos la investigación pasa por encima de los individuos... de los enfermos. Al médico le tocará muchas veces quedarse en un desacuerdo democrático, permaneciendo en la objeción de conciencia cuando muchas de las decisiones van en contra de nuestros valores, y en contra de una visión cristiana del hombre y de la vida.

La exigencia de una coherencia sobre la vida, podría llevar, en casos extremos, al mayor y supremo testimonio del martirio, como nos lo muestran los mártires del siglo XIX en Corea..., y ahora, puede llevarnos a perder el trabajo.

los sistemas de salud, y la tentación de los profesionales de olvidar su compromiso tradicional, la **prioridad de los intereses del paciente.**

Para mantener la fidelidad del contrato social durante este turbulento tiempo, los médicos tienen que reafirmar su activa dedicación a los principios del profesionalismo, que exige no solo un compromiso personal con el bienestar de sus pacientes, sino también un esfuerzo colectivo por mejorar los sistemas de salud para bien de la sociedad.

## 7/

### Conclusión.

¿Es la Medicina una vocación posible hoy? Sí, siempre es posible curar y cuidar a la gente que vive en nuestro mundo, a la gente real y a los Cyborgs. Atender a los más vulnerables... a los pobres, los refugiados, los sin techo, así como a los que viven en los países en desarrollo, los menos favorecidos.

**A los pobres los tendréis siempre con vosotros, y siempre que tengáis un deseo les podéis hacer el bien, (Mc 14, 7).**

En síntesis, la práctica de la medicina en la era moderna está sometida a grandes desafíos reales o virtuales, en todas las culturas y sociedades.

Estos desafíos se centran en el aumento de las desigualdades entre las necesidades legítimas de los pacientes, los recursos disponibles para cubrir esas necesidades, el aumento de la dependencia de las fuerzas del mercado para transformar

### Bibliografía

Medical Professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Lancet 2002; 359: 520-2.

Medical Professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med 2002; 136: 243-6.

Blank L, Kimball H, McDonald W, Merino J. Medical professionalism in the new Millennium: a Physician Charter 15 M.



**Anexos:**

**1. Texto completo de la Declaración de Ginebra, octubre 2017.**

*Promesa del médico:*

- **Prometo solemnemente** dedicar mi vida al servicio de la humanidad;
- **Velar** ante todo por la salud y el bienestar de mi paciente;
- **Respetar** la autonomía y la dignidad de mi paciente;
- **Velar** con el máximo respeto por la vida humana;
- **No permitir** que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social... se interpongan entre mis deberes y mi paciente;
- **Guardar y respetar** los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente;
- **Ejercer** mi profesión a conciencia y dignamente y conforme a la buena práctica médica;
- **Promover** el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;
- **Otorgar** a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;
- **Compartir** mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y el avance de la salud;
- **Cuidar** mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel;

- **No emplear** mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza;

- **Hago estas promesas** solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

**2. Código o Carta Constitucional para los médicos:**

*el profesionalismo.*

(Rev Chil Infect 2004; 21(1):

En febrero del año 2002 se publicó simultáneamente en las revistas [Lancet 1](#) y [Annals of Internal Medicine 2](#) un documento del mayor interés. Es la propuesta de un nuevo [Código o Carta Constitucional](#) para la profesión médica, que propone los ideales a los que **“todos los profesionales de la medicina pueden y debieran aspirar”**. El documento es el producto de varios años de trabajo mancomunado de tres instituciones muy importantes, dedicadas a la medicina interna y en buena medida reguladoras de ésta: [American Board of Internal Medicine](#), [American College of Physicians](#) y [Federación Europea de Medicina Interna](#). No obstante, ese origen, sus alcances llegan a todas las disciplinas médicas. El Código consiste en una introducción o preámbulo de sus fundamentos, seguido de la propuesta de tres principios básicos y diez compromisos.

**Preámbulo:** el Profesionalismo es la base del contrato de la medicina con la sociedad. El vocablo **“profesionalismo”**, en la lengua castellana no refleja el contenido de esa [Carta Constitucional](#), pero está aceptado universalmente, probablemente porque en inglés expresa mejor el contenido de este documento. En todo caso, esta Carta o Código establece principios y compromisos que son propios y exclusivos de la profesión de médico. Todos los médicos debiéramos conocer el contenido de este Código

y tratar de llevarlo a la práctica. Las revistas médicas, las sociedades de especialidades y las Escuelas de Medicina debieran participar en el esfuerzo de divulgar estas ideas.

**Principios Fundamentales:**

- **Principio de primacía del bienestar del paciente.** Con altruismo se contribuye a la confianza y a una buena relación médico-paciente. Las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias administrativas no pueden vulnerar este principio.

- **Principio de autonomía del paciente.** Los médicos deben ser honestos con los pacientes y capacitarlos para que tomen decisiones informadas sobre su tratamiento.

- **Principio de justicia social.** Los médicos deben trabajar activamente para eliminar toda discriminación en los cuidados de salud, sea por razones étnicas o raciales, de género, socioeconómicas, religiosas o de cualquier otra categoría social

**Responsabilidades o Compromisos profesionales:**

- **Compromiso de competencia profesional.** Los médicos deben aprender toda la vida. Compromiso de honestidad con los pacientes. Los médicos deben asegurarse de que los pacientes estén completa y honestamente informados antes de aceptar un tratamiento; deberán estar capacitados para decidir sobre el curso de la terapia.

- **Compromiso de mantener relaciones apropiadas con los pacientes.** Los médicos nunca deberán aprovecharse sexualmente de sus pacientes, ni obtener con ellos ganancias financieras personales o utilizarlos con ningún otro propósito privado.

- **Compromiso con la confidencialidad del paciente.** Satisfacer el compromiso de confidencialidad es más importante hoy que

nunca, dado el amplio uso de sistemas de información electrónica para recopilar datos de los pacientes.

- **Compromiso con una mejor calidad del cuidado.** El médico debe trabajar con otros profesionales para reducir los errores, aumentar la seguridad de los pacientes, evitar el uso exagerado de los recursos y optimizar los cuidados de salud.

- **Compromiso con mejorar el acceso al cuidado.** Los médicos deben individual y colectivamente esforzarse por reducir las barreras para una atención de salud equitativa.

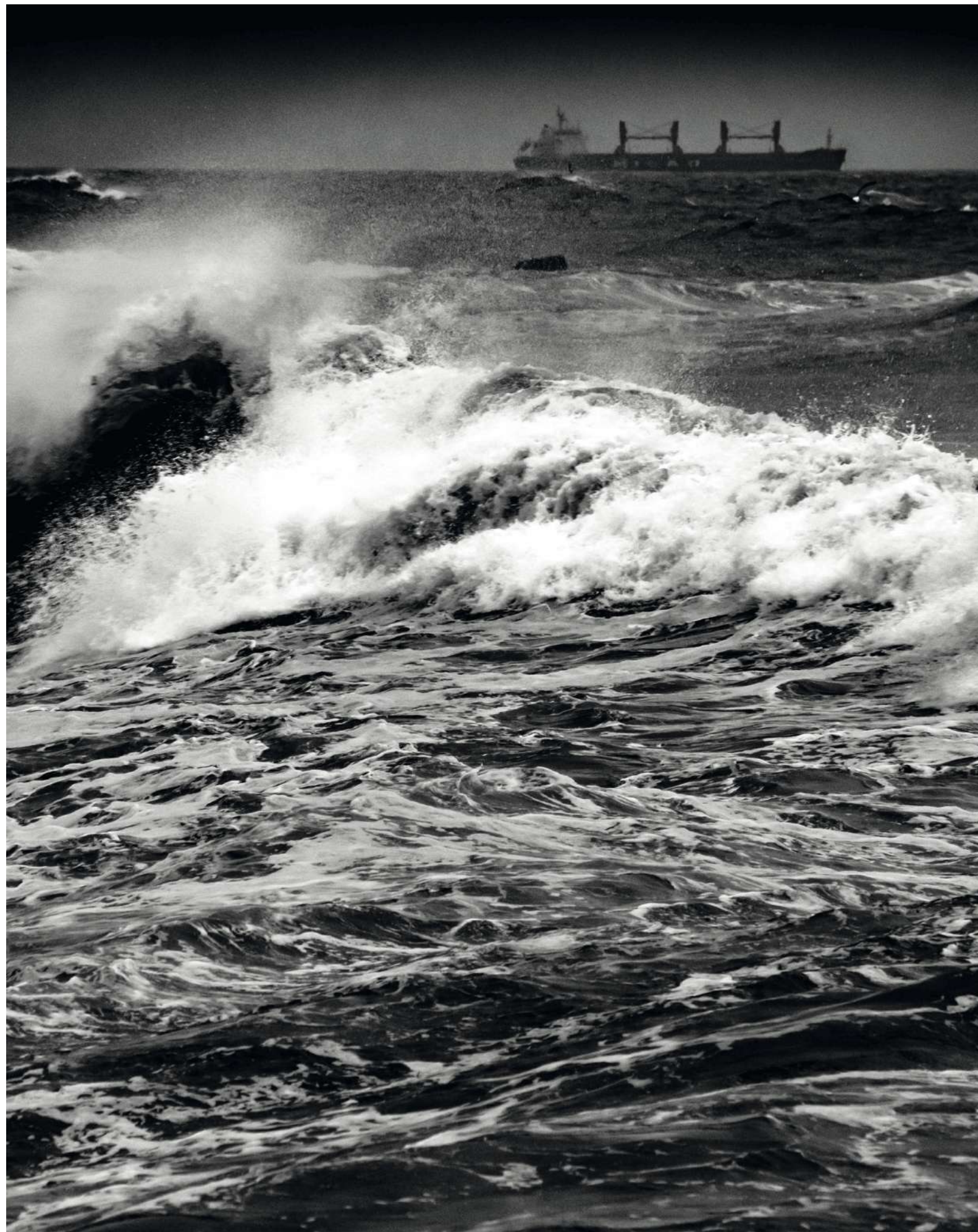
- **Compromiso con una justa distribución de unos recursos limitados.** Los médicos deben comprometerse a trabajar con otros médicos, hospitales y economistas, para desarrollar guías de cuidados costo-efectivos. La responsabilidad profesional de los médicos para una apropiada asignación de recursos requiere evitar escrupulosamente efectuar exámenes y procedimientos superfluos.

- **Compromiso en mantener la confianza ante los conflictos de intereses.** Los médicos tienen la obligación de reconocer, alertar al público en general y afrontar los conflictos de intereses. Las relaciones entre la industria y los líderes de opinión deben ser transparentes.

- **Compromiso con el conocimiento científico.** Los médicos tienen el deber de resguardar los estándares científicos, promover la investigación y crear nuevos conocimientos, asegurando su apropiada utilización.

- **Compromiso con las responsabilidades profesionales.** De los médicos se espera que participen en procesos de autorregulación, incluyendo la rectificación y la disciplina de los miembros que han faltado al cumplimiento de los estándares profesionales.





# 05/

## La búsqueda de sentido en el entorno laboral.

**Ángeles C. López-Tarrida,**

Médico.

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.

Hospital San Juan de Dios Aljarafe (Bormujos, Sevilla)

**Rocío de Diego-Cordero,**

Doctora en Enfermería.

Departamento de Enfermería.

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Universidad de Sevilla.

La espiritualidad está cada vez más integrada en el contexto laboral, resultando una experiencia multidimensional y trascendental en la que los trabajadores sienten la necesidad de conectar consigo mismos y con el resto de la comunidad a través de la ejecución de su trabajo, desarrollando percepciones, emociones y sentimientos positivos que se proyectan directamente en el ambiente laboral. Esto repercute a su vez en las experiencias de vida y la salud de los trabajadores. La percepción y el sentido que le dan a desempeñar una labor que les aporte un bienestar existencial, produce que los trabajadores encuentren el sentido a la vida y a su existencia, desarrollando capacidades para superar y manejar obstáculos y adversidades. Por ello, desarrollar la espiritualidad en el lugar de trabajo supone un gran efecto sobre la vida de los trabajadores y además interviene directamente en el crecimiento y desarrollo de las organizaciones empresariales.

*Palabras clave: Espiritualidad, Puesto de trabajo, Liderazgo espiritual*

Spirituality is increasingly integrated into the work context, resulting in a multidimensional and transcendental experience in which workers feel the need to connect with themselves and with the rest of the community through the execution of their work, developing perceptions, emotions, and positive feelings that are projected directly into the work environment. This has a direct impact on the life experiences and health of workers. The perception and meaning that they give to perform a job that provides them with existential well-being, makes workers find meaning in life and their existence, developing skills to overcome and manage obstacles and adversities. Therefore, developing spirituality in the workplace has a great effect on the lives of workers and also directly intervenes in the growth and development of business organizations.

*Key words: Spirituality, Workplace, Spiritual leadership.*



1. ([https://www.abc.es/espana/madrid/abci-accidente-colegio-madrid-psicologos-sobre-reaccion-padres-tras-atropello-espiritualidad-ayuda-sentido-trauma-20211100040\\_noticia.html](https://www.abc.es/espana/madrid/abci-accidente-colegio-madrid-psicologos-sobre-reaccion-padres-tras-atropello-espiritualidad-ayuda-sentido-trauma-20211100040_noticia.html)).

En los últimos tiempos se ha ido despertando un mayor interés por la espiritualidad en las diferentes áreas de la vida. Ya no sólo ha quedado circunscrita a contextos religiosos, filosóficos, antropológicos o como demuestra la amplia literatura existente, al ámbito de la salud donde la persona se enfrenta a desafíos vitales como son la enfermedad, el duelo o la muerte (Jors et al., 2015; Moestrup et al., 2016; Sankhe et al., 2018), sino que se deja traslucir también en entornos que parecen inicialmente menos vinculados a la espiritualidad como son la educación (Piedra-Hernández, 2018), los negocios (Argandoña, 2015) o el medio ambiente (Puig-Baguer et al., 2014).

La verdad es que, aparentemente invisible o intangible, la espiritualidad siempre ha estado impregnando nuestras vidas.

Existen numerosos ejemplos y contextos en los que la espiritualidad aflora como algo inmanente al ser humano y se expresa en la forma en que vive y experimenta su existencia, se relacionamos con y para los otros y se explica los acontecimientos vitales y las circunstancias en las que se desarrolla como persona<sup>1</sup>.

La evolución de las sociedades y las culturas a lo largo de la historia y alrededor del mundo, hace que la manera en que se entiende y comprende esta dimensión de la persona haya ido cambiando según el signo de los tiempos y el contexto en el que se aborde, con lo cual la espiritualidad se puede contemplar desde muchos y variados enfoques.

Quizás la definición que más se ajusta a nuestra aspiración en este artículo es la que esboza a la espiritualidad como

“La búsqueda del significado, propósito y significado últimos, en relación con uno mismo, la familia, los demás, la comunidad, la naturaleza y lo sagrado, expresado a través de creencias, valores, tradiciones y prácticas” (Puchalski et al., 2014).

Se trata pues, de una cualidad íntima y propia de cada persona, constitutiva del ser humano, una aspiración profunda por adquirir una conexión con todo lo que le rodea, pues necesita dar sentido a su existencia y al mundo en el que vive. Tiene una gran variabilidad interpersonal y temporal, diferente según la persona y el momento, y evoluciona como lo hace el individuo a lo largo de su trayectoria vital. Si esta dimensión espiritual se cristaliza y se manifiesta a través de una relación trascendente con Dios, a través de un credo y un dogma, estamos ante una dimensión religiosa. Así pues, toda persona es espiritual por naturaleza, pero no toda persona espiritual es religiosa. (López-Tarrida et al., 2020).

Bajo este prisma, la espiritualidad está presente de forma permanente en todas las aspectos de la vida del ser humano en cuanto está íntimamente relacionada con las conexiones que establece consigo mismo (narrativa de la propia vida, otorgándola de coherencia y sentido), con los demás (conciliación y armonía con los otros) y con algo más allá de sí mismo (trascendencia: Dios, Universo, Energía...).

Este tipo de relaciones que se instauran a lo largo de su biografía hacen que la persona se encuentre en continua búsqueda de sentido y propósito vital que articula en una conducta y toma de decisiones sustentadas en sus propias convicciones y creencias.

De esta manera, la espiritualidad está estrechamente vinculada a los valores personales que cada uno alberga, es inherente a cada ser humano, aunque cada individuo posee una manera particular de ejercerla en su contexto personal fundamentada en esos valores que lo definen.

En este desarrollo multidireccional (intra, inter y transpersonal), en su relación consigo mismo, su relación con los demás y su relación con la permanencia y trascendencia de lo que realiza, todos aquellos entornos donde la persona se manifiesta tal cual es y establece vínculos con los otros y además actúa en consecuencia según sus valores y sus principios, se convierten en espacios donde desarrollar su espiritualidad, por lo cual el ámbito laboral es uno de ellos.

Por otro lado, el lugar de trabajo es un escenario ideal para favorecer el cuidado del estado de la salud, y en términos holísticos, la dimensión espiritual forma parte del equilibrio del individuo en referencia a ese estado, conformado por las esferas física, psicológica, social y espiritual en constante interacción e influencia; si una se ve afectada, se trastocan todas las demás.

El término 'espiritualidad en el lugar de trabajo' se definió como una cultura en la que los valores organizacionales fomentan un sentido de propósito a través del trabajo significativo que ocurre dentro del contexto de la comunidad del ámbito laboral (Giacalone & Jurkiewicz, 2010). Se considera como una experiencia multidimensional y trascendental en la que los trabajadores sienten la necesidad de conectarse consigo mismos, con lo sagrado y con el resto de la comunidad (Pérez-Santiago, 2007). La espiritualidad, en estos registros, se asume como un concepto más amplio en comparación con la Religión, ya que puede darse en individuos religiosos y no religiosos (Koenig, 2015).

Estas definiciones son importantes ya que influyen en las intervenciones propuestas en el ámbito del trabajo en lo que se refiere a la espiritualidad generando diferentes implicaciones sin olvidar que los valores espirituales y los va-

lores religiosos no se contraponen entre sí, sino que se solapan en múltiples ocasiones y no cabe duda que los valores religiosos en cuanto se refieren a la búsqueda de sentido y al propósito vital de la persona tienen también su interés y su cabida en el ámbito laboral.

Para la mayoría de las personas el trabajo es un foro en el que se vive un aspecto significativo de la vida: es donde las personas se reúnen con otros, se involucran con la sociedad en general, obtienen beneficios económicos, se desarrollan personal y profesionalmente y se expresan aspectos de la personalidad, con lo cual la espiritualidad no debe quedar relegada en el ámbito laboral en cuanto que puede surgir fuera del ámbito de las organizaciones formales como por ejemplo ocurre con las creencias religiosas (González- González, 2021).

La mayoría de los estudios que incluyen la espiritualidad en el trabajo como campo de investigación, la indagaron a nivel organizacional o empresarial desdeñando el bienestar y la calidad de vida de los trabajadores (Rezapouraghdam et al. 2020; Vila-Porras & Toro-Jaramillo, 2020). Por otro lado, las intervenciones espirituales en los entornos laborales son escasas y de naturaleza heterogénea haciendo que la evidencia sea poco asequible (Johnson et al., 2020). Aun así existen estudios que demuestran los resultados positivos y los beneficios del cuidado de la espiritualidad de las personas en el ámbito laboral valorando diferentes tipos de intervenciones que mejoran la salud y disminuyen el estrés (de Diego et al., 2021).

El ámbito laboral es un espacio de desarrollo personal donde el ser humano encuentra que tiene, a grosso modo, una realidad corporal y otra espiritual que incluyen su capacidad de saber y comprender, de hacer y actuar, sus sentimientos y emociones, sus actitudes, valores y cualidades. Estas dos dimensiones del individuo forman parte de la realidad del ámbito laboral.

La persona en su puesto de trabajo tiene una corporeidad que se muestra en base a unos co-

nocimientos acumulados y unas habilidades laborales, y a su vez contiene aspiraciones, sentimientos y emociones con una condición social añadida que le lleva a buscar relacionarse con los demás, comportándose mediante actitudes, valores y virtudes de muy diversa índole. Tiene necesidades, materiales y espirituales que espera satisfacer en este contexto, derivadas del impulso de sus motivaciones, que pueden ser extrínsecas (por algo que espera recibir de la organización como remuneración, reconocimiento, prestigio...) o intrínsecas (proporcionadas por la satisfacción en el trabajo, los conocimientos adquiridos, el desempeño de sus habilidades, su relación con los otros...).

Aunque la espiritualidad pertenece a la privacidad de la persona y su cuidado y desarrollo depende de sí misma, en el puesto de trabajo, donde conoce lo que se espera de ella y del desempeño de su tarea profesional respecto a sus conocimientos y habilidades, las organizaciones deben favorecer lo que la impulsa para que lleve a cabo su trabajo de la mejor manera posible considerando tanto sus motivaciones y sus valores como los objetivos y valores de la organización que pueden ser coincidentes o no, e igualmente legítimas.

Las bases más importantes para el clima adecuado para la espiritualidad laboral son un entorno físico acorde y un entorno psicosocial favorable, ya que poseen una connotación más holística en la que los empresarios y los trabajadores aúnan fuerzas para mejorar tanto la salud de las personas en el trabajo como el bienestar de la propia organización.

Se trata de un aspecto que está enmarcado en la ética y la moral de las empresas, en la visión y la misión de las mismas en relación a la ética de las organizaciones, considerando la responsabilidad social que tienen las instituciones con la sociedad, asegurando de esta manera los derechos, el respeto y la dignidad de las personas que trabajan en ella. Resulta ser por tanto, un aspecto comunitario e individual, sistemático y dinámico que tiene como principal objetivo el

bienestar y la salud de los trabajadores (Muñoz Sánchez, 2010). La espiritualidad en el lugar de trabajo reconoce que personas tienen una vida interior que alimenta y es alimentada por medio de trabajo significativo que tiene lugar en el contexto de la comunidad.

Desde la perspectiva psicosocial, la espiritualidad en el trabajo se configura como el conjunto de percepciones que comparten los trabajadores en torno a las normas, prácticas y procedimientos que se establecen dentro de la organización y dónde la importancia recae directamente sobre el respeto, la confianza y el humanismo como valores guía para el comportamiento de los trabajadores (Vandenberghe, 2011).

En este caso, la mayoría de las veces, es necesario que se establezca un liderazgo entre los trabajadores para motivar a perseguir la misión y la visión común de la organización y surjan líderes que desempeñen la función de instructores, tanto en la formación de la comunidad laboral a nivel profesional como en la de la espiritualidad laboral (Bandsuch & Cavanagh, 2005). Y es que se ha demostrado, que las personas que trabajan con un líder laboral que esté a favor del sentido espiritual del individuo promueven una motivación más consistente y alcanzan un propósito más elevado, están más satisfechos y disfrutan más del trabajo (Prasad Panigraphy, Kesari Jena, & Kumar Pradham, n.d.).

El liderazgo espiritual se define como

“Comprender los valores, actitudes y comportamientos que son necesarios para intrínsecamente motivarse a uno mismo y a los demás para que tengan un sentido de supervivencia espiritual a través del compromiso y la pertenencia” (Fry, 2003).

Se ha demostrado que el entorno laboral tiene un impacto en el bienestar de los trabajadores (Kazemipour & Mohd Amin, 2012) y una

relación positiva entre la espiritualidad y la ética con la reducción de los comportamientos incivilizados y consecuentemente la satisfacción laboral (Phillips et al., 2018).

Otros estudios avalan que la espiritualidad en el lugar de trabajo se relaciona con el sentido de pertenencia, la motivación y el compromiso del individuo (Caldeira et al., 2011; Rego et al., 2007; Van Der Walt & De Klerk, 2014). La motivación y la satisfacción laboral surgen de la implementación de un ambiente que saca lo mejor de cada persona del equipo.

El liderazgo espiritual se basa en valores compartidos y fuertemente inculcados promoviendo dentro del grupo un sentido de confianza, benevolencia, justicia, respeto, humanismo, dignidad y honestidad, apuntando hacia un liderazgo espiritual efectivo, que se relaciona con un sentido de compartir la misión organizacional y un sentimiento de autorrealización (Fry, 2003; Rego et al., 2008).

Es esencial que se desarrollen los aspectos de la espiritualidad humana en el ámbito laboral y animar a trabajadores y organizaciones para que la desarrollen, la transfieran, la revelen con transparencia y coherencia en un diálogo continuo en los que los valores individuales de la persona y los propuestos por la organización se encuentren en simbiosis, en un flujo constante, bidireccional y sumatorio.

Supone un gran efecto positivo y paso hacia adelante el desarrollo del trabajo desde el punto de vista espiritual y saludable, ya que ayuda a amortiguar y disminuir los efectos y problemas más nocivos que se desarrollan en el ámbito laboral, redundando en un beneficio propio para todos los integrantes de la organización y una mayor calidad y productividad para la misma (González-González, 2018).

Las organizaciones “espirituales” se preocupan de ayudar a las personas a desarrollar y lograr todo su potencial con características culturales que las identifican como son que se construyen

alrededor de un propósito significativo, se definen por la confianza, el respeto, la tolerancia y la honestidad, y fomentan prácticas humanizadoras entre sus empleados.

Las organizaciones están constituidas por personas con valores propios que concilian con los valores de la empresa, armonizando ambos mundos. Son personas que articulan la visión y la misión de la institución, vertebran y estructuran el sentido y el significado de la organización perpetuando su identidad. La dimensión espiritual no la otorga la organización, sino que la tienen las personas, y si poseen una espiritualidad bien cultivada podrán actuar adecuadamente incluso en un entorno poco favorable.

La espiritualidad, en sí la búsqueda de significado y de un propósito significativo, es una tarea que corresponde a cada persona, y encuentra en el ámbito laboral un espacio nutricional para que despliegue todo su potencial para descubrirlos; la organización no los proporciona aunque debe auspiciar los recursos necesarios para que los pueda identificar.

## Bibliografía

Argandoña, A. (2015).

*Un marco para el análisis de la espiritualidad en el trabajo.* IESE Business School-Universidad de Navarra.

Bandsuch, M. R., & Cavanagh, G. F. (2005).

*Integrating spirituality into the workplace: Theory and practice.*

Journal of Management, Spirituality and Religion, 2(2), 221–254.

<https://doi.org/10.1080/14766080509518581>



Caldeira, S., Gomes, A., & Frederico, M. (2011). *De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros - A espiritualidade no local de trabalho*. Revista De Enfermagem Referência, III Série(nº 3), 25–35. <https://doi.org/10.12707/RII1066>

De Diego-Cordero, R, Zurrón Pérez, MP, Vargas-Martínez, AM, Lucchetti, G, Vega-Escaño, J. *The effectiveness of spiritual interventions in the workplace for work-related health outcomes: A systematic review and meta-analysis*. J Nurs Manag. 2021; 29: 1703-1712. <https://doi.org/10.1111/jonm.13315>

Fry, L. W. (2003). *Toward a theory of spiritual leadership*. Leadership Quarterly, 14(6), 693-727. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2003.09.001>

Giacalone, RA y Jurkiewicz, J. (2010). *La ciencia de la espiritualidad en el lugar de trabajo*. En Manual de espiritualidad en el lugar de trabajo y desempeño organizacional, 2ª ed. YO Sharpe.

González González, M. (2021). *Espiritualidad y salud laboral: Una perspectiva desde la antropología del trabajo*. Antropología Experimental, (21), 371-385. <https://doi.org/10.17561/rae.v21.6233>

González-González, M. (2018). *Reconciling Spirituality and Workplace: Towards a Balanced Proposal for Occupational Health*. Journal of Religion and Health, 57(1), 349-359. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0476-z>

Johnson, K. R., Park, S., & Chaudhuri, S. (2020). *Mindfulness training in the workplace: Exploring its scope and outcomes*. European Journal of Training and Development, 44(4/5), 341–354. <https://doi.org/10.1108/EJTD-09-2019-0156>

Jors, K.; Büssing, A.; Hvidt, N.C.; Baumann, K. *Personal Prayer in Patients Dealing with Chronic Illness: A Review of the Research Literature*. Evid.-Based Complement. Altern. Med. 2015, 2015, 927973.

Kazemipour, F., & Mohd Amin, S. (2012). *The impact of workplace spirituality dimensions on organisational citizenship behaviour among nurses with the mediating effect of affective organisational commitment*. Journal of Nursing Management, 20(8), 1039-1048. <https://doi.org/10.1111/jonm.12025>

Koenig, HG (2015). *Religión, espiritualidad y salud: una revisión y actualización*. Avances en Medicina Mente-Cuerpo, 29 (3), 19 - 26 . <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26026153/>

López-Tarrida ÁdC, de Diego-Cordero R, Lima-Rodríguez JS. *Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues?* Journal of Clinical Medicine. 2021; 10(23):5612. <https://doi.org/10.3390/jcm10235612>

Moestrup, L.; Hvidt, N.C. *Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections*

*among hospice patients in a secularized society*. Death Stud. 2016, 40, 618–629

Muñoz Sánchez, A. I. (2010). *Health promotion in the workplace: theory and reality*. In Med Segur Trab (Internet) (Vol. 56).

Pérez Santiago, JA (2007). *Estudio exploratorio sobre el tema de la espiritualidad en el ambiente laboral*. Anales De Psicología, 23 (1), 137 -146 . [https://www.um.es/analesps/v23/v23\\_1/17-23\\_1.pdf](https://www.um.es/analesps/v23/v23_1/17-23_1.pdf)

Phillips, G. S., MacKusick, C. I., & Whichello, R. (2018). *Workplace incivility in nursing: A literature review through the lens of ethics and spirituality*. Journal of Christian Nursing: A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship, 35(1), E7–E12. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000467>

Piedra Hernández, M. (2018). *Espiritualidad y educación en la sociedad del conocimiento*. Innovaciones Educativas, 20(28), 96-105. <https://doi.org/10.22458/ie.v20i28.2134>

Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. *Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus*. J Palliat Med. 2014 Jun;17(6):642-56. doi: 10.1089/jpm.2014.9427. Epub 2014 May 19. PMID: 24842136; PMCID: PMC4038982.

Puig Bager, J., Echarri Iribarren, F., & Jericó, M. C. (2014). *Educación ambiental, inteligencia espiritual y naturaleza*. Teoría De La Educación. Revista Interuniversitaria, 26(2), 115-140. <https://doi.org/10.14201/teoredu2014261115140>

Prasad Panigraphy, N., Kesari Jena, L., & Kumar Pradham, R. (n.d.). *Effect of Workplace Spirituality towards Human Capital Formation: A conceptual review*.

Rego, A., Pina E Cunha, M., & Oliveira, M. (2008). *Eupsychia revisited: The role of spiritual leaders*. Journal of Humanistic Psychology, 48(2), 165–195. <https://doi.org/10.1177/0022167807312202>

Rego, A., Souto, S., & Cunha, M. (2007). *Espiritualidade nas organizações, positividade e desempenho*. Comportamento Organizacional e Gestão, 13, 7-36.

Rezapouraghdam, H., Alipour, H., & Arasli, H. (2019). *Workplace spirituality and organization sustainability: A theoretical perspective on hospitality employees' sustainable behavior*. Environment, Development and Sustainability, 21(4), 1583–1601. <https://doi.org/10.1007/s10668-018-0120-4>

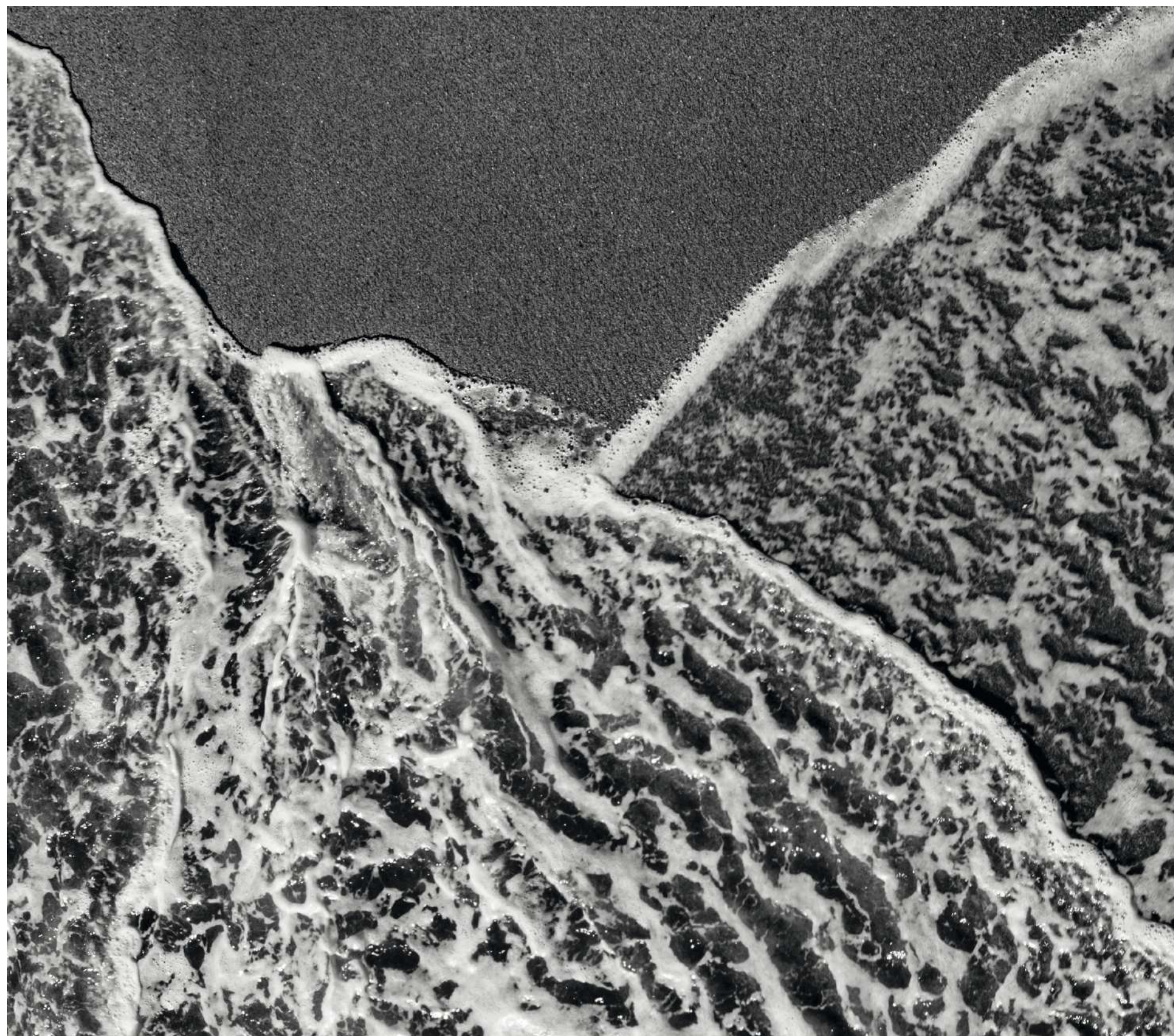
Sankhe, A.; Dalal, K.; Save, D.; Sarve, P. *Evaluation of the effect of Spiritual care on patients with generalized anxiety and depression: A randomized controlled study*. Psychol. Health Med. 2016, 22, 1186–1191.



Van Der Walt, F., & De Klerk, J. J. (2014). *Workplace spirituality and job satisfaction*. *International Review of Psychiatry*, 26(3), 379–389. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.90882>

Vandenberghe, C. (2011, September 1). *Workplace spirituality and organizational commitment: An integrative model*. *Journal of Management, Spirituality and Religion*, Vol. 8, pp. 211–232. <https://doi.org/10.1080/14766086.2011.599146>

Vila-Porras, C., & Toro-Jaramillo, I.-D. (2020). *Spirituality and organizations: A proposal for a new company style based on a systematic review of literature*. *Religions*, 11(4), 182. <https://doi.org/10.3390/rel11040182>





# 06/ Experiencias



# 6/1

## Sanar en un mundo roto: vocación y pandemia.

M<sup>a</sup> Isabel Herrero Panadero,  
Master en Medicina de Emergencias.  
Master en Cuidados Paliativos.  
Médico en Residencia SJD Sevilla

El compromiso profesional, los ideales, la vocación de servicio, los valores y el horizonte asistencial pueden estar detrás de la decisión del profesional para desarrollar su labor en un centro dedicado a la atención de las personas mayores más vulnerables. La labor de cuidar y sanar, de estar al lado de la persona que necesita atención, nos acerca a constantes y nuevas experiencias.

### 1/

#### Junto a ellos.

En marzo de 2020, cuando la OMS declaró el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, no era previsible la dureza con la que esta situación de emergencia iba a afectar a la población y, en concreto, a los centros de personas mayores, lugares donde residían los más vulnerables.

La pandemia ha transformado la forma de vida y las relaciones humanas, ha roto el mundo que conocíamos. La experiencia como profesionales en primera línea desde hace dos años, nos permite una reflexión y acercamiento a lo vivido al lado de los enfermos desde una óptica diferente. El contexto inicial de incertidumbre por la falta de medios de protección y diagnóstico, de dolor, de continua respuesta a nuevas necesidades y de adaptación a cambios radicales en el modelo de atención y de relación, nos ha descubierto la necesidad de incorporar nuevos enfoques en la atención en situaciones similares.

La adopción de estrictas medidas de aislamiento y distancia física para prevenir la transmisión del virus ha transformado la actividad asistencial marcando distancia en lo eminentemente humano y vocacional: la cercanía a las personas asistidas.

Las restricciones y cambios en la forma de relacionarnos han provocado una ruptura en la vida

social y en las relaciones familiares que ha tenido un gran impacto, especialmente en las personas mayores. La dureza de estas limitaciones no solo ha generado menor presencia de los seres queridos, aislamiento y soledad, también han alejado las expresiones de afecto como abrazos, caricias y besos.

Estas carencias han producido heridas a nivel emocional en las personas enfermas, las familias, los profesionales y en el conjunto de la sociedad. Cuidar en “un mundo roto” se ha convertido en una labor delicada y compleja.

Los profesionales de estos centros han tenido que afrontar de forma directa esta grave crisis sanitaria y salvar las limitaciones para acompañar en esta sombría etapa contra la Covid-19. Así, han superado la barrera física de la mascarilla, de la visera, del EPI. Han reforzado las palabras con expresividad en las miradas, con gestos, con mensajes en carteles y pizarras. Han acercado a la familia con tabletas y pantallas.

En este contexto, uno de los mayores retos ha sido estar al lado del sufrimiento de pacientes y familias. Afirma J. Gómez (2011) que,

“Cuando nos acercamos a una persona que sufre, sus emociones nos llegan y mueven.”

La relación entre el profesional y la persona que sufre sigue siendo la relación de dos seres humanos, cada uno con la riqueza de su mundo interior. La cercanía, la escucha y la sensibilidad del profesional ante el dolor son ingredientes de la asistencia que favorecerán un clima de confianza y apertura a una relación que implica, proyecta y transforma a ambos.

A pesar de las dificultades, los profesionales han descubierto que siempre es posible cuidar. Que “la presencia” es el aliento que acerca las emociones y aleja la soledad.

Que la atención se deshumaniza si no integra “acompañar”.

El mundo necesita recuperar la interacción social y las demostraciones de afecto. La necesidad de humanizar la atención en estas circunstancias ha sido una exigencia en todos los centros que se ha visto aliviada con planes de humanización para reducir el sufrimiento que la Covid-19 produce tanto en el enfermo como en la familia.

En el momento actual, el efecto de la vacunación está permitiendo una relajación de las medidas en los centros de mayores. Estamos descubriendo el irremplazable e inmenso papel terapéutico que tiene la interacción social, la presencia de familia y amigos, los encuentros, los abrazos y afectos.

### 2/

#### Vocación y valores. ¿Qué hay detrás del profesional?

El papel destacado que ocupa la vocación profesional y los valores se hace más visible en situaciones donde la exigencia profesional es máxima. La pandemia por SARS -Cov-2 es un claro ejemplo de ello. Se ha puesto a prueba la esencia de los profesionales que han tenido que afrontar esta crisis con los medios disponibles. Su esfuerzo y entrega ha demostrado que la vocación imprime un color especial al ejercicio profesional.

La **vocación profesional** es un término íntimo y humanizador que admite múltiples matices en su definición. Es llamada que nace de un susurro interior, de una fuerza, de una ilusión. Es compromiso, entrega, dedicación. Es amor que impulsa a querer construir un mundo mejor.



Destaca [Perales \(2013\)](#) la reflexión que realiza [G. Marañón](#):

“La vocación médica lleva al médico a entregar su vida a la misión elegida manifestándola en amor invariable por el que sufre, cuanto en la generosidad con que presta su ciencia, cuanto en la conciencia cierta de que adonde no puede llegar el saber, llega siempre el amor.”

Es palpable la importancia de integrar conocimientos y calidad humana en la atención.

**Los valores** han servido de guía y referencia marcando unas coordenadas en esta pandemia. Han aportado firmeza, han sido refugio y abrigo cuando la adversidad se instalaba en el camino, cuando la hostilidad arrebató las fuerzas, cuando la coherencia y firmeza para mantener el rumbo se debilitaba, cuando se descubrían sombras y una profunda soledad.

En nuestro Centro, **el valor de la Hospitalidad** ha sido una brújula esencial en la atención en estas circunstancias de aislamiento y enfermedad. La calidad, el respeto, la responsabilidad y la espiritualidad también han sido pilares y referencias en nuestra labor dirigida a favorecer una asistencia integral y humanizada a las personas mayores.

En este periodo de tiempo ha destacado de forma sobresaliente el valor de la disponibilidad. [Afirma Torralba F. \(2009\)](#) que,

“Estar disponible quiere decir adoptar un espíritu de servicio en la vida. La persona que tiene espíritu de servicio no interpreta el hecho de dar el tiempo al otro como una pérdida de tiempo, sino más bien como una forma de ganarlo. La percepción y la valoración del tiempo que hacemos en nuestra vida

es muy relativa y está muy condicionada por nuestros valores personales.”

La pandemia también nos ha demostrado el valor de la empatía, de la coordinación y el refuerzo entre equipos de distintos niveles de atención, despertando un sentimiento de solidaridad que nos ha hecho menos vulnerables [\(Herrero y Galán, 2020\)](#).

[Herrero y Galán \(2020\)](#) han reflexionado sobre el papel de la vocación y los valores del profesional en los primeros meses de pandemia. Afirman que,

“Al considerar la responsabilidad y el compromiso de los profesionales para cuidar de las personas mayores en las etapas iniciales de la pandemia, desde una perspectiva ética, surge la pregunta sobre la entrega del personal asistencial yendo más allá de sus deberes estrictos, ya que se expusieron a un riesgo elevado. ¿Es exigible esta exposición al riesgo? Para la persona con vocación, el olvido de sí mismo más allá del altruismo suele ser un elemento esencial y no accesorio de su profesión. No obstante, la responsabilidad de las instituciones sobre la salud de los profesionales ha de evitar riesgos excesivos e innecesarios proveyendo de los medios de protección necesarios.”

### 3/

## Aprendizaje y sanación.

Esta etapa profesional acompañando en una situación extrema ha sido experiencia y puede ser ayuda para reflexionar, valorar y mejorar.

La labor diaria junto a las personas mayores es fuente de oportunidades y de valiosas enseñanzas. Hemos descubierto la capacidad de adaptación y superación de las personas mayores frente a la adversidad. El trato con los mayores es enriquecedor. [Fernández \(2019\)](#) afirma que,

“El Papa Francisco, está convencido de que en el trato con los mayores podemos descubrir virtudes como la mansedumbre y la ternura que, parecen pequeñas, pero son las que resuelven los conflictos.”

Han surgido numerosas reflexiones sobre cómo prevenir y mejorar la actuación en las residencias de mayores ante nuevos brotes, pero queda mucho por hacer y estos centros no deben quedar en el olvido una vez pasados los momentos más críticos de la pandemia. Además de mejorar el diseño de estructuras, urge profundizar en la esencia de estos centros, las personas mayores que allí residen. Es imprescindible conocer su perfil de necesidades y preferencias para ofrecer una respuesta integral de calidad con personal suficiente, cualificado, cuidado y reconocido. Hemos descubierto que, para mejorar la atención y pese a las dificultades, hay que favorecer los “cuidados con presencia”.

Acompañar se ha convertido en un ingrediente esencial en la asistencia que ha comenzado a reparar y poner bálsamo en esa brecha generada durante el aislamiento. [Refleja J. Gómez \(2011\)](#) que “Acompañar es saber estar”, es presencia al lado del que está sufriendo. En este aspecto, hemos descubierto el valor terapéutico de la presencia familiar.

La tranquilidad, seguridad, confianza, calor y cariño que ofrece la familia lo convierte en un ingrediente que debe ser incorporado de la mejor forma posible en la asistencia, con las medidas de protección necesarias o los medios tecnológicos disponibles actualmente, especialmente en situaciones críticas y en la fase final de la vida.

La entrega extraordinaria y dilatada de los profesionales está generando en los entornos asistenciales con mayor estrés y exposición, síntomas de agotamiento físico y desgaste emocional ante una realidad cambiante y con mayores carencias desde que se inició la pandemia. Es posible que estemos viviendo uno de los momentos en los que sea más necesario “cuidar al cuidador”. Las emociones del profesional ocupan un papel en la asistencia que en muchas ocasiones no son evaluadas. No podemos acompañar al que sufre si nuestro interior no tiene paz.

Se requiere un acercamiento y apoyo por parte de la sociedad y de las Instituciones hacia la labor de cuidar y sanar, especialmente en los centros dedicados a la atención de las personas más vulnerables. Es esencial seguir implantando mejoras en el modelo de atención y relación que ha generado el SARS-CoV-2 en los centros de mayores para evitar el aislamiento y la discriminación, así como dotar de suficientes medios técnicos y humanos y dar visibilidad a los cuidados profesionales.

Este periodo no será estéril si somos capaces de extraer de la experiencia una reflexión y aprendizaje que ayude a emerger, sanar y proyectar un nuevo horizonte asistencial.

Un horizonte que destaque el protagonismo de la vocación y los valores y cuide al profesional. Que reconozca el papel terapéutico de las relaciones humanas, los afectos y la solidaridad para avanzar como sociedad. Un nuevo modelo de atención que integre a profesionales y familia en la “necesidad de acompañar” evitando la deriva del paciente y la soledad.

### Bibliografía

Fernández Eva. (2019). El Papa de la ternura. Ed Planeta.p.182. Barcelona.

Gómez J. (2011). Cuidar siempre es posible. Editorial Plataforma Actual. (ppp.73-90). Barcelona.

Herrero Panadero, M. I., Galan Gonzalez Serna, J. M. (2020). Ética de la incertidumbre en tiempos de pandemia: a propósito de un caso. En R. Amo Usanos, F. de Montalvo Jääskeläinen. (Eds.). La humanidad puesta a prueba. Bioética y COVID-19, (pp. 297-313). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Perales, Alberto, Mendoza, Alfonso, & Sánchez, Elard. (2013). Vocación médica: necesidad de su estudio científico. Anales de la Facultad de Medicina, 74(2), 133-138. Recuperado en 11 de diciembre de 2021, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832013000200009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000200009&lng=es&tlng=es).

Torrallba Francesc (2009). Cien valores para una vida plena. La persona y su acción en el mundo. Editorial Milenio (pp267-69). Lleida (España).

## 6/2 Acompañamiento y ayuda al personal sanitario durante y después de la pandemia.

**Gerardo Dueñas Pérez**

Subdelegado episcopal de Pastoral de la salud.  
Capellán. Hospital psiquiátrico  
Dr. Rodríguez Lafora.  
Archidiócesis de Madrid.

### 1/

## Marzo de 2020: llega la pandemia al hospital.

La pandemia COVID-19 se introdujo en nuestra vida y nuestro trabajo en marzo de 2020

y continúa marcando la actividad diaria en todos los ámbitos, pero especialmente en el mundo sanitario. A mí, personalmente, me tocó asumir un doble rol: por un lado la capellanía del Hospital donde trabajo, que es el hospital psiquiátrico público de referencia de la Comunidad de Madrid, en España, el Hospital Dr. Rodríguez Lafora, donde me quedé algunos meses solo en el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER), por problemas de salud de mis dos compañeros; y, por otro lado, como Subdelegado de Pastoral de la Salud de Madrid, que fue el centro de la pandemia en la primera ola en España, me correspondió, junto con mi compañero **José Luis Méndez**, acompañar a los más de cien capellanes de los cincuenta hospitales de nuestra Archidiócesis, realizar numerosas sustituciones de algunos de ellos, por enfermedad, por fallecimiento en dos casos, y también varios de forma preventiva, además de coordinar la atención espiritual y religiosa del Hospital de campaña Ifema-COVID-19 que se inauguró el 23 de marzo de 2020, y otras tareas de responsabilidad diocesana.

En aquellos meses se puso de manifiesto algo en lo que había insistido un servidor con anterioridad, pero que con la pandemia ha resultado claro: **la importancia del acompañamiento a los profesionales hospitalarios**, que debe convertirse en una verdadera prioridad para los SAER de los hospitales.

### 2/

## Cuidar al cuidador como prioridad pastoral.

Los primeros momentos de la crisis fueron de confusión, con protocolos que cambiaban constantemente, y con la ansiedad y, por qué no decirlo, el miedo que provocaba en todos



el virus que estaba poniendo en jaque a nuestro sistema sanitario. Creíamos que lo controlábamos todo, que nada nos podía desestabilizar en nuestros hospitales modernos y extraordinariamente tecnologizados, y, de repente, vino el coronavirus. No estábamos preparados para ello, y no me refiero a material o clínicamente, sino a nivel personal: los profesionales de los hospitales nos vimos superados por una situación que nos desbordaba completamente, con tantas personas gravemente enfermas, problemas de distribución de recursos escasos y la obligación de decidir a quién priorizar, falta de equipos adecuados de protección, y la enfermedad, y consecuente baja laboral, de muchos compañeros, sanitarios y no sanitarios, contagiados. Fueron semanas de tensión, mucho trabajo, nerviosismo constante y ansiedad, en las que, junto a un comportamiento ejemplar general de los profesionales hospitalarios, brotaban las lágrimas en la soledad como signo de impotencia. Esas lágrimas era la señal de alerta: nos estaban diciendo que es prioritario el acompañamiento emocional y espiritual a los profesionales. **Hay que cuidar al cuidador.**

### 3/

## El sanador herido.

En los últimos años, en la literatura especializada, médica, psicológica y teológica, ha tomado fuerza la figura del “**sanador herido**” que me parece especialmente sugerente, y que recuerda que todos los que trabajamos cuidando a los demás, que tenemos, pues, vocación de sanador, somos sanadores heridos, es decir, en nuestra historia personal hay heridas: momentos, situaciones, personas... que nos han hecho daño, que han quedado marcadas, pero que hemos logrado sanar, estamos en proceso de ello, o hemos aceptado como realidades que no podemos cambiar, y eso nos permite vivir sanamente el presente.

Esta imagen resulta para ello especialmente sugestiva; quiere representar el corazón de quien acompaña, que es capaz asumir su fragilidad, ser consciente de sus heridas: algunas que están reparadas y tienen cicatriz; otras se han “**llevado**” un trozo del corazón, y algunas están en el momento presente en fase de reconstrucción: El sanador herido es capaz de cuidar al sufriente, no ya “**a pesar**” de sus heridas, sino me atrevo a decir que “**gracias**” a sus heridas, que conectan la propia fragilidad del cuidador con la fragilidad de quien sufre la enfermedad.

### 4/

## El acompañamiento espiritual.

Toda persona que se encuentra en contacto diario con el sufrimiento, la fragilidad, la enfermedad y la muerte sufre un desgaste personal que reclama ser acompañado. La cercanía con la vulnerabilidad del otro toca la propia vulnerabilidad y hace necesario cuidarse de forma integral, incluyendo también las dimensiones emocional y espiritual, y para ello el acompañamiento espiritual resulta fundamental.

Para cuidar al cuidador precisamos ser profesionales expertos en el acompañamiento espiritual, y dedicar tiempo a estudiar y formarnos para poder cuidar a nuestra primera comunidad que son los profesionales de los hospitales, junto a quienes trabajamos, y a quienes queremos servir. Acompañar es ponerse a caminar junto al otro, es compartir el pan, es, en cristiano, ver en quien sufre el rostro del Señor. Me permito dar algunas sencillas claves para acompañar.

Hay tres actitudes que son fundamentales a la hora de acompañar a quien sufre: **la aceptación incondicional** (aceptar al otro por ser quien

es, no por lo que hace, que es reflejo y puesta en práctica de la dignidad ontológica que posee todo ser humano), **la empatía** (ser capaz de mirar la realidad como el otro la mira, hacer el esfuerzo de comprender su perspectiva) y **la autenticidad** (ser yo mismo, desde propia verdad, quien acompaña de persona a persona a otro que sufre). Junto a esas tres actitudes, **la herramienta básica es la escucha activa**: escuchar requiere hacer silencio interior y hacer el esfuerzo de meterse en el mundo del otro, transmitiendo comprensión mediante respuestas empáticas, y ayudando así a quien se acompaña a poner orden en su historia. La escucha es terapéutica en sí misma; en nuestro mundo tan ruidoso requerimos de espacios de calidad donde ser escuchados en silencio por quien sabe acompañar la dimensión espiritual, acogiendo emociones, temores, sentimientos, dudas, en palabras del Concilio:

“**Los gozos y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de nuestro tiempo, sobre todo de los pobres y de cuantos sufren, son a la vez gozos y esperanzas, tristezas y angustias de los discípulos de Cristo, [porque] nada hay verdaderamente humano que no encuentre eco en su corazón**” (GS 1).

### 5/

## Durante la pandemia: acompañar con creatividad.

La crisis de la COVID-19 está siendo un momento único, de duelo global, y los profesio-

nales sanitarios se han visto especialmente afectados: muchos se han contagiado, poniendo su vida en peligro, y todos han visto cosas que, como hemos escuchado, nadie imaginaba siquiera vivir.

Durante la pandemia, especialmente en la primera y la segunda ola, pero también ahora mismo, el acompañamiento a los profesionales ha sido una de las claves de nuestra tarea, poniendo de manifiesto la necesidad de cuidar al cuidador.

Se ha acompañado con creatividad, tanto a los pacientes, como a sus familias que no podían estar físicamente junto a sus seres queridos, y también a los profesionales que trabajan en el hospital.

Se han multiplicado la innovación, con mascarilla, pantallas de protección, videollamadas, palos **selfie**, celebraciones por internet, para seguir haciendo lo que hemos hecho siempre: acompañar, sostener y dar sentido al sufrimiento y al sufriente. Con todo lo trágico de esta pandemia, se ha convertido en ocasión de dar lo mejor de nosotros mismos, de trabajar en equipo en los centros sanitarios, de integrar la atención espiritual en el marco de los cuidados integrales.

Diversos comités de bioética nacionales e internacionales han recordado, desde el inicio de la pandemia, el derecho y el deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad (cf. **la declaración del Comité de Bioética de España, de 15 de abril de 2020**).

Quiero también resaltar el derecho y el deber de facilitar el acompañamiento espiritual a todos los cuidadores, profesionales sanitarios y de servicios generales y administración de los hospitales, para poder elaborar el sufrimiento tan grave y el desgaste tan hondo que han padecido en el marco de su trabajo.

Es imprescindible introducir en nuestros equi-

pos, y me quiero referir especialmente a lo que más me incumbe personalmente, en nuestros equipos de los SAER la conciencia de lo importante que es acompañar al personal sanitario en particular y a todos los trabajadores del hospital en general.

## 6/

### Conclusión con siete propuestas.

1. Propongo introducir, con la ayuda de lo que me gusta llamar “**voluntarios profesionales**”, es decir, voluntarios vinculados a la capellanía que estén debidamente formados en relación de ayuda y acompañamiento, la figura de “**los cuidadores de los cuidadores**”.
2. Propongo crear grupos de ayuda mutua de profesionales para favorecer la psicoeducación en el manejo de la ansiedad y para sensibilizar sobre estigma que los problemas de salud mental tiene incluso en el ámbito hospitalario.
3. Propongo hacer patente con nuestra forma de acompañar que lo invisible es igual de importante y necesario de tratar con lo físico y visible.
4. Propongo que tengamos la audacia como Iglesia de ponernos a la escucha de las necesidades de quienes trabajan con nosotros y junto a nosotros para acompañarlos y cuidarlos para que puedan, a su vez, cuidar mejor a los enfermos.
5. Propongo que llevemos el Evangelio, aceptando incondicionalmente a quien sufre, sea paciente, familiar o profesional, poniéndonos a su servicio, con humildad y amor.

6. Propongo que seamos testigos con nuestra presencia, con nuestro “**estar**” y permanecer, de la auténtica esperanza en medio del mundo de la enfermedad y el sufrimiento.

7. Propongo, en fin, que pongamos ante nuestro buen Padre Dios a todos los profesionales para que se dejen guiar por el Espíritu del Señor y vivan en plenitud su vocación de cuidadores de quienes sufren a consecuencia de la enfermedad.

## 6/3

### La fuerza de la luz en mi noche oscura.

**José Martínez,**

voluntario de San Juan de Dios.  
Clínica Nuestra Señora de la Paz. Madrid.

La **Jornada Mundial del Enfermo** fue proclamada por el **Papa san Juan Pablo II** en 1992 y la celebramos todos los años el once de febrero, día de la Virgen de Lourdes.

Como enfermo agradezco a la Iglesia Católica el servicio creado para atender a los enfermos como es la Pastoral de la salud, servicio del que me he beneficiado a través de los capellanes y voluntarios de Pastoral, que atienden en el hospital a los enfermos que piden este servicio.

El nueve de marzo del 2021 ingresaba en el hospital para operarme; era necesario porque se había reproducido el tumor de páncreas, que ya

había padecido hace cuatro años y felizmente pude superar. Salía de casa a las siete y media de la mañana, en ese momento nadie podía presagiar que volvería a casa, milagrosamente, cuatro meses y medio más tarde. Entré a las ocho de la mañana en el quirófano, muy tranquilo, relajado, confiando en mi cirujano y su equipo, haciendo bromas y calculando el tiempo de recuperación, que yo calculaba para antes de la Semana Santa.

El cirujano ya me había comentado en citas anteriores, que la cabeza del páncreas, al estar pegada al duodeno, lo extirparía junto con la cabeza. Hasta aquí en teoría todo estaba controlado. Sin embargo, la experiencia nos demuestra una vez más que a pesar de la tecnología actual, y el seguimiento durante dos años de la displasia como así lo denominaban los cirujanos, hasta que no abren no se puede asegurar al cien por cien la situación real, y la ausencia de complicaciones, como de hecho me comentaba antes de la operación, y lleno de sensatez mi cirujano.

Empezó la operación, pasaban las horas y mis hijas esperando noticias, salió un miembro del equipo, para decirles que continuaban en el quirófano, hubo una segunda salida para decirles lo mismo y ya a las ocho de la tarde, les dicen a mis hijas que posiblemente no superaría el trance, mi vida peligraba por momentos y luchaban por superar la situación; imagino la angustia de mis hijas ante esta noticia tan inesperada, a la que había que añadir la tensión de la espera, una espera muy larga. Lo que por la mañana iba a ser una operación de serie, se convirtió en dos intervenciones y catorce horas de quirófano.

Se produjeron diversas complicaciones porque la vena mesentérica estaba dañada por el tumor, me produjo una sepsis que dañó a casi todos los órganos. Me cuentan mis hijas qué en los dos meses en el hospital, tuve cinco operaciones, yo solo recuerdo mi entrada en el quirófano del primer día. A lo largo de ese tiempo y en conversaciones del cirujano con mis hijas, se presentaron múltiples situaciones, por ejemplo,



hubo unos días que se daba por hecho el que ya dependería de la diálisis, o que me tenían que poner la clásica bolsa de las operaciones de colon, todo esto de por vida, un día delante de ellas perdí el conocimiento por una hipoglucemia.

En otra ocasión me cuentan que estando ellas acompañándome en la habitación, volví a perder el conocimiento, mi cara y mis ojos se transformaron, fueron unos momentos horribles para ellas, mi hija Nuria salió gritando al centro de control de la planta, la habitación se llenó de enfermeras y auxiliares, recuerdan que me pincharon y empecé a reaccionar. Yo no puedo situar cronológicamente estas vicisitudes, lo redacto recordando las conversaciones con mis hijas y los cirujanos del equipo.

A título de resumen debo decir que estuve en tres ocasiones clínicamente muerto. Hablando una vez con mi cirujano en su consulta, le decía cómo lo había pasado y rápidamente me comentó, usted ha estado dormido, quien lo ha pasado mal han sido sus hijas y nosotros. En una de estas circunstancias, pasados unos días me visitó un cirujano del equipo que daba por hecho mi final y me preguntó: ¿qué, no te ha gustado el mentiroso, sí, el que negaba?, ¿no te ha gustado San Pedro?, te digo esto porque le has tenido que ver, has estado un buen rato en el cielo.

Llegó la Semana Santa y seguía en el hospital, por lo visto alternando quirófano con la UCI, traigo a colación esto porque era el objetivo que me había marcado, pasar la Semana Santa en casa. En los momentos de lucidez yo pensaba que estaba viviendo un Viernes Santo, muy largo, un auténtico calvario, me sentía en la Vía Dolorosa de Jerusalén y ofrecía, y añadía mi enfermedad a la Pasión de Cristo, con mucha esperanza porque los creyentes sabemos, que para llegar a la Pascua hay que pasar por el Viernes Santo; la virtud de la esperanza es fundamental siempre para un cristiano. En gran parte basaba mi esperanza en las palabras de **San Pablo**: “**soy fuerte en mi debilidad**”, y yo lo he experimentado con creces,

¿cuántas horas, días, semanas, me he encontrado solamente en las manos del Señor!; a Él le pedía que me concediera fortaleza, uno de los dones del Espíritu Santo, creo que me lo concedió, a juzgar por el ánimo que en todo momento he demostrado, y sigue concediéndomelo; no cabe duda que cuando pedimos algo al Señor, siendo conscientes de nuestras limitaciones que son muchas como seres humanos, y pidiendo desde la humildad del corazón, el Señor nos escucha.

El Papa Francisco dice

“**La experiencia de la enfermedad hace que sintamos nuestra propia vulnerabilidad y, al mismo tiempo, la necesidad del otro, nuestra condición de criaturas se vuelve aún más nítida y experimentamos de modo evidente nuestra dependencia de Dios.**”

También nos deja esta reflexión sobre los Ángeles custodios:

“**Ese ángel que nos indica el camino cuando nos extraviamos, para volver a encender en nosotros la llama de la esperanza, para hacernos una caricia, para consolar nuestro corazón destrozado, para despertarnos del sueño existencial, o simplemente para decirnos: No estás solo.**”

Durante los dos meses que permanecí en el hospital, tuve sentimientos muy fuertes y viví algunos momentos, en los que sentía manifestarse al Señor a través de personas, por ejemplo en las manos del cirujano, mi hija Elena en más de una ocasión hablando de esto dice que el cirujano jefe es Dios en la tierra, lo dice desde la admiración, el respeto y el agradecimiento a su trabajo y a su saber; estas sensaciones también

las he tenido con algunos sanitarios a la hora de ejercer sus diversas funciones; también recibía mucha energía por parte de mis familiares, amigos y el sentirme acompañado por la Iglesia, en mi caso representada por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, el grupo de Biblia y la parroquia, las noticias que me transmitían de todos ellos eran oraciones por mi curación, rosarios, misas, etc..

Soy consciente que he tenido, a través de mis peticiones, acaparado mucho tiempo a San Juan de Dios y a **San Benito Menni**, su fiel discípulo. Y María, siempre María, nuestra Madre y modelo ante la adversidad. El comportamiento que han tenido mis hijas conmigo, en estos meses tan duros ha sido admirable, sin pecar de exageración, puedo decir que son dos ángeles; a través de ellas he comprobado y me han impregnado de la ternura de Dios, Padre-Madre, que tiene con las personas, cuando no le damos la espalda y le tenemos presente de forma natural en nuestra vida; no olvido a mis nietas Martina y Silvia que me han dado mucha fuerza, con su continua exigencia de querer estar conmigo en casa, para cuidarme, total que estoy rodeado de cuatro ángeles. **¡Qué importante es sentirse querido! ¡Y qué importante es dejarse querer!**

Han sido muchas las conversaciones con el cirujano jefe del equipo, me llama el guerrero, según él por la forma de plantar cara a las dificultades tan graves, que se fueron encadenando y por no entregarme en ningún momento en momentos muy críticos. Yo le decía doctor soy creyente y me contestaba no me sirve, he tenido muchos pacientes que también se confesaban creyentes, pero su actitud era distinta y manifestaban sus miedos como si no lo fueran.

Recuerdo que me preguntó en que trabajabas, le respondí en comercial y al final como formador de comerciales, ya pero ahora antes de la enfermedad, pues me llegó la prejubilación a los 58 años y me retiraba con el sueldo hasta la edad oficial de jubilación, y que hiciste, me propuse dedicar esos próximos siete años a los que no tienen voz en la sociedad, y aparecí

como voluntario en San Juan de Dios y llevo ya no siete sino dieciocho años colaborando en la Orden Hospitalaria, no estaremos hablando del Hospital de Ciempozuelos me dijo, si doctor le respondí, allí has tenido que ver de todo, si doctor y también he tenido la oportunidad de realizar muy diversas tareas con los enfermos, y como si hablara solo decía: ahora empiezo a responderme a muchas preguntas que me hacía, tengo aún una pregunta que hacerte, en qué estás metido en estos momentos o qué espera la vida de ti, el Señor me lo indicará doctor.

En otra ocasión le preguntó a mi hija Nuria, cómo entró tu padre en el quirófano la primera vez, pues muy tranquilo, gastando bromas, con mucha fe en Vd. y en su equipo, esta respuesta es la que esperaba, porque dice esto preguntó Nuria, porque nosotros en el quirófano vemos a través de los órganos como se ha dormido el paciente, y esto tiene alguna importancia, sino surgen problemas no, pero si surgen, los pacientes que se han dormido tranquilos, sin miedo, responden mucho mejor ante las dificultades que se presenten.

Por qué escribo estos comentarios sobre mi actitud, durante mi estancia en el hospital que llamaba la atención del cirujano y el me confesaba. Sólo encuentro una explicación en la confianza que deposité en el Señor, en ningún momento tenía un plan para comportarme como parece ser que lo hice, si es cierto que le pedía al Señor no perder la Esperanza y el don de la Fortaleza para no entregarme, para no bajar los brazos y presentarle cara a la enfermedad. Pude comprobar en primera persona la confesión de San Pablo “**soy fuerte en mi debilidad**”. Esto es así porque donde no llegamos los humanos, tan cargados de limitaciones, es Jesús quien trabaja por nosotros.

Y no olvidemos la comunión de los santos, santos conocidos por ser familiares o amigos, los santos de la puerta de al lado como dice el Papa Francisco; en mi caso algunos ya disfrutando de la Gloria de Dios; he tenido sensaciones tan fuertes, que cuando rezo el credo ahora, después

de esta experiencia siento de forma especial la comunión de los santos como una auténtica realidad.

Si tuviera que ofrecer una respuesta, a las incógnitas que se planteaba mi cirujano sobre mi curación, aparte de su habilidad, su entrega, conocimiento y ciencia demostrada con creces; echaría mano de San Juan de la Cruz y diría: Que bien sé yo la fonte que mana y corre, aunque es de noche.

Han sido muchas horas día tras día, para pensar, recordar, meditar y orar. Por la propia experiencia de la realidad que estaba padeciendo y sin olvidar que estaba habitando en la casa del dolor, que es como llamo al hospital; cuando estás inmerso durante días en esta pesadilla, te das cuenta hasta qué punto la sociedad oculta el dolor y la muerte, pensaba en tantos pacientes luchando con sus sufrimientos, miedos, limitaciones, incógnitas personales, etc.

Estas situaciones límite nos enseñan y demuestran que somos dependientes unos de otros, y hasta que punto nos necesitamos. Con carácter global el Covid-19 nos lo está mostrando con creces y marcando nuestras debilidades.

Estas situaciones límite tanto a nivel personal como a nivel de grupo, nos han de servir para convertirlas en oportunidades, en caso de que tengamos que reorientar nuestra vida; teniendo siempre en cuenta que el egoísmo es muerte, porque no aporta vida, nos introduce en la tiniebla y una vida que no esté abierta a los demás, no se la puede clasificar como tal. La caridad para los cristianos, el amor en general es luz, una luz que nos guía en la vida y nos abre a los demás.

Sin embargo, no todo es negativo, cuando recibía transfusiones de sangre, pensaba en los que lo habían hecho posible con su desinterés y caridad. He sido donante de sangre durante cuarenta años y ahora me beneficiaba de la labor altruista de otros. También me ha tocado vivir como paciente y depender de otras personas

para los cuidados más elementales; después de llevar dieciocho años como voluntario en San Juan de Dios, ahora me tocaba vivir en la otra orilla. ¡Qué riqueza vital proporcionan estas experiencias y cuantos motivos para dar gracias a Dios! Tengo muy claro como el Señor se manifiesta siempre a través de personas.

No busquemos a Dios en el Cielo ni en sitios lejanos. ¡Le tenemos tan cerca! Está dentro de nosotros y dentro de los demás. Cuando miramos al otro con los ojos del corazón, somos capaces de verlo y transmitir su ternura aquí en la tierra, como anticipo de la Vida. En esto consiste el Reino de Dios.

Después de los dos meses de hospital y dos meses y medio en un Centro de rehabilitación para volver a ser autónomo, volvía a casa, con ciertas limitaciones físicas pero reforzadas en los valores del humanismo cristiano. Ahora después de esta aventura en la que el Señor ha querido que continúe aquí, le pido que me ilumine para que pueda discernir sobre lo que Él aún espera de mí en esta vida y pueda ofrecérselo. Y a la Virgen de Lourdes como Madre y Maestra solicito su ayuda para cumplir con lo que su hijo Jesús, Nuestro Señor, me pida.

## 6/4

### Vivencia de la pandemia Covid-19: Acompañamiento desde la pastoral de la salud.

**Calixto Plumed Moreno, O.H.**  
Director de Labor Hospitalaria.

Resumen de las experiencias vividas en la diferentes delegaciones diocesanas de Pastoral de la salud, que se recogieron en el Encuentro de delegados que organiza, anualmente, la Dirección Nacional de Pastoral de la Conferencia Episcopal Española.

1/

## ¿Cómo hemos vivido esta situación de pandemia?

1/1

Secretariado interdiocesano  
Pastoral de la salud Cataluña.

Conceptos tales como: impotencia, incertidumbre, desorientación, desconcierto, angustia por no poder atender a las demandas que aparecieron ante esta situación y que en la mayoría de los delegados lo han experimentado tanto como ciudadanos, como profesionales y como agentes de pastoral. También han denotado la poca preparación de las estructuras hospitalarias y sanitarias para poder asumir situaciones como la presente, de manera especial los que son profesionales sanitarios y agentes de pastoral. Dificil manera de asumir la realidad de la soledad en los pacientes y las familias de las personas afectadas por la COVID-19 y en el plano de acompañamiento pastoral, lo poco desarrollada que está la atención pastoral a las personas mayores tanto en el ámbito parroquial como en el institucional. Se podía concluir la constatación de falta de cariño y compañía ante la muerte en soledad.

1/2

Delegación de Pastoral de Andalucía.

Imagino que como todos; con miedos, incertidumbre, soledad...pero también esperanzados y con la intención continua de buscar cauces para atender las necesidades de los demás. Además, aquellos que lo hemos vivido en el hospital, siendo aún más conscientes de la gravedad de la situación y por tanto en mayor medida de todo lo comentado con anterioridad.



Se ha vivido con mucha intensidad a la hora de tratar de responder a la demanda de asistencia religiosa en los hospitales, al principio sin EPIS los capellanes no podíamos hacer otra atención que no fuese telefónica con los familiares, sin poder entrar a ver a los enfermos. Una vez que se proveyó del material necesario comenzaron las visitas a enfermos, lo cual alivió mucho a los familiares.

Para muchos era un alivio que recibiese la unción de los enfermos. Se ha estado muy atento a las necesidades de los profesionales sanitarios para que se sintieran acompañados. Y se ha vivido con tristeza el no poder visitar y acompañar a los mayores en las Residencias y hogares particulares. Inicialmente con miedo e incertidumbre. Los grupos de pastoral de la salud parroquiales han visto muy disminuida, y en muchos casos suspendida, su actividad. Gran parte de las personas que se acompañan y sus familias pidieron dejar de ser visitadas por el miedo al contagio.

No se pueden visitar las residencias. Las reuniones de los grupos y equipos o se han suspendido o han pasado a ser virtuales, perdiéndose el contacto y lo hermoso de la presencia. A medida que ha ido evolucionando la situación se han ido retomando actividades, pero en ningún caso al nivel de la situación pre-pandémica.

Sobre todo desconcierto ante tantas incertidumbres, no se conocía casi nada del virus y las informaciones iban cambiando conforme se descubrían novedades sobre él y eso hacía que fuéramos cambiando protocolos y todo esto era fuente de inseguridad, esto junto al ver cómo personas cercanas enfermaban, conocidos morían y sobre todo personal sanitario bien por ser familia o conocidos por la delegación se enfrentaban a la “muerte” desprovistos de material... sin seguridad... viendo cómo sufrían física y moralmente... ha producido un gran desconsuelo.

Pero también lo hemos vivido con esperanza al ir conociendo avances en los tratamientos y en prevenciones y sobre todo al ver cómo la mayoría de las personas eran capaces de sacrificarse por el otro.

Desde la Pastoral de la Salud, ha sido difícil, la situación de pandemia ha provocado limitaciones para asistir a domicilio, unas veces por las medidas de seguridad, otras que los enfermos y/o las familias no permitían las visitas, y por parte de los agentes de Pastoral también expresaban miedo ya que la mayoría son personal de riesgo por patologías y por la edad. La atención se ha realizado por teléfono a las personas enfermas, en algunos casos ha resultado difícil.

El Secretariado, además del tema de la Campaña del día del enfermo con el lema “**Cuidémonos mutuamente**” contextualizado en el momento de pandemia que estamos viviendo, que se envió a todas las parroquias.

También se ha elaborado un documento práctico que dirigido al Agente de Pastoral atendiendo a las modalidades de atención presencial y/o no presencial a los enfermos y familia; “**Pastoral de la Salud en la pandemia, orientaciones y recomendaciones**”.

### 1/3

#### Secretariado interdiocesano Pastoral de la salud Canarias.

En un principio nos vimos muy limitados debido no sólo al miedo generado en toda la sociedad sino a que las edades de nuestros agentes de Pastoral son elevadas y por tanto eran los primeros a los que responsablemente debíamos proteger. Como después expresaremos la Creatividad también fue un punto de inflexión importante, en un principio estábamos tan atemorizados y replegados que parecíamos habernos quedado sin recursos para solventar la visita presencial.

La Coordinadora de Pastoral de la salud se planteó que era muy necesaria la formación de nuestros agentes de Pastoral en medidas de prevención sanitarias para que esas visitas tras el confinamiento pudieran volverse a realizar. De hecho invitamos a que quién libremente y según

su exigencia personal quisiera realizarlas pudiera hacerlo sin convertirse en vector de propagación del Sars-Cov2. Para ello dedicamos dos jornadas de formación, una centrada en medidas de prevención y otra en cómo acompañar, cómo modificar nuestros gestos para que los enfermos y sus familiares sintieran la misma cercanía de siempre intensificando los gestos, la escucha.

Nos ha hecho reconocernos profundamente humanos y tomar conciencia de nuestra vulnerabilidad, miedos, límites. Y descubrir la falsa sensación de seguridad en que hasta entonces nos movíamos.

Ha sido un proceso lento, pero también hemos ido dando pasos desde el miedo a la aceptación y poner nuestra confianza en Dios, como proceso liberador.

### 1/4

#### Secretariado interdiocesano Pastoral de la salud Galicia.

Incredulidad inicial y cierta negación, minimizando el posible impacto. Miedo.

Reconocimiento explícito de nuestra vulnerabilidad, nuestra impotencia, nuestra fragilidad.

Dificultades para el manejo de la incertidumbre.

Reconocimiento de la realidad.

La realidad a la luz de la Fe y la Esperanza.

Alineamiento con las autoridades sanitarias. Ejemplar.

Dos actitudes:

- 1). En espera, con cierta inhibición.
- 2). Dinamizando desde la esperanza: acciones concretas, disposiciones especiales. Caridad y solidaridad.

La nueva realidad (no es una nueva normalidad) Nuevos modos, nuevas formas, oportunidad para cambiar.

## 2/

### ¿Qué hemos aprendido de esta situación?

#### 2/1

##### Secretariado interdiocesano Pastoral de la salud Cataluña.

Lección de humildad al comprobar la debilidad del sistema sanitario, junto a la vulnerabilidad del ser humano. La tecnología ha venido para quedarse y que puede ser un gran aliado de la pastoral en los casos de final de vida, tanto en el del duelo del propio paciente como el de su familia, agentes de pastoral y voluntariado. Los valores de donación al prójimo, la riqueza que produce el trabajo en equipo, uniendo los recursos, ya que las dificultades ayudan a crecer, tanto personal como comunitariamente.

#### 2/2

##### Delegación de Pastoral de Andalucía.

Si se vive con esperanzas y con Cristo como opción fundamental en nuestras vidas, pondremos en el centro a la persona que sufre y nuestro dolor se hace más llevadero acompañando en el dolor a los demás.

Se ha agravado la epidemia que vivimos desde hace muchos años; vivir el sufrimiento, la enfermedad y la muerte en soledad.

Tenemos que “**buscarnos las papas**” para dar

respuestas a los que lo necesitan, mal hacemos si esperamos que nos lo solucionen...

Se ha echado en falta cercanía, apoyo y acompañamiento por parte de la Comisión Nacional.

Que tristemente se ha puesto en valor la Pastoral de la Salud, pues se ha descubierto por muchos como una necesidad para hacerse presente en este ámbito. También lo importante que es la formación en pastoral de la salud para responder al gran reto de estar presente en situaciones difíciles en las que surgen tantas preguntas importantes. Algo importante ha sido la puesta en marcha de muchas iniciativas de oración en favor de los enfermos y los profesionales.

Capacidad de adaptación y flexibilidad. Creatividad. En muchos casos se han buscado alternativas para mantener el contacto y seguimiento de las personas acompañadas: llamadas telefónicas, reuniones virtuales, mensajes...

A otros niveles creo que hemos aprendido el valor de cuidar y ser cuidados, la corresponsabilidad que tenemos unos respecto de los otros. Ser conscientes de nuestra vulnerabilidad nos ha hecho apreciar cosas que antes dábamos por descontadas o a las que no dábamos tanto valor: la movilidad, el valor de la familia, la comunidad, ese trabajo del que tanto nos quejábamos...

También a nivel de pastoral de la salud creo que hemos sido conscientes de la necesidad de una renovación, tanto de los grupos como de la forma de hacer las cosas y de la labor evangelizadora. Creo que se aprecia la necesidad de seguir cuidando a las personas que lo necesitan así como de promocionar estilos de vida y hábitos saludables en toda la comunidad. Que el ser humano es capaz de lo más grande y más hermoso y de lo más despreciable.

#### Aspectos positivos:

La preocupación de los unos por los otros. Hemos atendido las necesidades de vecinos que no conocíamos, se ha estado atendiendo

a personas que vivían solas, aunque fuera por teléfono. Hemos desarrollado la solidaridad, la bondad, la ayuda, la compasión.

El Equipo de coordinación diocesano de la Pastoral de la salud, envió a todas las parroquias el tema de la Campaña del día del enfermo con el lema **“Cuidémonos mutuamente”** junto con el subsidio litúrgico.

También se ha elaborado un documento práctico que dirigido al Agente de Pastoral atendiendo a las modalidades de atención presencial y/o no presencial a los enfermos y familia; **“Pastoral de la Salud en la pandemia, orientaciones y recomendaciones”**.

El equipo de la Pastoral de la salud diocesana, ha mantenido su programación de sesiones de coordinación (cuatro al año) en modo presencial y/o modo zoom. Igualmente, ha mantenido las sesiones programadas por el equipo de capellanes (cuatro al año). Se mantuvo la celebración del Día del enfermo, con una eucaristía presidida por el Obispo desde la capilla del obispado y retransmitida por televisión local.

Se ha mantenido el servicio del **Centro Escucha San Camilo (CESC)** a través de la forma presencial y/o telemática, en las modalidades de individual, pareja y grupo.

#### Aspectos negativos:

No hemos podido realizar los encuentros formativos programados por arciprestazgo.

Se suspendió unas Jornadas de Formación: **“Relación de ayuda”**.

Las visitas a las parroquias se tuvieron que interrumpir.

En el Piso para enfermos oncológicos y familia, se redujo la atención de tres a un solo enfermo y familiar, con motivo del Covid-19.

## 2/3

### Secretariado interdiocesano Pastoral de la salud Canarias.

La incertidumbre de estar confinados **“encerrados”** nos llevó a experimentar que la incapacidad de buscar tiempos tan necesarios para el encuentro familiar, tomaban relieve e importancia en nuestras vidas. Se puso en valor no sólo la vida, sino el compartir en familia.

La creatividad o la ausencia de la misma en estos momentos, ya que tuvimos que empezar a sortear la **“barrera infranqueable del contacto estrecho”** a través de medios digitales para no dejar atrás el bello servicio que cada agente de Pastoral realiza en su entorno.

Y empezamos a compartir unos con otros medios y soluciones para poder realizar al menos visitas virtuales a nuestros enfermos y sus familiares (llamadas telefónicas, videollamadas) el uso de estos medios fue uno de los primeros que hicieron volver a poner de relieve a la familia cuando queríamos contactar con mayores que no manejaban medios como video llamadas o WhatsApp. Como los nietos e hijos han sido verdaderamente intermediarios de comunicación. La puesta en valor de la solidaridad que se ha despertado de forma general en la sociedad y que ha sacado lo mejor de muchas personas de forma sencilla y sin hacer ruido.

Esto nos ha hecho testigos de **“las Semillas del Verbo”** en nuestra sociedad, ya que valores tan evangélicos y que normalmente los consideramos como propios o exclusivos de los cristianos, los hemos identificado en pluralidad que abarca nuestra sociedad española y reconocemos que la acción del Espíritu no es **“monopolio de nadie”**.

La valentía de todos aquellos que no tenían permisos expresos de movilidad por no ser profesionales de servicios esenciales y que aun así, vivieron el riesgo de aportar su tiempo y esfuerzo en hacer llegar a muchos mayores y

enfermos todo lo necesario para la supervivencia en sus domicilios durante el confinamiento, aún a riesgo de las anunciadas sanciones económicas a quien no respetara el confinamiento.

Hemos aprendido a valorar el silencio, la necesidad de cultivar la interioridad y la necesidad de orar para desde aquí ahondar en lo que estábamos viviendo, disfrutar de la soledad como tiempo regalado en lugar de experimentarla como imposición, aprovechar ese tiempo para fortalecer el misterio de la comunión de los santos y experimentarnos intercediendo unos por otros.

Sentir la presencia del Señor en nuestras vidas, a través de tantos gestos amorosos de incluso no creyentes, vecinos, desconocidos, nos ha llevado a reconocer la importancia del **“sacramento de la presencia”** y es que la necesidad de estar presentes, de acompañar físicamente, la importancia del contacto frente a aquellos que sufren ha despertado también en nosotros la importancia de los gestos y cómo ser unos para otros esa presencia de Dios.

Al inicio nos daba miedo el contacto. Pero en unos meses pusimos en alza el valor de los pequeños gestos, la importancia de saludarnos y mirarnos a los ojos, el ser capaces de sonreír con la mirada cuando las mascarillas fueron la principal barrera para compartir la vida y lo que en esencia somos. Ha supuesto volver a una sencillez de trato tal vez perdida.

Hemos aprendido sobre todo a ponernos en el lugar de tantos enfermos a los que visitamos con movilidad reducida y que no pueden participar de nuestras celebraciones si no es por los medios de comunicación, ya sea radio, televisión o las retransmisiones que se pusieron en alza por canales digitales. Y aprender a saborear la presencia del Señor más allá de poder participar presencialmente en la eucaristía.



**2/4****Secretariado interdiocesano  
Pastoral de la salud Galicia.**

**Hemos aprendido:** Reconocer la necesidad de trabajo en red. Relación y coordinación con otras instituciones, además de dentro de la Iglesia.

La Iglesia tiene mucho que aportar en medio de esta sociedad dominada por el laicismo.

Primera línea de los capellanes y asistentes espirituales en centros sanitarios.

Hemos mirado para otro lado durante mucho tiempo en relación con la calidad de la asistencia en las residencias de ancianos.

Incluso aquellas instituciones de atención a los ancianos, vinculadas de alguna manera a la Iglesia, pero con gestión privada o pseudoprivada nos han sorprendido o decepcionado.

Deficiencia de atención en residencias de ancianos. Necesidad de implicarnos más en esta tarea.

Poner en valor la ética del cuidado, es muy necesario.

**Hemos recordado:** La interdependencia y corresponsabilidad

La vulnerabilidad y fragilidad de todos.

El miedo...

El valor de la esperanza como motor de la acción.

Priorizar en las cosas sencillas. La esencia.

Hemos sido conscientes de que el utilitarismo nos intenta convencer.

**3/****¿Qué perspectivas vemos  
para la Pastoral de la  
Salud tras la COVID-19?****3/1****Secretariado interdiocesano  
Pastoral de la salud Cataluña.**

Llamados a dar testimonio de la ternura y misericordia de Dios ante tanto sufrimiento y dolor en esta situación pandémica de manera especial a los “descartados”. Ser llamados a poner en marcha los procesos que lleven a una cultura de protección y el cuidar del otro, especialmente de las personas mayores.

Renovación de la atención de los enfermos en el hospital con los presbíteros jóvenes o agentes de pastoral que tengan predilección por la dimensión sanitaria en la evangelización del enfermo. Creación de una aplicación (app) para cada parroquia donde se pueda tener un listado de enfermos que necesitan asistencia religiosa o espiritual localizados en su domicilio, hospital o residencia. Tener atención especial a la soledad, de manera especial a las personas mayores vulnerables.

Consolidación en las parroquias de la Pastoral de la Salud. Conseguir un buen equipo de agentes de pastoral a nivel interdiocesano bien formados es BÁSICO.

**3/2****Delegación de Pastoral de Andalucía.**

Redoblar esfuerzos y afianzar nuestro objetivo de llevar la Buena Noticia de Jesús de Nazaret

a los enfermos, sufrientes y sus familiares. Esta pandemia debe revitalizar nuestra misión.

Hay temas que urgen y en los que debemos clarificar y potenciar nuestras acciones: soledad, final de vida, apoyo a los cuidados paliativos (ahora entra una ley de eutanasia), atención espiritual en los hospitales, la atención a enfermos en la vida parroquial, atención al duelo (más aún por la actual pandemia), atención a los profesionales...

Debemos potenciar los medios de comunicación y actuaciones comunes con la Delegación Nacional y otras diócesis, especialmente las de nuestra comunidad autónoma.

Debemos ir haciendo un trabajo (en Andalucía parece que de forma más urgente) de revisión y argumentación de los acuerdos Iglesia-Estado (o comunidad autónoma) sobre la atención religiosa en los centros sanitarios. No creo que sea suficiente con ratificar lo actual. ¿Realmente estamos actuando y respondiendo como se necesita?

En la mayoría de los ámbitos y cuestiones que se plantean en el futuro, deben potenciarse los aspectos que nos unen con otras comisiones/delegaciones (por ejemplo; con Familia y Vida en el caso de los cuidados paliativos y eutanasia).

Creo que no se puede descuidar, antes bien incrementar los esfuerzos en este área pastoral ante los desafíos que se presentan. Apuesta decidida por reclamar Unidades de cuidados paliativos y emprender acciones de información sobre los peligros que encierra la ley de la eutanasia.

Sensibilizar y crear conciencia sobre esa triste pandemia de la soledad que nos golpea hace tiempo y se irá haciendo más extensa y presente. Tener presente la acción pastoral hacia los profesionales del campo de la salud y hacia los cuidadores de enfermos y mayores.

En lo que a la diócesis de Málaga se refiere, procuraremos retomar los encuentros presenciales

a todos los niveles, las visitas a las personas enfermas en domicilios y residencias, renovación de las personas que integran los grupos, elaboración de un proyecto diocesano de pastoral de la salud y hacer de toda la comunidad cristiana sujeto y objeto de pastoral de la salud, para que las parroquias se conviertan en recursos saludables y salutogénicos para su entorno, anunciando a toda la sociedad la salud que emana del Evangelio

Lo primero es querer pensar que hemos aprendido como sociedad y a nivel personal... y que sobre todo pongamos en marcha de forma consciente la prevención como forma de sanación y no esperar enfermar.

Retomar las actividades programadas atendiendo a las medidas que aún están vigentes y corresponde a la situación de pandemia. Las que no podamos recuperar en el actual curso, las retomaremos en el próximo curso 2021-22.

**3/3****Secretariado interdiocesano  
Pastoral de la salud Canarias.**

Uno de los mayores retos que nos planteamos es por tanto implementar la formación de nuestras agentes de Pastoral tanto a nivel humano como en el acompañamiento espiritual de nuestros enfermos, sus familiares y acompañantes. Así como en medidas de prevención sanitarias.

Ser capaces de subirnos al tren de las nuevas tecnologías y hacerlo sin que descarrilen nuestros mayores ni nuestros agentes de Pastoral, formarlos también en esto para que ninguna pandemia pueda ser impedimento de que dejemos de realizar el acompañamiento a nuestros mayores y enfermos, e incluso humanizar estos medios y hacerlos siempre cauces de encuentro, vida y experiencias compartidas.

Durante esta pandemia que trataba de proteger por todos los medios la vida nos encontramos

con la incongruencia del proyecto de ley y posterior aprobación de la Ley de la Eutanasia en nuestro país, algo que a nuestros agentes de Pastoral también ha creado bastante inquietud, puesto que es otro campo a cubrir en formación para saber acompañar estos procesos, para que puedan ser puentes de una correcta información y conocimiento de cómo los cuidados paliativos y un buen acompañamiento al enfermo y sus familiares son una buena alternativa.

Debemos mejorar los espacios de oración compartida y/o proporcionar momentos de encuentro con el Señor, de los agentes de Pastoral, los enfermos y sus familiares. Momentos en que se les presente a Jesús en su cercanía y especial predilección por los que sufren y qué este sea redescubierto como referente de sus vidas a través de su Palabra y actos que hablan de salvación integral de la persona.

Vemos del mismo modo que el futuro de la Pastoral de la salud pasa por un testimonio de vida coherente en que presentemos la amplitud del acompañamiento y no sólo una pastoral de sacramentos y éstos conectados con la vida.

Hemos evidenciado en algunas ocasiones la deshumanización de la salud dando lugar a una atención sanitaria en el que se violan los derechos del enfermo no sólo a estar acompañado de sus familiares/seres queridos, en situaciones finales de la vida, sino en los momentos en que se les ha denegado el derecho de asistencia/accompañamiento espiritual. Por ello entendemos que el reto está en ser valientes defensores de ambos derechos fundamentales de la persona, y si es preciso emprender acciones legales que los restituyan.

Sería positivo una declaración conjunta de la Conferencia Episcopal Española, a modo de denuncia profética con respecto a esta deshumanización de la salud que en todas las comunidades autónomas estamos evidenciado.

Somos conscientes de que la soledad impuesta en el confinamiento cuando ésta no es vivida

como oportunidad de crecimiento interior constituye para nuestros mayores y enfermos una amenaza, con lo cual la soledad indeseada por tantos nos interpela al acompañamiento presencial realizado con todas las medidas de seguridad, ya que esta presencialidad será quien nos haga garantizar un verdadero acompañamiento pastoral.

Otro reto está en el cambio en el orden social en cómo nos relacionamos, hacerlo con más humanidad, tal vez sea nuestro momento de hacer aún más presentes los valores del Reino.

En el ámbito de la bioética, vivimos con cierto escándalo la tibieza en nuestra denuncia profética el momento en que se seleccionaba a quién conectar a un respirador en función de su edad y posibilidad de éxito del tratamiento anti-Covid. Ciertamente debido a la demanda masiva y el desabastecimiento que se vivió en general no sólo en nuestro país sino a nivel mundial. Creemos que sería preciso si esto vuelve a ocurrir u otras situaciones parecidas alzar la voz por los sin voz.

Otro reto es el de ser capaces de generar debate social que abra a la reflexión del valor de la vida y de la dignidad de nuestros mayores, encontramos que están actualmente devaluados, como bien expresa el Papa Francisco los descartados por la sociedad.

Consideramos que en Canarias hemos de emprender la colaboración con las residencias de mayores de ámbito público y privado para que el acompañamiento espiritual sea una realidad, ya que actualmente no está bien cubierto.

Iniciarnos en el trabajo en red, para mejorar la comunicación entre agentes de Pastoral para que ninguna emergencia - soledad quede sin atender, que nadie muera en soledad.

Consideramos importante retomar el acompañamiento a las personas con duelo conflictivo o no elaborado, originados por la imposibilidad de realizar los ritos de despedida.

### 3/4

#### Secretariado interdiocesano Pastoral de la salud Galicia.

Presencia en las instituciones sanitarias.

Acompañamiento a enfermos, familias, profesionales...

Testimonio del Buen Samaritano en los hospitales y centros sociosanitarios.

Rastreadores y detectores de nuevas necesidades.

Importancia de los sacramentos de Vida.

Papel más activo (reasignar) de la Pastoral de la Salud a nivel de las comunidades (Parroquias, UPAs).

Coordinación con Cáritas y otros organismos. Somos una Pastoral de VIDA y de salud. La importancia de acompañar en la soledad.

Somos una Pastoral necesaria e imprescindible que debe reivindicar su justo protagonismo Pastoral: fidelidad al mandato evangélico.

Necesidad que la Pastoral de la salud como departamento, subcomisión... permanezca.

Su omisión en el organigrama de la Conferencia Episcopal Española y también de la Santa Sede es impropio, inoportuna y difícilmente explicable (obviar la referencia explícita a la salud en cierto modo traicionar un mandato evangélico, y merece una reflexión muy seria por parte de todos).

### 3/5

#### Pastoral de la Salud de Levante.

La Pastoral de la salud está llamada a seguir siendo un elemento fundamental en el mundo de la enfermedad y del sufrimiento, por lo

que hemos de aprovechar la experiencia de la pandemia, que hemos padecido, para mejorar en nuestra acción pastoral.

#### Pastoral hospitalaria

El principio de la pandemia fue un tiempo muy duro, en el que, con grandes dificultades, pudimos acompañar a los enfermos, a sus familias y al personal del hospital, hundido en el sufrimiento; lleno de fe y esperanza, movido por el amor a Dios y a nuestros hermanos; llevándoles, en todo momento, el consuelo que sólo Dios nos sabe dar.

La dimensión sacramental de nuestro ministerio ha sido fundamental. El alivio que trae el perdón de los pecados, la fuerza santificante de la Unción de los Enfermos y la gracia de la Eucaristía, han mostrado una virtud y una eficacia que han constituido el núcleo de nuestra acción pastoral en este tiempo.

La Santa Unción es el gran sacramento que nos cuida en la hora suprema de la vida, y muchas veces ha sido el único que hemos podido administrar, ya que por él se nos han abierto las puertas del aislamiento más riguroso. Allí donde no podían acercarse los familiares, los seres queridos, se acercaba Cristo con su gracia en la Unción.

A los familiares de los enfermos les hemos llevado el consuelo de Cristo. Y la firme esperanza de la resurrección a quien llora la muerte de sus seres queridos. Nuestra misión ha sido, también, llevar la esperanza de Dios a los profesionales. Al confortar a los médicos, al personal de enfermería y a todos cuantos tienen la misión de curar y cuidar a los enfermos, nos hemos unido a su cansancio y su angustia, a su cuerpo agotado y su alma dolorida.

Ante una crisis como la que hemos vivido, se ha visto la necesidad de contar con un buen equipo de capellanes, debidamente formado y preparado para que ejerzan su ministerio pastoral con la mayor efectividad posible.



El capellán ha de ser una persona capacitada y preparada espiritual, psicológica y físicamente para desarrollar esta misión.

En el ámbito de la espiritualidad de los capellanes, hay que insistir en la dimensión martirial de su ministerio: la de cuidar a los enfermos aun a riesgo de su propia vida, dando testimonio de que el amor a Cristo -que está en cada uno de los enfermos- es más grande que el miedo al contagio, a la enfermedad y la muerte.

De ahí también la necesidad de elegir como capellanes a sacerdotes que tengan vocación manifiesta para la pastoral sanitaria, ya que no todos tienen la imprescindible sensibilidad para asistir a los enfermos en el medio hospitalario.

Además, es necesario que reciban una adecuada formación específica, teológica y pastoral, sobre la salud, la enfermedad y la persona enferma, así como una profundización en la teología sacramental, de forma singular en la Santa Unción. Del mismo modo, los capellanes deben tener conocimientos básicos de la normativa legal que les afecta, conociendo los derechos y deberes que les incumbe, como personal del hospital que es.

Otro tema formativo, de gran interés, es el de las habilidades de relación de ayuda y de acompañamiento, ya que el capellán debe conocer y ayudarse en su labor con esas destrezas para acompañar al enfermo y su familia.

Las condiciones físicas de los capellanes se han revelado sustanciales ante una crisis sanitaria como la vivida. No suele ser conveniente que los capellanes sean de edad avanzada, ni que padezcan alguna enfermedad debilitante o que les impida realizar adecuadamente su ministerio.

Dado que en nuestros servicios hospitalarios tenemos una elevada proporción de sacerdotes de edades medianas y jóvenes, esto ha sido determinante para que los servicios pudiesen continuar adecuadamente sus funciones aun en plena pandemia. Por ello, en la Comunidad

Valenciana, no ha sido necesario requerir la ayuda de sacerdotes externos al servicio para colaborar en la atención religiosa hospitalaria, aunque teníamos abundantes y generosos ofrecimientos en tal sentido.

En alguna diócesis prestan también su servicio personas idóneas. Si bien éstas pueden colaborar en la pastoral sanitaria y desarrollar una excelente labor, hay que asegurar que en cada hospital exista siempre el suficiente número de sacerdotes que permita la atención sacramental de los enfermos.

Aunque teníamos suficiente personal para atender toda la demanda que esperábamos se produciría, sin embargo, por diversas causas, ésta bajó sustancialmente. Aun en los peores momentos, las visitas a los enfermos en situación de aislamiento se pudieron realizar para impartir los sacramentos y, especialmente, la Santa Unción, aunque a veces ha supuesto un gran esfuerzo vencer las comprensibles y férreas reticencias de algún personal sanitario para estas visitas.

La pastoral de la salud está llamada a seguir siendo un elemento fundamental en el mundo de la enfermedad y del sufrimiento, por lo que hemos de aprovechar la experiencia de la pandemia, que hemos padecido, para mejorar en nuestra acción pastoral.

#### **Pastoral sociosanitaria**

Las personas de edad avanzada han sufrido un confinamiento muy riguroso que ha producido un acelerado deterioro corporal y mental, siendo especialmente notable el causado en los enfermos de Alzheimer. Nuestros mayores dependientes, tanto los residentes en los centros sociosanitarios como los que viven en sus domicilios familiares, han sido los que más han sufrido en este tiempo.

La pandemia produjo el cierre de toda actividad pastoral en las residencias de mayores. Los capellanes se vieron imposibilitados de acudir y durante meses se vieron privados nuestros

residentes de participar en la santa Misa. En las habitaciones que disponen de televisión, podían seguir virtualmente la celebración eucarística, pero hay muchas que no tienen esa posibilidad. Poco a poco, la situación se ha ido normalizando, pero continúan algunas restricciones y sin poder colaborar aún el voluntariado.

En algunas residencias religiosas, el sistema de megafonía hacía llegar el consuelo de la fe hasta el último residente, hasta el último rincón.

Qué importante ha sido, en este tiempo en que han estado confinados, que cuando la religiosa o el trabajador acudían a cuidar al anciano, lo hacían acompañados de la ternura de la mano y del corazón que llevaban el amor de Dios, y de la palabra afectuosa que transmitía la esperanza compasiva de nuestro Señor. Su formación pastoral se ha revelado muy eficaz.

La pastoral en los centros sociosanitarios se encuentra en una situación, en general, muy débil y necesita notables esfuerzos para desarrollarla. Lo que está sucediendo en nuestras residencias es de una gran gravedad. Son muchas las causas que inciden en esta situación. No será una tarea fácil, pero es una deuda que tenemos para con las personas mayores que lo han dado todo por nosotros.

#### **Pastoral parroquial**

La Pastoral de la salud en las parroquias se resintió, como toda acción pastoral, durante el confinamiento. Dado que nuestros agentes de pastoral no podían realizar visitas físicas, estas fueron sustituidas por las llamadas telefónicas. Paulatinamente, los visitantes de enfermos han vuelto a reiniciar su actividad, aunque presenta actualmente grandes dificultades.

En la mayoría de las parroquias, son un pequeño grupo de personas de edad avanzada. Hay un descenso progresivo de su número, a la vez que son más mayores. Además, por la pandemia, muchos han dejado de participar, resintiéndose las visitas domiciliarias.

Se hace, pues, más acuciante la necesidad de un rejuvenecimiento generalizado de nuestros agentes pastorales, así como de la animación, formación y acompañamiento de los mismos, a la vez que la sensibilización de los sacerdotes para que apoyen y participen en esta pastoral, que cada vez tendrá más fieles a los que atender por el natural envejecimiento de la población, así como a sus familiares y a los cuidadores de los enfermos.

En estos meses ha aumentado considerablemente el número de personas mayores y dependientes que permanecen sin salir de sus domicilios. La soledad se ha intensificado con el confinamiento. La misión de acompañarles en su soledad se está haciendo cada vez más necesaria.

#### **Pastoral diocesana**

Desde el primer momento se hizo un especial acompañamiento de los capellanes de nuestros servicios religiosos, especialmente por vía telefónica y por mensajería instantánea, dado que por el confinamiento se hicieron imposibles las habituales reuniones presenciales. Las nuevas tecnologías favorecieron el poder resolver en tiempo real cuantas dificultades, dudas y problemas se suscitaban en el cambiante día a día. El acompañamiento personal es un elemento fundamental en la actividad de las delegaciones diocesanas, pues siempre hemos de cuidar al cuidador.

Pronto se vio que los enfermos y sus familiares no estaban solicitando en los hospitales la asistencia religiosa que hubiera sido de desear y que todos esperábamos. Por el contrario, ésta disminuyó muy notablemente, tanto en las peticiones de visitas como en el acompañamiento y en la administración de los sacramentos. Así pues, era necesario sensibilizar a nuestros fieles para que sintieran la necesidad de que, cuando cayeran enfermos ellos o sus seres queridos, no dudasen en solicitar la asistencia religiosa en los hospitales.

Por otra parte, era de justicia hacer presentes ante la sociedad a nuestros capellanes, como

personal sanitario que también son, pues frecuentemente no se piensa en ellos como profesionales del hospital, así como poner en valor todo lo que hacen con su labor silenciosa y abnegada, con su esfuerzo y generosidad.

Teniendo presentes estos principios, nuestras diócesis produjeron intensas campañas de sensibilización, con reportajes en televisión, spots, artículos periodísticos, cuñas radiofónicas, carteles y otros medios audiovisuales, que tuvieron una amplia repercusión. Campañas que se han de mantener en el tiempo para reforzar la promoción de este servicio entre nuestros fieles.

Así pues, los servicios de asistencia religiosa católica en nuestros hospitales han mostrado ser robustos y capaces de subvenir crisis sanitarias excepcionales como la que hemos vivido. Pero hay que insistir en el cuidado y acompañamiento de los capellanes, así como en la sensibilización de la población sobre la necesidad que todos, creyentes y no creyentes, tenemos de ser acompañados espiritualmente cuando estamos enfermos.

### 3/6

#### Provincia Eclesiástica de Extremadura.

Hasta el momento de iniciarse la pandemia las tres diócesis organizábamos encuentros interdiocesanos, reuniones de capellanes alguna vez al año, contrastando los diferentes modos de realizar la pastoral de la salud en nuestras diócesis.

Somos 25 personas, entre Capellanes y algunas personas idóneas, quienes atendemos pastoralmente las necesidades espirituales y religiosas en los doce hospitales públicos de Extremadura.

Y en este periodo de pandemia, hemos tenido que afrontar diferentes cambios. A nivel interdiocesano hemos suspendido los encuentros y esperamos poder reanudarlos en breve. En el ámbito diocesano también hemos dejado pro-

visionalmente la actividad de los voluntariados salvo en aquellos casos que eran muy necesarios por diferentes motivos y con muchas precauciones. Este es el caso de algunos enfermos con cuidados paliativos.

Por otra parte, cada hospital ha generado su propia normativa para organizar mejor la atención a los enfermos, y para eso, a veces, ha sido preciso restringir el acceso a ellos, reduciéndose a un solo acompañante, y el acceso controlado a los espacios de actividades comunes, como las celebraciones de culto.

En algunos hospitales hemos suspendido los cultos porque no era posible el acceso de las personas del exterior al hospital, para otra actividad que no fuera acompañar a un familiar enfermo.

En cuando a nuestra actividad pastoral dentro del hospital, hemos tenido que extremar las precauciones, lo cual generaba en ocasiones un cierto estado de inquietud. Y también hemos tenido que indagar junto a los agentes sanitarios, cómo realizar un mejor acercamiento a aquellos que nos necesitaban más.

Pero también es verdad que este estado de cosas nos ha aportado algunos aspectos positivos y no desdeñables de cara a la pastoral de la salud. Podríamos decir que esta pandemia nos está evaluando a todos. Y nos está examinando sobre los niveles de humanización que estamos consiguiendo en realidades tan diferentes de sufrimiento.

Qué capacidad de resistencia ante la adversidad, y cómo somos capaces de reaccionar ante los diferentes rostros del sufrimiento humano. Y, por otro lado, qué competencias necesitamos adquirir, como agentes de pastoral, para mejorar nuestra aproximación al ser humano en la diversidad de circunstancias. Y aquí nos hemos encontrado con la soledad como situación a acompañar de la mejor forma deseable.

La Pastoral de la salud, antes de la pandemia gozaba de facilidad organizativa. Ahora, hemos

tenido que organizamos mejor para llevar a cabo los acompañamientos a los más débiles.

Tenemos por delante una necesidad de formarnos mejor, no por motivos de curriculum, sino por un servicio cualitativamente mejor a los enfermos con patologías diversas. Y desde luego, hoy es más necesaria que nunca una labor de equipo, para afrontar mejor las situaciones desconocidas y coordinar esfuerzos.

No podemos ignorar una lección importante en toda esta situación. Lo que hemos aprendido no es suficiente, y con lo aprendido no lo sabemos todo. Un sufrimiento añadido a la labor de los sanitarios ha sido encontrarnos con muchos de ellos reconociendo su impotencia por desconocer qué más habría que hacer.

Desde luego para resolver problemas de salud en el ser humano no es suficiente con lo adquirido, pero no es menos cierto que cuando no encontramos la solución médica podemos siempre aportar la atención integral de aquellos aspectos que forman parte también de la estructura humana y que no podemos marginar como aspectos residuales, sino que es preciso recurrir a quienes pueden aportar un servicio de humanización integral necesario. Estos aspectos se traducen en necesidades propias de la interioridad de las personas, de la espiritualidad de sus vidas.

Por todo ello, al tiempo que lamentamos no haber podido abordar la enfermedad COVID-19 como hubiéramos deseado, esperamos aprender a situarnos mejor ente nuestros enfermos para llevarles el consuelo y el apoyo que necesiten.





# 6/5

## Defendiendo la vida, toda la vida.

**Margarida Gonçalves Neto,**  
Psiquiatra. Casa de Saúde do Telhal.  
Mem Martins. Portugal



Artículo original en portugués

La decisión de seguir la medicina surgió en la infancia. Me gustaba imitar los gestos que aquellas personas de bata blanca nos hacían a mí y a mis hermanos. Recuerdo haber jugado en la escuela, algunos haciendo de médicos, otros de enfermeras y otros de pacientes.

Más tarde admiré el cuidado con el que se trataba a mis abuelos. Mi abuela fue muy dependiente durante unos años. La familia se desvió por cuidarla. Todos estos cuidados dejaron una profunda huella en mi crecimiento. Más tarde, añadí razones y motivaciones. Me di cuenta de que esta era la vida que quería vivir para siempre. Tenía curiosidad por saber y gusto por estudiar, pero sobre todo quería lo que es la medicina: un compromiso, una dedicación, una vocación.

Tuve una educación católica y busco a Dios para dar sentido a mi vida. Siento la tranquilidad de la Fe y la inquietud de tantas cosas que necesito ser y hacer. Siempre he tenido este principio, esta conciencia de construir el Reino, con mis debilidades y tantas imperfecciones.

En la Facultad, formé parte del alumnado católico de la Facultad de Medicina. Rezamos regularmente y compartimos nuestra vida de estudiantes a la luz de la fe. ¡Qué hermosa complicidad! El año pasado organicé la participación de la Facultad en la ceremonia de bendición de las becas (tradición académica portuguesa). Para mi sorpresa, un gran número de estudiantes quiso participar en la misa que la pastoral universitaria organizó en ese momento con todos los graduados de la universidad. Recuerdo a un colega que me dijo - mira... no soy católico... pero me gustaría tener una beca firmada por el cardenal patriarca - ¡quién sabe, un día puedo volver a creer!

Durante mi época de estudiante, en Portugal se empezaron a discutir temas relacionados con la Educación Sexual. Siempre fue un tema al que presté atención y más tarde determinaría muchas acciones de psicoeducación que realicé, en el contexto de los movimientos juveniles y de la preparación al matrimonio.

En 1984 se aprobó la Ley del Aborto en Portugal. Eran tiempos difíciles, de mucha militancia cívica comprometida. Participé en muchas manifestaciones contra ella. El pueblo portugués respondió con vigor y convicción. En aquella época yo era el líder de la Asociación de Guías de Portugal (un movimiento educativo femenino paralelo al movimiento scout de Baden Powell). De forma todavía muy tímida pero muy vibrante, redacté una moción que fue aprobada con elogios y aclamación en el Consejo Nacional.

¡Qué feliz era! Ese momento fue el primer paso de las muchas cosas que he hecho desde entonces, junto con muchos compañeros de la causa de la vida. Fue entonces cuando adopté para mí el lema: Defender la vida, toda la vida.

Parece un lema obvio, especialmente para un médico que tiene en su código deontológico la misión absoluta de proteger y cuidar la vida, desde el nacimiento hasta la muerte natural.

A lo largo de los años, hemos asistido en Portugal y en muchos países europeos a un feroz ataque a zonas que creíamos intocables. Me refiero a cuestiones de vida, pero también a cuestiones de educación y de familia.

**San Juan Pablo II** alertó al mundo de todas estas peligrosas transformaciones. Nos desafió a estar atentos a los signos de la cultura de la muerte en contraposición a la cultura de la vida. Esta tensión -cada vez más actual- siempre ha convocado mi energía y mi acción. Las sociedades se enfrentan a una creciente cultura de la muerte que se está imponiendo, y muchos ya la están integrando sin pensar críticamente. Ya sea porque se rinden o porque ya no pueden hacer frente.

En 1986, como médico, hice un curso de formación de formadores en Educación Sexual y Planificación Familiar en el Movimiento de Defensa de la Vida (**MDV**), que se había creado entretanto. Me convertí en formador en estas áreas e impartí formación en educación sexual por invitación de colegios, catecismos, cursos de preparación al matrimonio y otros.

Quise prepararme mejor y me fui a Francia a hacer un curso de asesoramiento matrimonial en el Centre de Liaison des Equipe de Recherche (**CLER**), donde seguí preparándome en temas de conyugalidad, sexualidad, familia y educación. Fue una experiencia extraordinaria, de la que guardo grandes recuerdos y lecciones que aprender.

Cuando llegó el momento de elegir una especialidad, me pareció que la psiquiatría sería el área de la medicina donde se podría profundizar y continuar estos temas, donde podría ser más útil en el ámbito cívico y profesional. Como psiquiatra, tendría más conocimientos y comprensión y, por tanto, más intervención.

Por eso también hice una especialización en Sexología -en el Instituto de Sexología de Madrid- y en Terapia Familiar en la Sociedad Portuguesa de Terapia Familiar. Son áreas en las que trabajo profesionalmente y me dan herramientas para diversas intervenciones.

La formación en Terapia Familiar me permite trabajar con familias y parejas. Y, sobre todo, me permite entender los problemas desde un punto de vista sistémico, lo que ha enriquecido mi visión de los problemas y las soluciones.

Puede parecer que no tiene nada que ver con la causa de la vida, pero lo siguiente tiene el mismo principio. La de la vida y la vida con dignidad.

La isla de Timor es un territorio lejano, cercano a Australia. Hasta la revolución portuguesa del 25 de abril, era territorio portugués. En 1975, fue invadida por Indonesia y permaneció así hasta 2002, cuando fue declarada nación independiente. En 1991, poco después de la visita de San Juan Pablo II, hubo una masacre en Dili, en el cementerio de Santa Cruz.

La masacre fue filmada y difundida por todo el mundo, causando gran consternación en Portugal. Eran principalmente jóvenes los que se manifestaban por la libertad y la independencia. En 1992, un grupo de portugueses -principalmente estudiantes- al que se unieron jóvenes de otros países, se atrevió a viajar a Timor. La misión Paz en Timor quiso llegar a Dili en barco, para depositar flores en el cementerio y rendir así homenaje al valor de los que lucharon por la independencia de su país. Fue una misión inspirada por Green Peace.

Me invitaron a participar en esta misión como miembro del equipo médico. Lo hice como interno de la especialidad de psiquiatría, ya que se consideró que la labor de acompañamiento de los jóvenes participantes sería importante. Varios buques de guerra indonesios impidieron que el barco entrara en las aguas de Timor, pero creo que se logró el objetivo solidario de promover la causa de la independencia.

Nos atrevimos a desafiar a la gran potencia asiática y a mostrar al mundo la causa olvidada de Timor. Diez años después, Timor fue declarado país independiente y libre.

Más tarde conocería Timor, para trabajar con las familias de la diócesis de Baucau. Y un poco más tarde, serví en Laclubar, durante un mes, ya como psiquiatra con los Hermanos de San Juan de Dios.

Después de terminar mi especialidad, en 1993, empecé a trabajar en la Casa de Saúde do Telhal (CST). Ya conocía el Telhal y el trabajo de los Hermanos de San Juan de Dios. Me cautivó su humanismo, su cercanía a los pacientes, el trabajo de rehabilitación, la misión y los valores de la institución.

Llevo 29 años trabajando allí a tiempo completo, con toda la dedicación de la que soy capaz. Siendo psiquiatra general, me he dedicado al área de Alcoholología, coordinando la unidad de Alcoholología del CST.

El trabajo con los pacientes alcohólicos es también un trabajo por la libertad y por la dignidad de la vida. Los pacientes y sus familias, esclavizados por la dependencia del alcohol, están motivados para dejar de beber y entrar en un programa de tratamiento.

Este programa, que comienza con la desintoxicación, es un viaje. Al dejar de beber, el paciente se vuelve capaz de asumir su dependencia por primera vez. A continuación, se le invita a realizar un trabajo interior en el que descubra las razones de su dependencia. Acompañar a cada persona para que pueda optar por la abstinencia es muy emocionante y reconozco en mí un gran entusiasmo por este trabajo. Es un viaje que comienza en la oscuridad pero que conduce hacia la luz. También aquí se pasa de la dependencia a la libertad. Uno se encuentra con la fragilidad y la vulnerabilidad humanas. Creemos que es posible volver a empezar y reconstruir. Se observa el vigor de la vida frente a la muerte.

En 1994, con motivo del Año Internacional de la Familia, me invitaron a crear y presentar un programa de televisión sobre la familia. Se llamaba “Cosas de familia” y pretendía presentar y debatir los retos de cada etapa del ciclo vital familiar. Fue mi primera experiencia en televisión. Le seguirían otras, principalmente relacionadas con intervenciones en el ámbito de la vida y la familia.

En 1998, tras la aprobación de la ley que despenalizaba el aborto a partir de las 10 semanas a petición de la mujer, las fuerzas políticas decidieron convocar un referéndum. Fueron semanas de intensa preparación de la campaña, los movimientos cívicos contra el aborto no tenían ni experiencia ni dinero.

Todo estaba hecho. Preparación de espacios, debates y sesiones informativas en todo el país. Fue una campaña llena de fervor e ingenuidad. Quizás el más hermoso en el que he participado. También por el resultado: 49% para el Sí y 51% para el No. Era una lucha de David contra Goliat y habíamos podido ganar. La causa de la vida había ganado. Se sentía como un sueño, había sido una gran victoria.

Pero ganar no era suficiente. Era necesario cumplir lo que se había dicho en la campaña. Hay que ayudar a las mujeres embarazadas con dificultades. A partir de entonces, los movimientos cívicos por la vida se organizaron en servicios de proximidad, creando centros de apoyo a la vida que todavía hoy, a diario, cumplen la función de defender, apoyar y acoger la vida.

En 2004 fui nombrada por el Gobierno de entonces Coordinadora Nacional de Asuntos de la Familia. Durante casi 3 años fui responsable del enfoque de las políticas familiares en Portugal y presenté un plan nacional -100 compromisos por la familia- de responsabilidad interministerial. Una de ellas estaba relacionada con la importancia de los Centros de Soporte Vital, que se regulaban dentro de una respuesta de la Seguridad Social.

El cambio de gobierno, puso fin a esta labor, con la que me sentí muy honrada y agradecida.

Mientras tanto, los movimientos pro-aborto seguían siendo muy activos. La dinámica del Sí al aborto en la sociedad creó hechos para influir en la sociedad. Los medios de comunicación se hicieron eco y cubrieron sus iniciativas. Poco a poco fueron ganando terreno en la batalla cultural del “derecho a mi cuerpo” o el “derecho a elegir” o el fantasma de las mujeres en prisión.

En 2007, consiguieron el apoyo para un nuevo referéndum y, de nuevo, se hicieron campañas por todo el país. Participé activamente una vez más. Esta vez el resultado fue diferente y el Sí ganó con el 59% de los votos. La abstención fue enorme, ya que sólo votó el 32% de los electores. Me enteré del resultado por la televisión en directo, donde participaba en un debate. No es fácil enfrentarse a la derrota. Me preguntaron qué íbamos a hacer con el resultado. Y dije con la voz entrecortada que volvería a casa y enseñaría a mis hijos que vale la pena defender la vida, toda la vida. Y así ha sido.

Las asociaciones que apoyan la vida han formado la Federación Portuguesa por la Vida. Esta Federación, de cuyos órganos de gobierno soy miembro, representa en Portugal la expresión más fuerte de la lucha cívica por la vida.

Muchas son las diferentes batallas que ha polarizado: Petición de modificación de la ley del aborto; oposición a la ley de gestación subrogada; referéndum sobre la Eutanasia; libertad de enseñanza; denuncia de la ideología de género; firme oposición a la Eutanasia. Todos los años organiza la Marcha por la Vida y mantiene una observación persistente sobre las cifras y las causas del aborto, que en Portugal son cerca de 15 mil desde 2007. Forma parte de la organización europea One of Us, que reúne a varios países y a diversos movimientos provida.

En 2014, el gobierno creó una comisión para estudiar el problema de la natalidad en Portugal.

Con gran alegría, participé en la elaboración de un documento: Por um Portugal amigas famílias e da Natalidade - 2015 - 2035. Por desgracia, el tema de la natalidad se agrava cada año y no parece molestar al poder político de forma clara y contundente. Aunque este es un problema en toda Europa, en Portugal es extremadamente grave.

---

## 1/

---

### Una nota con más detalles sobre la eutanasia en Portugal.

Los partidos de izquierda han querido aprobar una Ley de Eutanasia desde 2018. En ese año se han presentado 4 proyectos de ley. Una vez más, participé en múltiples sesiones de aclaración. En el marco de la Pastoral de la Salud y del Grupo Interreligioso para la Salud, colaboré en un encuentro entre todas las religiones sobre la Eutanasia.

De esta reunión salió una importante declaración, firmada por los respectivos líderes religiosos, que fue entregada durante una audiencia con el Presidente de la República. Es un texto importante y profundo sobre la posición común de las religiones. Subrayo los siguientes puntos:

1. La dignidad del que sufre;
2. Por una sociedad misericordiosa y compasiva;
3. Los cuidados paliativos, una necesidad acuciante.

Nos llenamos de alegría cuando la ley se aprobó por sólo 5 votos, tras una lucha muy reñida. Después de tantos años, ¡habíamos conseguido una victoria! ¡Y qué bien se siente!



Sabíamos que duraría poco, porque con una composición parlamentaria diferente, el riesgo sería grande. Y así fue. Después de las elecciones, en 2020, cinco nuevos proyectos de ley entraron en el Parlamento y fueron aprobados.

Diversos sectores de la sociedad y los movimientos pro-vida, pidieron el veto del Presidente, que poco después de recibir la ley, la envió al Tribunal Constitucional (TC) para que se pronunciara. El Presidente invocó el argumento de que el concepto de perjuicio definitivo de extrema gravedad sería excesivamente indeterminado.

Con sorpresa y alivio, el TC entendió que la Ley era inconstitucional, por lo que el Presidente la vetó.

El Parlamento tiene ahora la tarea de modificar el texto de la ley para cumplir con las exigencias del Tribunal Constitucional. Meses más tarde, se realizó ese cambio y el texto fue enviado de nuevo al Presidente de la República, que lo vetó de nuevo, con duros argumentos.

Considera que las enmiendas introducidas contienen fuertes incoherencias. Como el Parlamento se ha disuelto, la ley tendrá que volver a presentarse y votarse. El proceso vuelve al principio. En este mismo momento, mientras escribo, Portugal no tiene una Ley de Eutanasia. Lo había y ahora no lo hay y esto es una oportunidad abierta.

Una vez más, tenemos la idea de que el reciente resultado de las elecciones, con una mayoría de diputados a favor de la Eutanasia, votará por una nueva Ley de Eutanasia.

Los movimientos pro-vida pronto reanudarán su campaña. Estamos motivados y no nos rendiremos. Para mí, para nosotros, sólo pierden los que abandonan la lucha.

Hace cinco meses fui elegido diputado en la Asamblea Municipal de Lisboa. Me invitaron a representar el área de Familia y Vida.

El hecho de ser psiquiatra y de poder contribuir a un trabajo en el área de la salud mental dentro de la ciudad de Lisboa motiva el entusiasmo con el que abracé este proyecto.

Por último, la razón de mi vida y el sentido de lo que hago

Le pido a Dios cada día que este sea el camino que Él quiere que tome. ¿Cómo lo busco? ¿Cómo lo siento? ¿Cómo me dejó llevar? Nunca podría hacerlo sola.

Tengo a mis amigos y a mi familia, pero también tengo a la Asociación de Médicos Católicos Portugueses, de la que soy presidente de la sección de Lisboa. Hemos recorrido un largo camino. Intentamos comprender el mundo en el que vivimos y los retos que se nos plantean.

En estos tiempos, un médico católico puede sentirse solo, casi contra el mundo, puede sentir miedo y dudas. Cuando nos reunimos, reflexionamos juntos sobre nuestras alegrías y nuestras dificultades. La ayuda mutua y la oración son consuelos y bálsamos extraordinarios. Juntos nos reforzamos mutuamente y reforzamos nuestro trabajo como médicos, en la consulta o en el hospital.

La fe nos permite vivir en relación con Dios. Sólo en la oración descubro la fuente y la inspiración. El equilibrio entre lo que quiero y lo que creo que Dios quiere que haga, o sea.

Sólo en la serenidad puedo entender a dónde me lleva el Espíritu. Releo lo que he escrito y veo una vida con muchos retos. Es un buen ejercicio. Puedo preguntarme qué me hace correr. Creo que es un profundo amor por la vida, por la libertad, por la dignidad humana, por el cuidado del prójimo, por la compasión.

Traigo conmigo el mejor modelo. El de Jesucristo. Para un médico católico, el Cristo Médico.

## 6/6

### Fe y trabajo: Fe y misión en contextos de exclusión.

M<sup>a</sup> Begoña Díaz de Diego,

Técnico de Empleo.

Programa de Protección Internacional.

Centro San Juan de Dios. Ciempozuelos (Madrid).

Mi experiencia de encuentro con ese Dios, es un proceso porque es dinámico; remite a la vida cotidiana, a cada acontecimiento grande y pequeño. Se va construyendo a medida que me dejo tocar por la vida y le doy espacio para ello. Como toda relación necesita sus espacios y tiempos. Algunos lo llaman Dios, otros un Ser Superior, otros Naturaleza, otros Energía; en definitiva, algo en lo que creer que da sentido a nuestra vida, a nuestro mundo. Vertebrada cada esfera de nuestra vida.

En muchas ocasiones me he preguntado cómo es el Dios en el que creo y siempre tengo que afirmar que es alguien profundamente humano, tierno, frágil; alguien sin respuestas para todo, pero capaz de acompañar, de estar presente en y con el silencio. De alguna manera, esa imagen y experiencia que tengo de Dios es la que me ha impulsado a vincularme con el otro de la forma en la que lo hago. Como veo al otro veo a Dios. Como veo a Dios veo al prójimo en esos contextos de exclusión.

## 1/

### El otro en contextos de exclusión.

En primer lugar, excusar esta terminología que puede resultar incómoda y molesta, porque el uso de determinados lenguajes nos puede situar en un nivel superior y pueden llegar a ser sinónimo de prepotencia.

De todas mis experiencias, podría afirmar que las más ricas se encuentran en el límite, en la frontera, con la convicción de ser apasionada por la vida y por todo lo vital: la persona que realmente vive, es la que sufre y goza desmesuradamente. Hablando como educadora en contextos de frontera he comprendido que, como

Si bien es complejo y hartito difícil llegar a formular en torno al encuentro con el otro, ¿qué puedo decir del encuentro con Dios? Sin embargo, a la hora de hablar de relaciones interpersonales, se me hace necesario hablar de la experiencia de Dios, inseparable de la relación con otros.

agente que interviene en dichos contextos, se ha de tener el compromiso de fomentar relaciones que hagan crecer al otro como persona y que libere del sufrimiento.

Creo firmemente en la responsabilidad de llevar a la luz la vida que corre en los “límites” y que son agentes de cambio claves en la transformación de la sociedad. Esa responsabilidad surge de la vivencia personal del Dios del Evangelio.

Creo firmemente que se ha de recuperar el valor de lo simbólico y de lo pequeño. En la frontera se ha de hablar de construir microestructuras, de crear redes en las que lo “micro” y lo simbólico cobren su fuerza y su capacidad de transformación.

En mi trabajo de educación integral y de inserción socio laboral con jóvenes en el marco de la prevención se ha de fomentar la educación de actitudes y valores basado en la relación directa; de “contacto”, del tú a tú.

El hecho de concebir la relación interpersonal como proceso y circular-abierta- hace que me centre en el sentido del otro: en sus percepciones, sus premisas y lo que me ha supuesto encontrarme en dicha realidad.

Cuando hablo de sentido del otro es porque es alguien que está fuera de mí y reconozco como otro. Exige de mí una actitud de intemperie, de desnudez. Dicha exigencia implica autoconocimiento que solo puede venir dado a través de un espacio personal que ha de tomarse como clave definitiva.

La soledad: permanecer en el silencio de uno mismo, prepara para el encuentro. Prepara una manera de estar ante el otro en libertad a pesar de que se es consciente de la dependencia que esto supone. Esa soledad posibilita la relación con Dios y con el otro.

Siempre me he considerado una mujer de riesgo entendido como apuesta por la vida. A lo largo de toda mi vida, de todas las situaciones y

experiencias vividas, la manera de relacionarme con cada una y de estar presente, ha sido y es, apostando por la vida y el reto de creer en ella. Y más aún, en las relaciones. Sí, es un riesgo, pero con confianza plena en la vida que conlleva. Donde queda fuera el cálculo y la medida. El otro se merece esa confianza: creer en el otro es un riesgo que vale la pena. Es la manera de poder construir y crecer. Crear juntos la manera donde se llegue a esa comunicación honda, de ser a ser, que es la que plenifica porque se reconoce lo bueno. Donde se reconocen los límites, donde se ama profundamente y se es capaz de ir más allá. A través de la experiencia personal, puedo afirmar que es solo desde la vivencia de palpar el propio límite cuando podemos descubrir y reconocer al otro. Nos sitúa en una relación de reciprocidad. ¿Cómo crearlo? ¿Cómo prepararse, entender que el otro es un riesgo que nos da vida?

Antes hablaba de la experiencia de precariedad y soledad como premisa del encuentro con el otro y, a través de ella, se desprenden una serie de actitudes que se descubren y en las que, en la mayoría de los casos, el otro es la clave y quien las posibilita.

Desde abajo, cuando uno toca fondo en su ser, se vuelve vulnerable, humilde; se pierde la prepotencia y la autosuficiencia que nos caracteriza. Uno se vuelve frágil y, a la vez, fuerte. La escucha se convierte en caricia. Se es capaz de escuchar a fondo, sin miedos, sin susto. Sin escándalo. Sin juicios. Ante alguien que es capaz de escuchar de esta manera, no cabe otra cosa que el anhelo de ser escuchado.

Cuando tocas tu propia precariedad sin asustarte, cuando palpas tus propias bajezas, puedes llegar a comprender al otro en su propia mediocridad también. El encuentro con el otro “abajo desde abajo”.

Sigamos luchando y creyendo que aún queda un lugar en el mundo en el que tú, en el que yo, en el que nosotros, podamos seguir construyendo juntos y amándonos en libertad.

Al sumergirnos en el mundo de las relaciones interpersonales, las que confieren al “tú” y al “yo”, nos encontramos ante la ineficacia. Las relaciones interpersonales han de centrarse en un contexto de gratuidad.

La gratuidad tiene mucho de acogida y de reconocimiento; de aceptación, de escucha, de intuición y de sensibilidad. Se trata de adelantarse a la necesidad del otro: no avasallando, ofreciendo desde el amor. Sabiendo estar. Si no hemos palpado sus vivencias, al menos permanecer calladamente a su lado. Sin esperar nada. Sólo “estar” es un regalo. Vivir agradecidos no como deber sino como experiencia que nos supera. No nos precipitemos a llenar de palabras un silencio que se nos hace insoportable.





# 6/7

## Humanización de la asistencia.

**Isabel Grimal Melendo,**

Directora de Enfermería.

Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

**Josep Antoni Boix Ferrer,**

Responsable del Servicio de Atención

Espiritual y Religiosa.

Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

### 1/

## Situación actual.

Hablar de Humanización de la asistencia en nuestra organización remite a las palabras del **Hermano Pier Luigi Marchesi** de la Orden Hospitalaria. Fue en 1981, cuando en los 200 hospitales de nuestra Orden se hace explosivo el tema de la humanización, quedaba patente que nuestra intervención en la realidad hospitalaria no era suficiente para lograr la satisfacción de las personas vulnerables que atendemos, se producía un cambio de la medicina en el que la tecnología va ganando terreno.

Es en este contexto donde cambia la visión de **humanizar la medicina**, viéndola como una ciencia y no una praxis, es decir, un arte que se sirve de diferentes ciencias.

Es, en aquel momento, cuando la Orden emprende el camino de la humanización y adquiere el compromiso de introducir el término Humanización de la medicina en el lenguaje de la política sanitaria.

Siguiendo el camino y las palabras del Hermano Marchesi, “**para cambiar las cosas hay que instaurar una nueva alianza entre paciente y sistema sanitario**”<sup>1</sup>, se plantea la elaboración de un marco conceptual que nos sirva de referencia para trabajar bajo el paradigma de Humanización desde la:

- Práctica asistencial.
- Comunicación e información.
- Entorno, confortabilidad.
- Participación de las familias y los pacientes.
- Accesibilidad.

Por ello se plantea hacer un estado de situación de lo que piensan profesionales del **Parc Sanitari Sant Joan de Déu (Hospital General, Hospitalización Psiquiátrica, Salud Mental**

**Comunitaria, Salud Mental Penitenciaria y Ámbito residencial)** así como pacientes y familias sobre el estado de humanización.

La metodología a seguir fue realizar grupos focales. Como punto de partida se crea una comisión para elaborar dicho plan que, como inicio, ve la necesidad de iniciar un proceso formativo a los profesionales y mandos intermedios de nuestra organización a partir de dos ejes: el de la práctica humanizada y el del autocuidado del profesional. El diseño de la formación relativa al primer eje se realiza desde una visión no solo teórica, sino también práctica con gestión de casos y participación activa y resolución de situaciones diarias en nuestra práctica asistencial.

### Metodología

- Formato presencial.
- Charlas por profesionales expertos.
- Participación de pacientes.
- Gestión de casos.

### Objetivo

Seguir impregnando a los profesionales del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (**PSSJD**), el valor de la humanización, siendo capaces de responder a las necesidades de las personas que atendemos en todo momento. Tiene que ver con los pequeños detalles.

### PRIMERA SESIÓN

1. Plan de Humanización PSSJD.
2. Hospitalidad y humanización.
3. Simulación caso real .
4. Humanización como cuestión ética.

### SEGUNDA SESIÓN.

Experiencias humanizadas en el PSSJD (visión profesional).

1. H-UCI (Plan de trabajo realizado).
2. Programa Libera Care en unidades de Agudos y Subagudos.
3. Atención centrada en la persona. Área Discapacidad

4. Una atención humanizada para la persona mayor hospitalizada

### TERCERA SESIÓN.

Experiencias humanizadas en el PSSJD (visión paciente).

1. Proyecto de Soledad en Salud Mental.
2. De la humanización de los cuidados a la atención basada en derecho.
3. Fundación Tutelar.
4. Familias en atención a la dependencia.
5. Humanización área materno infantil. Duelo perinatal. Pediatría.

### CUARTA SESIÓN.

Entorno y gestión de casos.

1. Taller de gestión de casos en clave de humanización.
2. Dinámica: Compromiso grupal / individual (qué necesito y que puedo aportar para atender en línea con el valor de la humanización).

Por otro lado y como ya hemos mencionado, a raíz también del estado de situación que se había realizado previamente, se priorizó la necesidad de ofrecer herramientas de autocuidado para los profesionales.

A tal fin, se desarrolló una formación de veinte horas sobre los distintos aspectos que se consideraron relevantes acerca del ejercicio profesional y del cuidado de uno mismo, según los resultados de los estudios sobre burn-out y satisfacción por compasión llevados a cabo por el Centro de Humanización de la Salud (**CEHS**), encabezados por la **Doctora Marta Villaceros Durban**.

En dichos estudios se observa que, sobre la satisfacción por compasión, directamente influye la satisfacción de cuidar personas, la vocación, la autoamabilidad y la ausencia de burnout; mientras que indirectamente influye la capacidad de atención plena, los sentimientos de humanidad compartida, el vínculo de apego seguro y la satisfacción con el equipo de trabajo. Finalmente,

LH n.332

se apunta que el gozo de trabajar ayudando a los demás tiene que ver con el proceso de sanación recíproco que se da entre cuidador y cuidado cuando el profesional presenta capacidad de autorreflexión interna, elevado grado de empatía y sentido incrementado de espiritualidad.

Con todas estas variables en mente, se diseñó un programa formativo de introducción a la logoterapia y el análisis existencial de **Viktor Frankl** y al focusing de **Eugene Gendling** con vistas a sus conexiones con la noción de vocación, así como de primer contacto con los contenidos del programa de mindfulness y compasión basado en los estilos de apego de la Universidad de Zaragoza y de práctica de distintas técnicas de modulación de la empatía para prevenir el agotamiento terapéutico según los recientes hallazgos de personalidades como **Bessel van der Kolk** y **Babette Rothschild** sobre la regulación de la activación en el profesional.

Las experiencias piloto de ambas formaciones obtuvieron una entusiasta valoración por parte de los profesionales que participaron en ella.

---





# LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

[www.sanjuandedios.net](http://www.sanjuandedios.net)

