

EL SUFRIMIENTO Y SUS FORMAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL MUNDO SANITARIO

JESUS CONDE HERRANZ

I. LA EXPERIENCIA COMO PUNTO DE PARTIDA

El sufrimiento es un problema de perenne actualidad, porque acompaña al ser humano a lo largo y ancho de la geografía ¹ y de la historia. Quizá como ninguna otra realidad ha sido descrito, estudiado, meditado y expresado en sus múltiples formas. Por ello renuncio de antemano a cualquier intento de aportar algo nuevo al respecto. Si me he decidido a escribir unas páginas sobre el tema que me ha propuesto la dirección de *Teología y Catequesis* es por otros motivos, dos en concreto, suscitados por mi experiencia pastoral en el mundo sanitario.

El primer motivo obedece a la constatación de que no se llega a conocer de verdad lo que es el sufrimiento más que por la vía de la experiencia directa, bien mediante la vivencia del sufrimiento que brota en uno mismo, bien mediante la presencia asidua junto a los que sufren, permitiendo que nos transfieran una parte de sus sufrimientos.

El segundo motivo viene de la mano del primero. Es curioso, y hasta cierto punto lastimoso, observar cómo podemos convivir a diario con la visión de tantos sufrimientos como llegan a nuestra retina, sin apenas dar muestras de sentirnos afectados por ellos. Los medios audiovisuales de comunicación social introducen en nuestra propia casa múltiples noticias, relatos o escenas de tremendos sufrimientos, ambientados con el lamento de quienes los padecen, sin que ello perturbe nuestra rutina cotidiana. Más aún, ciertos medios consiguen pingües beneficios económicos presentando el sufrimiento ajeno en primer plano, de forma realmente

¹ Juan Pablo II, carta apostólica *Salvifici Doloris* (11 de Febrero de 1984) n° 2.

pornográfica. Hay una fenomenología del sufrimiento destinada a nutrir el sentido morboso latente en la naturaleza humana, que se alimenta de la ilusoria sensación de que esas cosas les pasan a los demás, pero no a mí, de que todavía no ha llegado mi hora. Es lo que Elisabeth Kübler-Ross llama el *sufrimiento comercializado*², cuyo mensaje subliminal busca crear en quien lo recibe una engañosa conciencia de invulnerabilidad provisional, aunque sea al precio de convertir en un hábito enquistado el mecanismo psicopatológico de la negación. Mientras sea posible, pasemos de largo junto al herido, como el sacerdote y el levita de la parábola (Lc 10, 31s).

Yo me propongo, por el contrario, suscitar una respuesta de aproximación y asistencia a unos seres humanos que necesitan ser aliviados ante la magnitud de sus sufrimientos. Aunque sé que el sufrimiento es todavía más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez más profundamente enraizado en la humanidad³, sólo me siento moralmente autorizado a hablar de las formas de sufrimiento de las que soy testigo presencial y que, por ello, experimento en la medida en que me sitúo a tiro de poderlas compartir: es decir, de los sufrimientos de los enfermos y de aquellos que les cuidan. Creo, además, que la primera tarea del sector pastoral al que pertenezco consiste en ser los ojos que descubran al resto de la Iglesia —también a la teología y a la catequesis de hoy— la parcela de sufrimientos humanos producidos por las enfermedades y por todo lo que éstas implican.

II. LAS FORMAS DE SUFRIMIENTO ASOCIADAS AL ESTADO DE ENFERMEDAD

Todo ser humano sufre, en mayor o menor grado, cuando le sobreviene una enfermedad, pero hay diversidad de grados y de intensidad en tal sufrir, así como en las causas que lo producen y en las circunstancias que lo acompañan. Y puesto que no existen las enfermedades sino los enfermos, ni el sufrimiento sino seres humanos que sufren, es a ellos a quienes me voy a referir. Realizo mi trabajo pastoral cotidiano con enfermos cuya estancia en el hospital dura con mucha frecuencia meses, y en algunos casos años. Es decir, que se trata de personas para las que la enfermedad no es un episodio breve y pasajero, sino que constituye lo que Laín En-

² Cf. "Sufrimiento comercializado y sufrimiento escondido": *Concilium* 119 (noviembre 1976) 339-350.

³ *Salvifici Doloris*, n.º 2.

tralgo llama *el estado de enfermedad*⁴; pasan de estar sanos a estar enfermos, del bien-estar al mal-estar, que se concreta y manifiesta en diversas formas de sufrimiento.

Cuando la enfermedad irrumpe y se instala en la vida del ser humano constituye una dolorosa sorpresa, es un parón obligado y forzoso en el correr de la vida⁵. La primera constatación dolorosa a la que ha de enfrentarse el enfermo es que le ha sobrevenido algo con lo que no contaba, algo que amenaza cambiar el estilo de vida con el que estaba familiarizado hasta ese momento, algo que uno ha contemplado en otros, pero que teme tener que afrontar en su propia carne, con el agravante de que hoy se vive más penosamente que en otras épocas la enfermedad, pues estamos menos preparados para asumirla⁶. Puedo ver a diario a los enfermos recién ingresados en mi hospital, que intentan poner a mal tiempo buena cara, pero en cuya voz y apostura se percibe un temblor que delata la tensión y el miedo difuso que bulle en su interior, unido a la esperanza de que todo aquello pase pronto.

Poco a poco va el enfermo exteriorizando y dando forma a la convulsión que provoca en su interior la enfermedad que lo ha postrado. Junto al conocimiento del diagnóstico emitido por el facultativo, no siempre de manera clara y asequible a la cultura o al estado de ánimo del enfermo, éste percibe sensaciones nuevas y antes desconocidas, provenientes de su cuerpo. Ya no es el compañero silencioso y obediente, sino que se vuelve molesto y rebelde, desconocido y amenazador, y exige al enfermo que le preste mucha más atención que cuando estaba sano: una atención preñada de angustia y frecuentemente de dolores físicos intensos. En este aspecto el enfermo añora la salud perdida, la salud que Laín Entralgo define como la no sensación del cuerpo⁷.

Pero no es sólo el cuerpo quien muestra al enfermo su flaqueza; todo él se siente falto de firmeza (in-firmus, asthenós), frágil y vulnerable. Además, la propia índole de una enfermedad duradera, y la lentitud en la provisión de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos, tan frecuente en nuestro sistema sanitario, hacen que el enfermo pase de tener su vida tan ocupada, que apenas le permitía tratar consigo mismo, a disponer de mucho tiempo para analizarse. E indefectiblemente acaba por cuestionar la imagen de sí mismo que se había fabricado antes de enfer-

⁴ Pedro Laín Entralgo, *Antropología Médica para Clínicos* (Barcelona 1985) 37-39.

⁵ Comisión Episcopal de Pastoral, *La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales* (Madrid 1987) n.º 6.

⁶ *Ibidem*. n.º 2.

⁷ Cf. Laín, *o.c.*

mar. Así comienza un doloroso itinerario que puede llevar al enfermo a hundirse, o a crecer y madurar.

No somos nadie, dicen a menudo muchos enfermos; pobre de mí, ¿quién me librará de este cuerpo mío que me lleva a la muerte? se preguntan, como San Pablo ⁸, ante la constatación de su condición perecedera. Situados ante sí mismos, les brotan las preguntas más hondas que antes no han podido, o no han sabido, o no han querido hacerse: ¿Qué sentido tiene mi vida? ¿por qué he caído enfermo? ¿por qué ha tenido que tocarme a mí? ¿qué he hecho yo para acabar así? ¿qué sentido tiene sufrir como estoy sufriendo? ¿cómo puede Dios permitir ésto? ¿por qué, Señor? ⁹.

La búsqueda de interlocutores que le ayuden a contestar a tales preguntas y a descargar la angustia que generan, y la búsqueda de ayuda ante su situación global, le obligan al enfermo a salir de sí mismo y a observar a los demás muy atentamente, porque se siente mucho más dependiente de ellos que antes. El sentimiento de dependencia es doloroso en principio, pero puede serlo mucho más cuando quienes rodean al enfermo (familiares, amigos, profesionales sanitarios) no cumplen adecuadamente lo que aquél espera de ellos. Hay ocasiones en que él pide más de lo que los otros están en disposición de dar, sobre todo en los momentos en que el enfermo está embargado por un gran sentimiento egocéntrico, y cree que es el único, o el que más sufre. Pero otras veces sucede que los encargados de atenderle no están a la altura que requieren sus necesidades. Y esto provoca reacciones fundadas de amargura, despecho, desconfianza y frustración.

Además hoy el enfermo sufre no sólo por la posible incomprensión de sus interlocutores, sino por el tipo de asistencia que le ofrece un sistema sanitario compuesto por un conjunto de estructuras susceptibles, por desgracia, de oprimir precisamente a quienes deben procurar salud o alivio. La relación asistencial entre el enfermo y sus cuidadores es cada vez más distante e instrumental, menos humana e interpersonal. Los avances de la medicina moderna han traído consigo grandes ventajas en lo tocante al tratamiento de enfermedades agudas, pero el gran divorcio aún existente entre la medicina y las humanidades ha conducido a un debilitamiento psicológico, social y espiritual ante el sufrimiento ¹⁰. El sistema sanitario ofrece una gran variedad de prestaciones, pero tiene en cuenta

⁸ Rom 7, 24; no hay que olvidar que San Pablo era un enfermo crónico y, con toda probabilidad, epiléptico.

⁹ Comisión Episcopal de Pastoral, *Ibidem* n^o 6.

¹⁰ *Ibidem* n^o 11.

que una enfermedad de media o larga duración coloca a quien la padece ante algunos de los momentos más difíciles y dolorosos de su vida.

Para ilustrar con varios ejemplos esta última afirmación, permítaseme un breve repaso a algunos tipos de enfermos que merecen aparecer por méritos propios como prototipos de sufrientes.

III. LOS ENFERMOS MAS NECESITADOS Y DESASISTIDOS

En el Departamento Nacional de Pastoral Sanitaria realizamos hace dos años un análisis de la población enferma española, como preparación a la campaña del Día del Enfermo 1987-88 ¹¹, tratando de averiguar quiénes son los enfermos más necesitados y desasistidos, es decir, aquellos que más expuestos se encuentran a sufrimientos de diversa índole. La clasificación de estos enfermos no se hizo, como en otros estudios ¹², partiendo de las enfermedades concretas que padecen, sino de sus necesidades asistenciales y del grado de satisfacción o desatención a las mismas, por parte de la sociedad, de sus instituciones, y de la Iglesia.

De unos tres millones de enfermos oficialmente reconocidos como tales por el sistema sanitario en España, nuestro análisis sacó una cifra global de 324.000 personas enfermas que se hallan en urgente necesidad y que no reciben unos mínimos asistenciales dignos ¹³. Este conjunto lo integran seis grandes grupos de enfermos.

a) Ancianos enfermos.

Constituyen el grupo más numeroso y desvalido. Aparte de las carencias materiales de uno u otro tipo ¹⁴, no pocos sufren el abandono, la indiferencia o el rechazo familiar. Viven en soledad forzosa en domicilios que no cumplen a menudo condiciones mínimas de habitabilidad, y ocupan innecesariamente durante meses las camas de los hospitales. Todavía nos llegan a los hospitales familiares de ancianos enfermos que, al llegar a la zona de admisión, piden que los sanitarios se queden un momento con el anciano, mientras ellos van a estacionar el coche, y no vuelven.

¹¹ Cf. Documentación de la XII Reunión Nacional de Delegados de Pastoral Sanitaria (Madrid, septiembre 1987); y de las II Jornadas Nacionales de Profesionales Sanitarios Cristianos (Zaragoza, mayo 1988). (Una buena selección de estos materiales aparece en *Labor Hospitalaria* 208 (1988) 2 y 211 (1988) 4, 309-315.

¹² Cf. por ejemplo, *Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos, La sanidad española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma* (Madrid 1983) 140-150.

¹³ Cf. nota 11, *Labor Hospitalaria* 208 (1988) 32.

¹⁴ Cf. Jesús Zurbano, "Los nuevos pobres, los ancianos enfermos", *ibidem*, 105-109.

Les duelen sus múltiples achaques, pero les duele más aún la falta de cariño. En no pocos casos, les cuesta más vivir cada día que encararse con la propia muerte, a la que llegan a ver –y así me lo han expresado algunos de ellos– como la ocasión para dejar de sentirse un estorbo en su familia, en el hospital y en una sociedad que sienten que no les quiere y que prescinde de ellos.

b) Enfermos crónicos.

Aunque disponen de una cobertura asistencial comparativamente mayor que los ancianos enfermos, sus necesidades y sufrimientos no son menores que los de aquellos. La enfermedad crónica lleva consigo lo que Laín Entralgo llama *una muerte parcial*¹⁵ es decir, la *cesación patológica y definitiva de una función psicoorgánica*. Consecuencia de ello son los sentimientos de propia minus-valía respecto de la vida anterior, de mayor y forzada dependencia de los demás y de angustiosa anticipación de la muerte definitiva.

Sufren por ver frustradas parte de las aspiraciones proyectadas para el futuro; por la relación que los demás mantienen con ellos, y que a menudo oscila entre el paternalismo sofocante y el desinterés, lo cual genera frecuentes conflictos, sobre todo con la familia; por la dificultad de su integración social, y por la aceptación de sus limitaciones concretas e irreversibles. La aparición en la prensa, radio y televisión de Azucena Hernández –joven terapléjica a quien yo mismo traté durante más de un año en el hospital– pidiendo un voluntario que pusiera fin a su vida, es quizá un ejemplo extremo pero elocuente del sufrimiento de estos enfermos.

c) Enfermos terminales.

Al contrario que los enfermos encuadrados en los grupos anteriores, los enfermos terminales suelen recibir una atención médica más abundante. Poco a poco se va corrigiendo el llamado *encarnizamiento terapéutico*, es decir, el uso de medios desproporcionados a sus necesidades terapéuticas reales. Lo que verdaderamente necesitan son cuidados paliativos para sus dolores físicos y sus sufrimientos anímicos¹⁶. Estos consisten sobre todo en el miedo a la muerte y al modo como transcurrirá la etapa final del morir; en la soledad que, incluso acompañados, sienten

¹⁵ Pedro Laín Entralgo, *Antropología Médica para Clínicos* (Barcelona 1985) 465.

¹⁶ Cf. Diego Gracia Guillén, "Los problemas del enfermo terminal": *Labor Hospitalaria* 208 (1988) 465.

por falta de interlocutores que sepan recibir su angustia, aguantar sus lamentos, escuchar sus confidencias, y ayudarles a aceptar tanto su vida pasada como la inminencia de su muerte.

La doctora Kübler-Ross afirma ¹⁷, y yo comparto su opinión, que la mayoría de estos enfermos saben, antes o después, que van a morir pronto, pero muy pocas veces lo manifiestan, al percibir la conjuración de silencio y de mentiras piadosas en la que se sienten envueltos. Una anciana, que padecía de osteosarcoma, me pidió no hace mucho tiempo confesión y ayuda espiritual, para poder perdonar a su familia el haber obligado al médico a no informarle sobre la gravedad de su estado, lo cual, según ella lamentaba, le había robado la oportunidad de vivir lúcidamente el período más importante de su vida.

d) Enfermos mentales.

Salvo aquellos que ya parecen no ser capaces de sufrir más, por haberse refugiado en un estado catatónico de aislamiento interior y ruptura con el mundo, los enfermos mentales sufren enormemente por la clara visión que en no pocas ocasiones logran tener de sí mismos, y por la consideración y conducta que reciben de los demás, que les suelen ver y tratar como a apestados y gente peligrosa. Los que la reforma psiquiátrica ha devuelto a la calle, acaban en muchos casos volviendo al hospital en condiciones mucho peores de las que salieron, por no haber encontrado un ambiente favorable a su posible integración familiar y social. Y en dichos establecimientos muchos de ellos acaban muriendo olvidados. La novela de Juan Ignacio Luca de Tena *Concierto para instrumentos desafiados* ofrece un fiel reflejo de los sufrimientos de estos enfermos ¹⁸.

e) Enfermos toxicómanos.

El drama personal de estos enfermos proviene, por un lado, del rechazo social que suscitan y que ellos sienten aunque no lo manifiesten con facilidad o, por el contrario, hagan alarde de indiferencia o rencor hacia la sociedad. Yo he podido constatar que una actitud de escucha y de acogida, sin tener por que hacerles concesiones fáciles, favorece el desahogo que tanto necesitan.

¹⁷ Elisabeth Kübler-Ross, *l.c.* y también *Sobre la muerte y los moribundos* (Barcelona 21988) 191s.

¹⁸ Cf. Mariano Falve, "Enfermos mentales": *Labor Hospitalaria* 208 (1988) 94-96.

Además, contra la opinión generalizada que les considera seres amora-
les, sufren de un gran sentido de culpabilidad por haber caído en la
drogadicción, por fracasar casi siempre en sus intentos para salir de ella,
por hacer sufrir a sus allegados y saber que les resulta muy difícil cam-
biar de conducta para ahorrarse así esos sufrimientos. A veces llegan a
usar dicha culpabilidad como un arma contra sí mismos, lo que les au-
menta las tendencias autodestructivas. Envueltos en esta espiral con-
vierten su drogadicción en una tendencia autodestructiva consciente, o
intentan acorazarse frente a ella mediante un sentimiento de indife-
rencia creciente ante la vida y sus valores. En ambos casos, si no reciben una
ayuda paciente, responsable y continuada, el riesgo de morir les acaba
resultando mucho menos penoso que vivir en tales condiciones ¹⁹.

f) Enfermos de SIDA.

Desde el punto de vista pastoral ²⁰, el enfermo de SIDA no es tan es-
pecial como es visto desde otros ángulos. Se asemeja al enfermo deshau-
ciado por estar condenado a morir en un plazo de tiempo relativamente
corto, y se diferencia de él en que lo sabe con mucha mayor facilidad y
frecuencia. Su angustia ante la muerte inexorable y próxima es más lúcida,
intensa y clarividente.

En muchos casos procede de un ambiente social marcado por la mar-
ginación cultural, social y moral. Cuando esto ocurre, el enfermo de SI-
DA se ve a sí mismo más indefenso que otros para reaccionar frente a
frente a las informaciones que recibe sobre su enfermedad y frente al cli-
ma de hostilidad sociocultural, moral y asistencial del que se sabe rodea-
do. Es consciente del rechazo que produce y, como el toxicómano, se cul-
pabiliza por ello, con parecidas consecuencias.

Como enfermo contagioso, se sabe también en peligro de rechazo por
los encargados de asistirle, lo cual le lleva a desconfiar de que se le vaya
a atender debidamente, y le merma muchas energías a la hora de acep-
tarse a sí mismo y a su situación con paz y serenidad.

Tal es, en apretado resumen, el compendio de formas que adopta el
sufrimiento de los enfermos, en las que considero sus manifestaciones
más importantes, y menos tenidas en cuenta: lo que Kübler-Ross llama
el sufrimiento escondido ²¹. Pero éste no es patrimonio exclusivo de los

¹⁹ Cf. también Luis Ramírez Ruiz, "Toxicómanos y exdrogadicctos: hermanos necesi-
tados de ayuda y protección": *Labor Hospitalaria* 208 (1988) 98-100.

²⁰ Cf. Jesús Conde Herranz, *La asistencia pastoral a los enfermos de SIDA y a sus
familias* (JANO, vol XXXVI, n° 861) 101-106.

²¹ Elisabeth Kübler-Ross, en nota 2.

enfermos; junto a ellos, familiares y profesionales sanitarios sufren también intensamente sin recibir tampoco una atención y unas ayudas suficientes.

IV. LAS FAMILIAS DE LOS ENFERMOS SUFREN CON ELLOS Y POR ELLOS

Aunque alguna vez la familia no sea hoy más que *una yuxtaposición de soledades*, la enfermedad duradera de uno de sus miembros produce casi siempre una herida dolorosa en el cuerpo familiar, y es éste un hecho soslayado casi por completo en las previsiones asistenciales, no sólo de las instituciones sanitarias, sino también por la pastoral de la Iglesia ²². Si bien no deja de ser extraño, pues todo el mundo ha tenido, tiene, o tendrá varias veces en su vida, algún allegado que sufre de una grave y dolorosa enfermedad.

Cuando tal ocurre las personas concretas suelen brindar apoyo y compañía a los familiares del enfermo. Pero no ha calado aún en las instituciones la necesidad de prolongar esta labor. Tampoco suele servir de aprendizaje previo a las buenas gentes que ayudan y consuelan a la familia de un enfermo, cuando a ellas les toca pasar por la misma experiencia. En este caso también funciona eficazmente, por desgracia el mecanismo de la negación *mientras sea posible* (cf. supra).

Por ambas razones, la campaña del Día del Enfermo 1988 fue dedicada a llamar la atención de todos sobre la función de la familia en la asistencia al enfermo y sobre la penosa situación por la que también pasan las familias de los enfermos ya indicados ²³. Remito a la interesante documentación publicada al efecto para un conocimiento detallado del problema, y voy a limitarme a mencionar brevemente las formas principales que adopta el sufrimiento de las familias.

Ya Juan Pablo II en su carta apostólica *Familiaris Consortio* alertaba sobre este grave problema con palabras tan claras y elocuentes que no me resisto a transcribir:

”El apostolado de la familia se irradiará... especialmente hacia las familias más necesitadas de ayuda y de apoyo, a los pobres, los enfermos, los minusválidos, los huérfanos, las viudas, los cónyuges abandonados, las madres solteras o aquellas que en situaciones difíciles sienten la tentación de deshacerse del fruto de su seno” (nº 71).

²² Cf. Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, *La familia del enfermo*, Documentación de la XIII Reunión Nacional de delegados de Pastoral Sanitaria (septiembre 1988) 10-17.

²³ Id. *Orientaciones para la Campaña del Día del Enfermo 1988*.

"Es necesario un empeño pastoral todavía más generoso, inteligente y prudente, a ejemplo del Buen Pastor, hacia aquellas familias que pasan por situaciones difíciles. A este respecto hay que llamar especialmente la atención de algunas que tienen mayor necesidad no sólo de asistencia, sino de una acción más incisiva ante la opinión pública y, sobre todo, ante las estructuras culturales. Estas son, por ejemplo, las familias con hijos minusválidos o drogadictos, las familias de alcoholizados, los ancianos, obligados no raramente a vivir en soledad o sin adecuados medios de subsistencia, la dolorosa experiencia de la viudez, de la muerte de un familiar, que mutila y transforma en profundidad el núcleo original de la familia" (nº 85).

Hay formas de sufrimiento familiar que son un puro reflejo y ampliación de los sufrimientos del enfermo que he descrito en el apartado segundo. A él remito igualmente al lector, así como a la documentación ya mencionada ²⁴. Aparte de aquellas hay otras dos formas que brotan espontáneamente de la propia familia y que, en resumen son las siguientes.

En primer lugar, la dolorosa sensación que aflora en bastantes familias bien dispuestas a ayudar, hasta donde puedan, a sus allegados, de que no se bastan a sí mismas para poder hacerlo satisfactoriamente. Hay ocasiones en que la falta de recursos es material (recursos económicos, cuidados y atenciones primarias, etc...) pero otras veces es de índole personal. El enfermo no cambia sólo ante sí mismo sino también ante sus allegados, a los que a menudo les resulta difícil comprender reacciones y alteraciones del ánimo que antes no veían en él. Las quejas o la ira circunstancial del enfermo hacen decir a veces a sus familiares: "no le conozco, ya no es el que era". Ayudar a comprender las reacciones del enfermo inexplicables para sus familiares es una tarea absolutamente indispensable, pero que casi nadie se siente llamado a asumir.

Aun sin llegar a tales extremos, una enfermedad duradera supone para la familia una acumulación constante de sufrimientos contemplados en el enfermo, sin saber a veces cómo aliviarlos, o transferidos por él a aquellos que considera los más idóneos para poderlos compartir. Sobre todo en los hospitales es frecuente ver a familiares sufriendo en silencio, y hasta con desesperación, sin encontrar alguien que al menos se pare a escuchar sus desahogos. En este sentido, la familia necesita una ayuda

²⁴ Cf. sobre todo Alejandro Rocamora Bonilla, "La familia del enfermo: lectura psicológica": *Labor Hospitalaria* 211 (1988) 16-28; y Adolfo Perinat, "La familia ante la enfermedad, vista desde la sociología", *ibidem* 29-33.

mayor aún que la requerida por el propio enfermo; ayuda que, por otra parte, cuando se presta, revierte en beneficio de éste.

Y como trasfondo de todo lo dicho surge también en los familiares del enfermo la necesidad de ir a la búsqueda de un sentido al sufrimiento de éste y de ellos mismos, de una respuesta a los lamentos de uno y otros. Tal respuesta podría brotar de ellos mismos, si tuvieran quién con tiempo, paciencia y buenas dosis de escucha, les facilitara el poderla encontrar; en otras ocasiones la respuesta que otro puede darles requiere, para que la hagan suya, la misma dedicación que, al igual que en el caso del enfermo, pocas personas están dispuestas a proporcionar.

V. LOS SUFRIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO

Quizá chocará a algún lector que incluya a los miembros de este colectivo en mi exposición. La opinión común es que los profesionales sanitarios están, por regla general, por encima de los sufrimientos de los enfermos y familias a quienes asisten. De hecho unos y otros suelen decir convencidos a los profesionales: *Ustedes ya están acostumbrados a ver sufrir*.

Las causas de dicha opinión, a mi modo de ver, son tres. En primer lugar, la imagen que la sociedad tiene de los profesionales, a los que contempla como técnicos de la salud y de la curación, cuya eficacia comporta una fría objetividad, insensible al dolor ajeno. Por otro lado, la misma educación recibida por ellos, en la que ha primado hasta ahora el estudio de las disciplinas científicas, sin atender apenas a las llamadas *humanidades* en sus programas de formación. Por último, el propósito de algunos de ellos por convertir el uniforme en una barrera inmunizadora frente a la enormidad del sufrimiento que contemplan cada día.

No obstante, he de decir que soy testigo de las diversas e intensas formas de sufrimiento que atacan al personal sanitario, y que tampoco merecen la consideración debida de las instituciones sanitarias y, en el caso de los cristianos, de la propia Iglesia. Enumeraré las que advierto más importantes y comunes a todos ellos.

Hay una primera forma de sufrimiento, cuya manifestación logran reprimir los profesionales durante largo tiempo, hasta que surge imprevista y demoledora cuando menos se la espera. Su causa es la acumulación de sufrimientos transferidos a ellos por enfermos y familiares, a los que no han dado cauce de desahogo a su debido tiempo. El profesor Gracia Guillén decía en una conferencia sobre este tema, que en los Estados Unidos el número de suicidios entre la clase médica era dos veces mayor

que entre la generalidad de la población y, dentro de aquella, los psiquiatras triplicaban esa cifra. Sin llegar a tal extremo, puedo aportar como dato de mi experiencia que los sanitarios suelen sufrir mucho más que cualquier otra persona cuando enferman seriamente, hasta el punto de que la propia experiencia acumulada durante su trabajo asistencial, se les vuelve en contra.

El colectivo de profesionales sanitarios es uno de los que más quejas recibe en nuestra sociedad, tanto a través de los medios de comunicación y ante las instancias jurídicas (Defensor del Pueblo, tribunales de justicia...), como de forma directa del público. Buena parte de tales quejas no tienen como causa un mal comportamiento de los propios sanitarios, sino los defectos estructurales y funcionales del sistema que ellos mismos también padecen. Y por ello se sienten mal-tratados, y así lo suelen manifestar, con razón. Cada día que trato con los profesionales sanitarios me convengo más de lo difícil que es cuidar bien a los demás cuando uno se siente injustamente maltratado. E igualmente estoy convencido de que será imposible lograr con éxito la humanización de la asistencia al enfermo, si entre todos no ahorramos a los profesionales molestias y sufrimientos inútiles, ni valoramos la dedicación ejemplar que muchos de ellos brindan en su trabajo.

Pero les resultará siempre inevitable tener que afrontar la irradiación del sufrimiento ajeno a la que están expuestos día tras día. Y en este aspecto necesitan la misma disponibilidad que enfermos y familiares para desahogar su interior, recomponer sus no siempre bien cultivadas motivaciones vocacionales, y convertir su dolorido esfuerzo en madurez humana y asistencial.

VI. CONCLUSION

Creo haber descrito, de manera sucinta pero suficiente, las formas principales de sufrimiento existentes en el mundo sanitario; y creo que por sí solas hablan de la necesidad de una atención preferente por parte de la Iglesia, en nombre de aquel que "echó sobre sí nuestras dolencias y cargó con nuestras enfermedades" (Mt 8, 16s; cf. Is 53, 4).

Como cuidador pastoral de los que en dicho mundo sufren, echo de menos un esfuerzo más continuo y comprometido de la teología y la catequesis de la Iglesia por escuchar, meditar y responder a los sufrimientos que he expuesto, aunque he de reconocer un mayor interés de esas instancias en los últimos tiempos. Un ejemplo lo constituye el presente número de esta revista. Pero queda aún mucho por hacer. Como apunte ani-

mador a esa tarea, puedo decir que en la Biblia y en la rica tradición asistencial de la propia Iglesia he podido ver magníficamente reflejados cada uno de los sufrimientos descritos anteriormente.

Quisiera, por último, transmitir la convicción de que tratar diaria e intensamente con el sufrimiento de los hombres no supone una tarea inaccesible o aplastante. Por el contrario, cuando se la complementa y prepara con la lectura de la palabra de Dios, de la oración y del apoyo de la comunidad cristiana, proporciona paradójicamente, siempre que uno no la busque, "la paz que el mundo no puede dar (Jn 14, 27) y la alegría que nadie le puede a uno arrebatarse" (Jn 16, 22).