



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

La vida consagrada al servicio de los enfermos.

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

n.312

MAYO/JUNIO/
JULIO/AGOSTO

2/2015

Hermanos de San Juan de Dios Provincia de Aragón - San Rafael

Año 65. Tercera Época
Mayo/Junio/Julio/Agosto
Número 312. Volumen XLVII

Consejo de Redacción

Dirección - José Luis Redrado, O.H.

Coordinadores

Ética de la Salud - Margarita Bofarull, rscj
Pastoral - Rudesindo Delgado
Humanización - Amèlia Guilera

Administración - Dolores Sáenz
Coordinación - Lluís Guilera Roche
Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

Humanización - Anna Ramió,
Laura Martínez, Javier Obis
Pastoral - Marije Goikoetxea,
Jesús Martínez, Mercé Puig Pey
Ética de la salud - Manuel de los Reyes López,
Juan Ramón Lacadena, M^a Pilar Núñez-Cubero

Dirección y Redacción

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios

Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono. 93 630 30 90
08830 Sant Boi del Llobregat - Barcelona
laborhospitalaria@ohsjd.es

Fotografías

Alba Felip

Información y suscripciones
laborhospitalaria@ohsjd.es

www.ohsjd.es
www.laborhospitalaria.org

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como soporte válido.
Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B.2998-61
COLOR DIGITAL - BCN

Editorial. p6

Mensaje Papa Francisco con motivo
del Año de la Vida Consagrada p8

Discurso del Superior General
de la Orden Hospitalaria p18

Hno. Jesús Etayo.

01/ La vida consagrada a la pastoral de
la salud: Una breve reseña histórica p22
Jesús Conde Herranz,

02/ Identidad de la vida consagrada en
misión socio-sanitaria: Su ministerialidad
carismática y profética. p34
José Cristo Rey García Paredes,

03/ Retos y compromisos de la vida
consagrada al servicio de los enfermos
ante las nuevas pobreza. p48
Hna. María José Herrería,

04/ La vida consagrada y su presencia
en el mundo de la salud. p56
Hna. Mayra Guadalupe Sánchez Grajeda,

05/ La vida consagrada y su atención a
los religiosos ancianos-enfermos. p64
Miguel Ángel Millán Asín,

06/Experiencias. p66

6.1/ Enfermos mentales.
Hnas. Hospitalarias.
6.2/ Misioneros; la vida consagrada
en las periferias del mundo.
Julián del Olmo.
6.3/ Sociosanitario.
Lares. Julián de Armas.
6.4/ Ancianos.
Hermitas de los Pobres.
6.5/ Niños.
OHJSD. Hno. Quim Erra.
2.6/ Atención en residencia de religiosos ancianos.
HSJD Zaragoza.

07/Recursos. p94

7.1/ Biografías de santos.
Biblioteca San Juan de Dios.
7.2/ Testimonios de misioneros.
Julián del Olmo.
7.3/ Vida consagrada y cine.
Juan Manuel Bajo Llauredó.



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@ohsjd.es**

Acceso al fondo bibliográfico y pautas de suscripción

Para acceder al fondo bibliográfico o para realizar una nueva suscripción a **LABOR HOSPITALARIA** se utilizará la web corporativa de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios Provincia de Aragón-San Rafael (www.ohsjd.es) y se entrará en la microsite de Labor Hospitalaria, donde se encuentran todos los contenidos digitalizados de la revista desde el año 1972.

El **acceso al fondo bibliográfico** de la revista y la **consulta o descarga** de números completos o de artículos concretos se podrá realizar gratuitamente desde 1972 hasta los dos años anteriores al vigente y el año en curso. Para acceder a estos contenidos tanto suscriptores como no suscriptores deberán registrarse una única vez, con un usuario / contraseña en la misma página.

Para acceder a los artículos o número de pago, los suscriptores de la revista tendrán acceso libre y los no suscriptores, una vez registrados, podrán efectuar el **pago de los artículos o números completos o bien hacer suscriptores** a través de tarjeta de crédito.

Precio de las suscripciones

LH Año 2015	Digital	25 €
	Papel / Digital	36 € - España 50 € - Europa 50 \$ - USA
Últimos dos años	Número completo digital	10 €
	Artículo digital	3 €

Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto a través de nuestro correo electrónico: **laborhospitalaria@ohsjd.es**



editorial

Gratitud. pasión. Esperanza. *Al servicio de la Hospitalidad.*

LABOR HOSPITALARIA, nuestra revista, la vuestra, se une a centenares de reflexiones que se vienen haciendo en este año señalado como año dedicado a la vida consagrada, pero el inmenso abanico que es y que abarca, nuestra Revista centra su reflexión en un capítulo significativo: “La vida consagrada al servicio de los enfermos”.

Queremos ponerla ante un espejo y mirarla -observarla - sin miedo, con audacia; la riqueza de su historia, sus luces y sombras, un pasado que nos sirva de trampolín, no de cómodo sillón. Mucho hay que agradecer a quienes nos han precedido en este sector de servicio a los enfermos, nos han abierto muchos surcos, nos han ofrecido muchos signos evangelizadores, mucho evangelio que inspira fuerza, coraje, audacia y esperanza; mucha profecía hecha realidad, evangelio, buena noticia.

Hoy el servicio a los enfermos ofrece nuevas oportunidades para abrir, estrenar e inaugurar nuevos signos de evangelio en una sociedad donde la técnica puede apoderarse del hombre y reducirlo a cosa o a un caso clínico. La enfermedad es un “lugar privilegiado” para

la evangelización. El hospital es el lugar más frecuentado por la sociedad, el lugar por donde pasan más personas - niños, jóvenes, mayores, creyentes y no creyentes, ricos y pobres, sabios e ignorantes...; pasan más que por nuestras parroquias, catedrales, mezquitas y sinagogas. El hospital tiene más audiencia que nuestras plazas. No es este el lugar para una demostración estadística, simplemente señalamos la idea para que nos ayude a reflexionar, a tomar conciencia evangelizadora.

Es por ello que la dirección de la Revista ha pensado ofrecer a sus lectores este número monográfico. Lo abrimos con la Carta del Papa Francisco a todos los consagrados; la habremos leído, seguro; pero necesitamos volver sobre ella para animarnos y tomar conciencia de lo que somos y a qué estamos llamados. Seguimos con una reflexión del **H. Jesús Etayo**, superior General de los Hermanos de San Juan de Dios; reflexión sobre el año de la vocación a la Hospitalidad. El superior General dice que mirar a las estadísticas es muy humano, pero no siempre es muy espiritual. El año de la vocación a la hospitalidad “**es un año de gracias del Señor para iluminar nuestras raíces, nuestras motivaciones más profundas y para renovarlas...**” Por ello, hemos de pasar de ser “**funcionarios de la Hospitalidad**” a ser “**testigos de la Hospitalidad**”.

Con estos dos temas de fondo ofrecemos después dos grandes capítulos: el primero formado por varios artículos que se refieren a la historia de la vida consagrada al servicio de los enfermos, misión y compromiso, retos, presencia y atención a los religiosos ancianos-enfermos. El segundo capítulo trata de experiencias: misioneros consagrados en las periferias, en el mundo de los enfermos mentales, en niños enfermos, en ancianos, en la realidad socio-sanitaria, en residencia de religiosos ancianos y un programa integral una historia de compromiso evangélico.

Es un material reflexionado por personas que están inmersas en el mundo de la salud y de la enfermedad, o muy vinculadas al mismo.

Ayudará a nuestros lectores a centrar la atención al enorme cambio realizado en este sector y a mirar a los retos que tenemos delante, sobre todo el gran desafío de una asistencia integral que pasa por la técnica médica y también por los cuidados asistenciales, sociales, psicológicos y espirituales. Curar y cuidar. Sanar y salvar. Esto es lo que hicieron nuestros Fundadores, “**transformar la medicina en misión de caridad**”, el trabajo hospitalario en misión de hospitalidad. Los santos y santas de la caridad lo vivieron así y algunos lo sintetizaron en slogans como los siguientes:

- **Tened siempre caridad porque donde no hay caridad no está Dios, aunque Dios en todo lugar está. (Juan de Dios).**
- **Más corazón entre las manos. (Camilo de Lellis).**
- **Los enfermos son nuestros dueños y señores. (Vicente de Paúl).**

Paracelso, médico del siglo XVI, decía: “**el más hondo fundamento de la medicina es el amor**”. Muchos años antes, Hipócrates, se expresaba así:

“**El mejor tratamiento posible para el enfermo consiste en el cuidado, cuidarlo amorosamente, en participar de manera desinteresada en sus problemas, en conocer su constitución física y reconocer atentamente su situación en cada momento**”.

Y en una sala del hospital de “San Giacomo” en Roma está escrito lo siguiente, referido a los enfermos:

**Ven para ser curado
Si no curado, al menos cuidado
Si no cuidado, al menos consolado.**

La historia continúa al servicio de los enfermos. Toda la historia de la Iglesia está jalonada por numerosos Institutos, cercanos a las necesidades de nuestro mundo, siendo signo del amor de Dios. La constante presencia de la Iglesia en este sector sanitario subraya algunos rasgos significativos que siempre ha tenido en cuenta: la persona enferma al centro, identidad con el Cristo del Evangelio que pasó haciendo el bien. La Iglesia, y en ella nuestros Fundadores, realizaron una evangelización mediante el gesto y hechos de curación, como signo de amor a los hombres; su evangelización era: ha llegado el Reino, éstas son las credenciales: se da alimento al hambriento, refrigerio al sediento, vestido al desnudo, se cura al enfermo **(Cfr. Mt 25)**.

Nuestro mundo tiene necesidad del ejercicio de estos valores tan cercanos al evangelio; tiene necesidad de tocar con mano la parábola del Buen samaritano **(Lc 10)**; la practicaron ayer y la practican hoy un numeroso ejército de hermanos y hermanas a los que debemos homenaje y gratitud por la generosidad, por el espíritu, por la caridad y la alegría compartidas después de tanto cuidado, de tantos desvelos, momentos difíciles y de una recuperación que alimenta esperanzas. Este sector tiene, en anonimato, cientos y cientos de hermanos y hermanas que no se contarán entre los grandes héroes, pero que el libro de la vida sabe de su eficacia entre el silencio; sabe de su sencillez y de su presencia constante. Son muchos los lugares al servicio de los enfermos que los medios de comunicación ignoran pero que hacen su labor, misión, de curación, de sanación, de salvación. “**Clínicas del espíritu**”, decía el **Papa Pablo VI**, hoy beato. “**Lugares sagrados**” llamaron a estos centros sanitarios **Juan Pablo II** y **Benedicto XVI**. Lugares donde se armonizan caridad antigua con ciencia moderna.

Queremos que nuestros lectores se adentren en estas reflexiones, las mediten, las hagan vida. Será un buen servicio a los enfermos.

**+ José L. Redrado, OH
Director**

*Carta Apostólica
del Papa Francisco a
todos los Consagrados
con ocasión del Año
de la Vida Consagrada.*



Queridas consagradas y queridos consagrados

Os escribo como Sucesor de Pedro, a quien el Señor Jesús confió la tarea de confirmar a sus hermanos en la fe (cf. **Lc 22,32**), y me dirijo a vosotros como hermano vuestro, consagrado a Dios como vosotros.

Demos gracias juntos al Padre, que nos ha llamado a seguir a Jesús en plena adhesión a su Evangelio y en el servicio de la Iglesia, y que ha derramado en nuestros corazones el Espíritu Santo que nos da alegría y nos hace testimoniar al mundo su amor y su misericordia.

He decidido convocar un **Año de la Vida Consagrada** haciéndome eco del sentir de muchos y de la Congregación para los Institutos de vida consagrada y las Sociedades de vida apostólica, con motivo del 50 aniversario de la Constitución dogmática **Lumen gentium** sobre la Iglesia, que en el capítulo sexto trata de los religiosos, así como del Decreto **Perfectae caritatis** sobre la renovación de la vida religiosa.

Dicho Año comenzará el próximo 30 de noviembre, primer Domingo de Adviento, y terminará con la fiesta de la Presentación del Señor, el 2 de febrero de 2016.

Después de escuchar a la Congregación para los Institutos de vida consagrada y las Sociedades de vida apostólica, he indicado como objetivos para este Año los mismos que **San Juan Pablo II** propuso a la Iglesia a comienzos del tercer milenio, retomando en cierto modo lo que ya había dicho en la Exhortación apostólica postsinodal *Vita consecrata*:

“Vosotros no solamente tenéis una historia gloriosa para recordar y contar, sino una gran historia que construir. Poned los ojos en el futuro, hacia el que el Espíritu os impulsa para seguir haciendo con vosotros grandes cosas” (n. 110).

**I.
Objetivos para el Año de la Vida Consagrada**

1. El primer objetivo es **mirar al pasado con gratitud**. Cada Instituto viene de una rica historia carismática. En sus orígenes se hace presente la acción de Dios que, en su Espíritu, llama a algunas personas a seguir de cerca a Cristo, para traducir el Evangelio en una particular forma de vida, a leer con los ojos de la fe los signos de los tiempos, a responder creativamente a las necesidades de la Iglesia.

La experiencia de los comienzos ha ido después creciendo y desarrollándose, incorporando otros miembros en nuevos contextos geográficos y culturales, dando vida a nuevos modos de actuar el carisma, a nuevas iniciativas y formas de caridad apostólica. Es como la semilla que se convierte en un árbol que expande sus ramas.

Es oportuno que cada familia carismática recuerde este Año sus inicios y su desarrollo histórico, para dar gracias a Dios, que ha dado a la Iglesia tantos dones, que la embellecen y

la preparan para toda obra buena (cf. **Lumen gentium, 12**).

Poner atención en la propia historia es indispensable para mantener viva la identidad y fortalecer la unidad de la familia y el sentido de pertenencia de sus miembros. No se trata de hacer arqueología o cultivar inútiles nostalgias, sino de recorrer el camino de las generaciones pasadas para redescubrir en él la chispa inspiradora, los ideales, los proyectos, los valores que las han impulsado, partiendo de los fundadores y fundadoras y de las primeras comunidades. También es una manera de tomar conciencia de cómo se ha vivido el carisma a través de los tiempos, la creatividad que ha desplegado, las dificultades que ha debido afrontar y cómo fueron superadas. Se podrán descubrir incoherencias, fruto de la debilidad humana, y a veces hasta el olvido de algunos aspectos esenciales del carisma. Todo es instructivo y se convierte a la vez en una llamada a la conversión. Recorrer la propia historia es alabar a Dios y darle gracias por todos sus dones.

Le damos gracias de manera especial por estos últimos 50 años desde el **Concilio Vaticano II**, que ha representado un «soplo» del Espíritu Santo para toda la Iglesia. Gracias a él, la vida consagrada ha puesto en marcha un fructífero proceso de renovación, con sus luces y sombras, ha sido un tiempo de gracia, marcado por la presencia del Espíritu.

Que este Año de la Vida Consagrada sea también una ocasión para confesar con humildad, y a la vez con gran confianza en el Dios amor (cf. **1 Jn 4,8**), la propia fragilidad, y para vivirlo como una experiencia del amor misericordioso

del Señor; una ocasión para proclamar al mundo con entusiasmo y dar testimonio con gozo de la santidad y vitalidad que hay en la mayor parte de los que han sido llamados a seguir a Cristo en la vida consagrada.

2. Este Año nos llama también a **vivir el presente con pasión**. La memoria agradecida del pasado nos impulsa, escuchando atentamente lo que el Espíritu dice a la Iglesia de hoy, a poner en práctica de manera cada vez más profunda los aspectos constitutivos de nuestra vida consagrada. Desde los comienzos del primer monacato, hasta las actuales «nuevas comunidades», toda forma de vida consagrada ha nacido de la llamada del Espíritu a seguir a Cristo como se enseña en el Evangelio (cf. **Perfectae caritatis, 2**). Para los fundadores y fundadoras, la regla en absoluto ha sido el Evangelio, cualquier otra norma quería ser únicamente una expresión del Evangelio y un instrumento para vivirlo en plenitud. Su ideal era Cristo, unirse a él totalmente, hasta poder decir con Pablo: «**Para mí la vida es Cristo**» (**Flp 1,21**); los votos tenían sentido sólo para realizar este amor apasionado.

La pregunta que hemos de plantearnos en este Año es si, y cómo, nos dejamos interpelar por el Evangelio; si este es realmente el vademecum para la vida cotidiana y para las opciones que estamos llamados a tomar. El Evangelio es exigente y requiere ser vivido con radicalidad y sinceridad. No basta leerlo (aunque la lectura y el estudio siguen siendo de extrema importancia), no es suficiente meditarlo (y lo hacemos con alegría todos los días). Jesús nos pide ponerlo en práctica, vivir sus palabras. Jesús, hemos de preguntarnos aún, ¿es realmente

el primero y único amor, como nos hemos propuesto cuando profesamos nuestros votos? Sólo si es así, podemos y debemos amar en la verdad y la misericordia a toda persona que encontramos en nuestro camino, porque habremos aprendido de él lo que es el amor y cómo amar: sabremos amar porque tendremos su mismo corazón.

Nuestros fundadores y fundadoras han sentido en sí la compasión que embargaba a Jesús al ver a la multitud como ovejas extraviadas, sin pastor. Así como Jesús, movido por esta compasión, ofreció su palabra, curó a los enfermos, dio pan para comer, entregó su propia vida, así también los fundadores se han puesto al servicio de la humanidad allá donde el Espíritu les enviaba, y de las más diversas maneras: la intercesión, la predicación del Evangelio, la catequesis, la educación, el servicio a los pobres, a los enfermos... La fantasía de la caridad no ha conocido límites y ha sido capaz de abrir innumerables sendas para llevar el aliento del Evangelio a las culturas y a los más diversos ámbitos de la sociedad.

El Año de la Vida Consagrada nos interpela sobre la fidelidad a la misión que se nos ha confiado. Nuestros ministerios, nuestras obras, nuestras presencias, ¿responden a lo que el Espíritu ha pedido a nuestros fundadores, son adecuados para abordar su finalidad en la sociedad y en la Iglesia de hoy? ¿Hay algo que hemos de cambiar? ¿Tenemos la misma pasión por nuestro pueblo, somos cercanos a él hasta compartir sus penas y alegrías, así como para comprender verdaderamente sus necesidades y poder ofrecer nuestra contribución para responder a ellas?

▼
“La misma generosidad y abnegación que impulsaron a los fundadores -decía San Juan Pablo II- deben moveros a vosotros, sus hijos espirituales, a mantener vivos sus carismas que, con la misma fuerza del Espíritu que los ha suscitado, siguen enriqueciéndose y adaptándose, sin perder su carácter genuino, para ponerse al servicio de la Iglesia y llevar a plenitud la implantación de su Reino”¹.

Al hacer memoria de los orígenes sale a luz otra dimensión más del proyecto de vida consagrada. Los fundadores y fundadoras estaban fascinados por la unidad de los Doce en torno a Jesús, de la comunión que caracterizaba a la primera comunidad de Jerusalén. Cuando han dado vida a la propia comunidad, todos ellos han pretendido reproducir aquel modelo evangélico, ser un sólo corazón y una sola alma, gozar de la presencia del Señor (cf. **Perfectae caritatis, 15**). Vivir el presente con pasión es hacerse «**expertos en comunión**», «**testigos y artífices de aquel “proyecto de comunión” que constituye la cima de la historia del hombre según Dios**»². En una sociedad del enfrentamiento, de difícil convivencia entre las diferentes culturas, de la prepotencia con los más débiles, de las desigualdades, estamos llamados a ofrecer un modelo concreto de comunidad que, a través del reconocimiento de la dignidad de cada persona y del compartir el don que cada uno lleva consigo, permite vivir en relaciones fraternas.

Sed, pues, mujeres y hombres de comunión, haceos presentes con decisión allí donde hay diferencias y tensiones, y sed un signo creíble de la presencia del Espíritu, que infunde en los corazones la pasión de que todos sean uno (cf. **Jn 17,21**). Vivid la mística del encuentro: «**la capacidad de escuchar, de escuchar a las demás personas. La capacidad de buscar juntos el camino, el método**»³, dejándoos iluminar por la relación de amor que recorre las tres Personas Divinas (cf. **1 Jn 4,8**) como modelo de toda relación interpersonal.

▼
3. Abrazar el futuro con esperanza quiere ser el tercer objetivo de este Año. Conocemos las dificultades que afronta la vida consagrada en sus diversas formas: la disminución de vocaciones y el envejecimiento, sobre todo en el mundo occidental, los problemas económicos como consecuencia de la grave crisis financiera mundial, los retos de la internacionalidad y la globalización, las insidias del relativismo, la marginación y la irrelevancia social... Precisamente en estas incertidumbres, que compartimos con muchos de nuestros contemporáneos, se levanta nuestra esperanza, fruto de la fe en el Señor de la historia, que sigue repitiendo:

▼
“No tengas miedo, que yo estoy contigo” (Jr 1,8).

La esperanza de la que hablamos no se basa en los números o en las obras, sino en aquel en quien hemos puesto nuestra confianza (cf. **2 Tm 1,12**) y para quien «**nada es imposible**» (Lc 1,37).

Esta es la esperanza que no defrauda y que permitirá a la vida consagrada seguir escribiendo una gran historia en el futuro, al que debemos seguir mirando, conscientes de que hacia él es donde nos conduce el Espíritu Santo para continuar haciendo cosas grandes con nosotros.

No hay que ceder a la tentación de los números y de la eficiencia, y menos aún a la de confiar en las propias fuerzas. Examinad los horizontes de la vida y el momento presente en vigilante vela. Con **Benedicto XVI**, repito:

▼
“No os unáis a los profetas de desventuras que proclaman el final o el sinsentido de la vida consagrada en la Iglesia de nuestros días; más bien revestíos de Jesucristo y portad las armas de la luz -como exhorta san Pablo (cf. Rm 13,11-14)-, permaneciendo despiertos y vigilantes”⁴.

Continuemos y reempredamos siempre nuestro camino con confianza en el Señor.

Me dirijo sobre todo a vosotros, jóvenes. Sed el presente viviendo activamente en el seno de vuestros Institutos, ofreciendo una contribución determinante con la frescura y la generosidad de vuestra opción. Sois al mismo tiempo el futuro, porque pronto seréis llamados a tomar en vuestras manos la guía de la animación, la formación, el servicio y la misión. Este año tendréis un protagonismo en el diálogo con la generación que os precede. En comunión fraterna, podréis enriqueceros

1. Carta ap. Los caminos del Evangelio, a los religiosos y religiosas de América Latina con motivo del V centenario de la evangelización del Nuevo Mundo (29 junio 1990), 26.

2. Sagrada Congregación para los Religiosos y los Institutos Seculares, Religiosos y promoción humana (12 agosto 1980), 24: L'Osservatore Romano, ed. en lengua española, 14 diciembre 1980, p. 16.

3. A los estudiantes de los colegios pontificios y residencias sacerdotales de Roma, 12 mayo 2014.

4. Homilía en la fiesta de la Presentación del Señor, 2 febrero 2013.

con su experiencia y sabiduría, y al mismo tiempo tendréis ocasión de volver a proponerle los ideales que ha vivido en sus inicios, ofrecer la pujanza y lozanía de vuestro entusiasmo, y así desarrollar juntos nuevos modos de vivir el Evangelio y respuestas cada vez más adecuadas a las exigencias del testimonio y del anuncio. Me alegra saber que tendréis oportunidades para reunirnos entre vosotros, jóvenes de diferentes Institutos. Que el encuentro se haga el camino habitual de la comunión, del apoyo mutuo, de la unidad.

II. Expectativas para el Año de la Vida Consagrada ¿Qué espero en particular de este Año de gracia de la Vida Consagrada?

1. Que sea siempre verdad lo que dije una vez: «Donde hay religiosos hay alegría». Estamos llamados a experimentar y demostrar que Dios es capaz de colmar nuestros corazones y hacernos felices, sin necesidad de buscar nuestra felicidad en otro lado; que la auténtica fraternidad vivida en nuestras comunidades alimenta nuestra alegría; que nuestra entrega total al servicio de la Iglesia, las familias, los jóvenes, los ancianos, los pobres, nos realiza como personas y da plenitud a nuestra vida.

Que entre nosotros no se vean caras tristes, personas descontentas, porque «un seguimiento triste es un triste seguimiento». También nosotros, al igual que todos los otros hombres y mujeres, sentimos las dificultades, las noches del espíritu, la decepción, la enfermedad, la pérdida de fuerzas debido a la vejez. Precisamente en

esto deberíamos encontrar la «perfecta alegría», aprender a reconocer el rostro de Cristo, que se hizo en todo semejante a nosotros, y sentir por tanto la alegría de sabernos semejantes a él, que no ha rehusado someterse a la cruz por amor nuestro.

En una sociedad que ostenta el culto a la eficiencia, al estado plétórico de salud, al éxito, y que margina a los pobres y excluye a los «perdedores», podemos testimoniar mediante nuestras vidas la verdad de las palabras de la Escritura:

“Cuando soy débil, entonces soy fuerte”
(2 Co 12,10).

Bien podemos aplicar a la vida consagrada lo que escribí en la Exhortación apostólica *Evangelii gaudium*, citando una homilía de Benedicto XVI:

“La Iglesia no crece por proselitismo,
sino por atracción” (n. 14).

Sí, la vida consagrada no crece cuando organizamos bellas campañas vocacionales, sino cuando los jóvenes que nos conocen se sienten atraídos por nosotros, cuando nos ven hombres y mujeres felices. Tampoco su eficacia apostólica depende de la eficiencia y el poderío de sus medios.

Es vuestra vida la que debe hablar, una vida en la que se trasparenta la alegría y la belleza de vivir el Evangelio y de seguir a Cristo. Repito a vosotros lo que dije en la última Vigilia de Pentecostés a los Movimientos eclesiales:

“El valor de la Iglesia, fundamentalmente, es vivir el Evangelio y dar testimonio de nuestra fe. La Iglesia es la sal de la tierra, es luz del mundo, está llamada a hacer presente en la sociedad la levadura del Reino de Dios y lo hace ante todo con su testimonio, el testimonio del amor fraterno, de la solidaridad, del compartir” (18 mayo 2013).

2. Espero que «despertéis al mundo», porque la nota que caracteriza la vida consagrada es la profecía. Como dije a los Superiores Generales,

“La radicalidad evangélica no es sólo de los religiosos: se exige a todos. Pero los religiosos siguen al Señor de manera especial, de modo profético”.

Esta es la prioridad que ahora se nos pide:

“Ser profetas como Jesús ha vivido en esta tierra... Un religioso nunca debe renunciar a la profecía” (29 noviembre 2013).

El profeta recibe de Dios la capacidad de observar la historia en la que vive y de interpretar los acontecimientos: es como un centinela que vigila por la noche y sabe cuándo llega el alba (cf. Is 21,11-12). Conoce a Dios y conoce a los hombres y mujeres, sus hermanos y hermanas. Es capaz de discernir, y también de denunciar el mal del pecado y las injusticias, porque es libre, no debe rendir cuentas a más amos que a Dios, no tiene otros intereses sino los de Dios.

El profeta está generalmente de parte de los pobres y los indefensos, porque sabe que Dios mismo está de su parte. Espero, pues, que mantengáis vivas las «utopías», pero que sepáis crear «otros lugares» donde se viva la lógica evangélica del don, de la fraternidad, de la acogida de la diversidad, del amor mutuo. Los monasterios, comunidades, centros de espiritualidad, «ciudades», escuelas, hospitales, casas de acogida y todos esos lugares que la caridad y la creatividad carismática han fundado, y que fundarán con mayor creatividad aún, deben ser cada vez más la levadura para una sociedad inspirada en el Evangelio, la «ciudad sobre un monte» que habla de la verdad y el poder de las palabras de Jesús. A veces, como sucedió a Elías y Jonás, se puede tener la tentación de huir, de evitar el cometido del profeta, porque es demasiado exigente, porque se está cansado, decepcionado de los resultados. Pero el profeta sabe que nunca está solo. También a nosotros, como a Jeremías, Dios nos asegura:

“No tengas miedo, que yo estoy contigo para librarte” (1,8).

3. Los religiosos y las religiosas, al igual que todas las demás personas consagradas, están llamadas a ser «**expertos en comunión**». Espero, por tanto, que la «**espiritualidad de comunión**», indicada por san Juan Pablo II, se haga realidad y que vosotros estéis en primera línea para acoger «el gran desafío que tenemos ante nosotros» en este nuevo milenio:

“**Hacer de la Iglesia la casa y la escuela de la comunión**”⁵.

Estoy seguro de que este Año trabajaréis con seriedad para que el ideal de fraternidad perseguido por los fundadores y fundadoras crezca en los más diversos niveles, como en círculos concéntricos. La comunión se practica ante todo en las respectivas comunidades del Instituto. A este respecto, invito a releer mis frecuentes intervenciones en las que no me canso de repetir que la crítica, el chisme, la envidia, los celos, los antagonismos, son actitudes que no tienen derecho a vivir en nuestras casas. Pero, sentada esta premisa, el camino de la caridad que se abre ante nosotros es casi infinito, pues se trata de buscar la acogida y la atención recíproca, de practicar la comunión de bienes materiales y espirituales, la corrección fraterna, el respeto para con los más débiles... Es «**la mística de vivir juntos**» que hace de **nuestra vida «una santa peregrinación**»⁶. También debemos preguntarnos sobre la relación entre personas de diferentes culturas, teniendo en cuenta que nuestras comunidades se hacen cada vez más internacionales. ¿Cómo

permitir a cada uno expresarse, ser aceptado con sus dones específicos, ser plenamente corresponsable? También espero que crezca la comunión entre los miembros de los distintos Institutos. ¿No podría ser este Año la ocasión para salir con más valor de los confines del propio Instituto para desarrollar juntos, en el ámbito local y global, proyectos comunes de formación, evangelización, intervenciones sociales? Así se podrá ofrecer más eficazmente un auténtico testimonio profético. La comunión y el encuentro entre diferentes carismas y vocaciones es un camino de esperanza. Nadie construye el futuro aislándose, ni sólo con sus propias fuerzas, sino reconociéndose en la verdad de una comunión que siempre se abre al encuentro, al diálogo, a la escucha, a la ayuda mutua, y nos preserva de la enfermedad de la autoreferencialidad. Al mismo tiempo, la vida consagrada está llamada a buscar una sincera sinergia entre todas las vocaciones en la Iglesia, comenzando por los presbíteros y los laicos, así como a «**fomentar la espiritualidad de la comunión, ante todo en su interior y, además, en la comunidad eclesial misma y más allá aún de sus confines**»⁷.

4. Espero de vosotros, además, lo que pido a todos los miembros de la Iglesia: **salir de sí mismos para ir a las periferias existenciales. «Id al mundo entero»**, fue la última palabra que Jesús dirigió a los suyos, y que sigue dirigiéndonos hoy a todos nosotros (cf. **Mc 16,15**). Hay toda una humanidad que espera: personas que han perdido toda esperanza, familias en dificultad, niños abandonados, jóvenes sin futuro alguno, enfermos y ancianos abandonados, ricos hartos de bienes y con el corazón vacío,

hombres y mujeres en busca del sentido de la vida, sedientos de lo divino... No os repleguéis en vosotros mismos, no dejéis que las pequeñas peleas de casa os asfixien, no quedéis prisioneros de vuestros problemas. Estos se resolverán si vais fuera a ayudar a otros a resolver sus problemas y anunciar la Buena Nueva. Encontraréis la vida dando la vida, la esperanza dando esperanza, el amor amando. Espero de vosotros gestos concretos de acogida a los refugiados, de cercanía a los pobres, de creatividad en la catequesis, en el anuncio del Evangelio, en la iniciación a la vida de oración. Por tanto, espero que se aligeren las estructuras, se reutilicen las grandes casas en favor de obras más acordes a las necesidades actuales de evangelización y de caridad, se adapten las obras a las nuevas necesidades.

5. Espero que **toda forma de vida consagrada se pregunte sobre lo que Dios y la humanidad de hoy piden.**

Los monasterios y los grupos de orientación contemplativa podrían reunirse entre sí, o estar en contacto de algún modo, para intercambiar experiencias sobre la vida de oración, sobre el modo de crecer en la comunión con toda la Iglesia, sobre cómo apoyar a los cristianos perseguidos, sobre la forma de acoger y acompañar a los que están en busca de una vida espiritual más intensa o tienen necesidad de apoyo moral o material.

Lo mismo pueden hacer los Institutos dedicados a la caridad, a la enseñanza, a la promoción de la cultura, los que se lanzan al anuncio del Evangelio o desarrollan determinados ministerios pastorales, los Institutos seculares en su presencia

capilar en las estructuras sociales. La fantasía del Espíritu ha creado formas de vida y obras tan diferentes, que no podemos fácilmente catalogarlas o encajarlas en esquemas prefabricados. No me es posible, pues, referirme a cada una de las formas carismáticas en particular. No obstante, nadie debería eludir este Año una verificación seria sobre su presencia en la vida de la Iglesia y su manera de responder a los continuos y nuevos interrogantes que se suscitan en nuestro alrededor, al grito de los pobres. Sólo con esta atención a las necesidades del mundo y con la docilidad al Espíritu, este Año de la Vida Consagrada se transformará en un auténtico kairòs, un tiempo de Dios lleno de gracia y de transformación.

III. Horizontes del Año de la Vida Consagrada

1. Con esta carta **me dirijo**, además de a las personas consagradas, a los **laicos que comparten con ellas ideales, espíritu y misión**. Algunos Institutos religiosos tienen una larga tradición en este sentido, otros tienen una experiencia más reciente. En efecto, alrededor de cada familia religiosa, y también de las Sociedades de vida apostólica y de los mismos Institutos seculares, existe una familia más grande, la «**familia carismática**», que comprende varios Institutos que se reconocen en el mismo carisma, y sobre todo cristianos laicos que se sienten llamados, precisamente en su condición laical, a participar en el mismo espíritu carismático. También os animo a vosotros, fieles laicos, a vivir este Año de la Vida Consagrada como una gracia que os puede hacer más conscientes del don recibido. Celebradlo con toda la «**familia**» para crecer

5. Carta ap. Novo millennio ineunte, 6 enero 2001, 43.

6. Exhort. ap. Evangelii gaudium, 24 noviembre 2013, 87.

7. Juan Pablo II, Exhort. ap. postsinodal. Vita consecrata, 25 marzo 1996, 51.

y responder a las llamadas del Espíritu en la sociedad actual. En algunas ocasiones, cuando los consagrados de diversos Institutos se reúnan entre ellos este Año, procurad estar presentes también vosotros, como expresión del único don de Dios, con el fin de conocer las experiencias de otras familias carismáticas, de los otros grupos laicos y enriqueceros y ayudaros recíprocamente.

2. El Año de la Vida Consagrada no sólo afecta a las personas consagradas, sino a **toda la Iglesia**. Me dirijo, pues, a todo el pueblo cristiano, para que **tome conciencia cada vez más del don de tantos consagrados y consagradas, herederos de grandes santos que han fraguado la historia del cristianismo**. ¿Qué sería la Iglesia sin san Benito y san Basilio, san Agustín y san Bernardo, san Francisco y santo Domingo, sin san Ignacio de Loyola y santa Teresa de Ávila, santa Ángela Merici y san Vicente de Paúl? La lista sería casi infinita, hasta san Juan Bosco, la beata Teresa de Calcuta. El beato Pablo VI decía:

«Sin este signo concreto, la caridad que anima la Iglesia entera correría el riesgo de enfriarse, la paradoja salvífica del Evangelio de perder garra, la “sal” de la fe de disolverse en un mundo de secularización» (**Evangelica testificatio**, 3).

Invito por tanto a todas las comunidades cristianas a **vivir este Año, ante todo dando gracias al Señor y haciendo memoria reconocida de los dones recibidos**, y que todavía recibimos, a través de la santidad de los fundadores y fundadoras, y de la fidelidad de tantos consagrados al

propio carisma. Invito a todos a **unirse en torno a las personas consagradas, a alegrarse con ellas, a compartir sus dificultades, a colaborar con ellas en la medida de lo posible, para la realización de su ministerio y sus obras, que son también las de toda la Iglesia**. Hacedles sentir el afecto y el calor de todo el pueblo cristiano. Bendigo al Señor por la feliz coincidencia del Año de la Vida Consagrada con el Sínodo sobre la familia. Familia y vida consagrada son vocaciones portadoras de riqueza y gracia para todos, ámbitos de humanización en la construcción de relaciones vitales, lugares de evangelización. Se pueden ayudar unos a otros.

3. Con esta carta me atrevo a dirigirme también a las personas consagradas y a los miembros de las **fraternidades y comunidades pertenecientes a Iglesias de tradición diferente a la católica**. El monacato es un patrimonio de la Iglesia indivisa, todavía muy vivo tanto en las Iglesias ortodoxas como en la Iglesia Católica.

En él, como otras experiencias posteriores al tiempo en el que la Iglesia de Occidente todavía estaba unida, se han inspirado iniciativas análogas surgidas en el ámbito de las Comunidades eclesiales de la Reforma, que luego han continuado a generar en su seno otras expresiones de comunidades fraternas y de servicio. La Congregación para los Institutos de vida consagrada y las Sociedades de vida apostólica ha programado iniciativas para propiciar encuentros entre miembros pertenecientes a experiencias de la vida consagrada y fraterna de las diversas Iglesias. Aliento vivamente estas reuniones, para que crezca el conocimiento recíproco, la estima, la mutua colaboración, de manera que el ecu-

menismo de la vida consagrada sea una ayuda en el proyecto más amplio hacia la unidad entre todas las Iglesias.

4. Tampoco podemos olvidar que el fenómeno de la vida monástica y de otras expresiones de fraternidad religiosa existe también en todas las grandes religiones. No faltan experiencias, también consolidadas, de diálogo intermonástico entre la Iglesia Católica y algunas de las grandes tradiciones religiosas.

Espero que el Año de la Vida Consagrada sea la ocasión para evaluar el camino recorrido, para sensibilizar a las personas consagradas en este campo, para preguntarnos sobre nuevos pasos a dar hacia una recíproca comprensión cada vez más profunda y para una colaboración en muchos ámbitos comunes de servicio a la vida humana. Caminar juntos es siempre un enriquecimiento, y puede abrir nuevas vías a las relaciones entre pueblos y culturas, que en este período aparecen plagadas de dificultades.

5. Por último, **me dirijo a mis hermanos en el episcopado**. Que este Año sea una oportunidad para acoger cordialmente y con alegría la vida consagrada como un capital espiritual que para el bien de todo el Cuerpo de Cristo (**cf. Lumen gentium**, 43), y no sólo de las familias religiosas.

«La vida consagrada es un don para la Iglesia, nace en la Iglesia, crece en la Iglesia, está totalmente orientada a la Iglesia»⁸.

De aquí que, como don a la Iglesia, no es una realidad aislada o marginal, sino que pertenece íntimamente a ella, está en el corazón de la Iglesia como elemento decisivo de su misión, en cuanto expresa la naturaleza íntima de la vocación cristiana y la tensión de toda la Iglesia Esposa hacia la unión con el único Esposo; por tanto, **«pertenece sin discusión a su vida y a su santidad» (ibid., 44)**.

En este contexto, invito a los Pastores de las Iglesias particulares a una solicitud especial para promover en sus comunidades los distintos carismas, sean históricos, sean carismas nuevos, sosteniendo, animando, ayudando en el discernimiento, haciéndose cercanos con ternura y amor a las situaciones de dolor y debilidad en las que puedan encontrarse algunos consagrados y, en especial, iluminando con su enseñanza al Pueblo de Dios el valor de la vida consagrada, para hacer brillar su belleza y santidad en la Iglesia. Encomiendo a María, la Virgen de la escucha y la contemplación, la primera discípula de su amado Hijo, este Año de la Vida Consagrada. A ella, hija predilecta del Padre y revestida de todos los dones de la gracia, nos dirigimos como modelo incomparable de seguimiento en el amor a Dios y en el servicio al prójimo.

Agradecido desde ahora con todos vosotros por los dones de gracia y de luz con los que el Señor nos quiera enriquecer, acompaña a todos con la Bendición Apostólica.

Vaticano, 21 de noviembre 2014, fiesta de la Presentación de la Santísima Virgen María.

Francisco

8. J. M. Bergoglio, Intervención en el Sínodo sobre la vida consagrada y su misión en la Iglesia y en el mundo, XVI Congregación general, 13 octubre 1994.

Año de la vocación a la Hospitalidad.

Asamblea de superiores mayores.

Hno. Jesús Etayo,
Roma, 6 de noviembre de 2014.

1/

¿Por qué un año vocacional?

Más allá de que el Capítulo General lo haya decidido, es bueno hacernos esta pregunta, para que no sea una cosa más que hacemos “casi por obligación”, pero sin convencimiento, lo cual augura un dudoso éxito. ¿Por qué un año vocacional? Yo inicio la reflexión que quisiera compartir con vosotros, seguramente tengo más preguntas que respuestas, pero en definitiva este año nos debería ayudar a entrar a fondo y a comprometernos coherentemente con ello.

Mirar los números y las estadísticas es muy humano pero no siempre es muy espiritual a la luz de la fe. El Señor reprende a su pueblo por hacer censos que implican confiar más en las fuerzas humanas que en el Señor. Por otro lado muchas grandes obras han comenzado con pocas personas, a veces una sola, con un gran espíritu capaz de atraer a otros muchos.

Por tanto ¿es válida solo la razón de que somos pocos, de que las vocaciones han disminuido así como el número de Hermanos, para dedicar

un año a la vocación hospitalaria? Aquí habría que preguntarse el porqué de esta disminución. ¿Son solo causas externas o también internas y sobre todo cuáles son estas últimas?

Sigo con las preguntas. Es un hecho que en general las vocaciones a la vida consagrada han disminuido en la Iglesia. ¿Si es una señal de los tiempos, qué nos está diciendo el Señor con ello? En muchos lugares nos penaliza, por así decirlo, el hecho de ser una Orden de Hermanos, no de sacerdotes, lo cual hace que incluso muchos en la Iglesia, también algunos obispos, no la entiendan ni la valoren.

¿El carisma y la misión de la Hospitalidad han perdido fuerza o somos nosotros quienes hemos perdido fuerza, audacia y creatividad para vivirlo y transmitirlo? ¿Quizás no estamos poniendo todos los medios necesarios para una adecuada pastoral juvenil vocacional? ¿No somos capaces de presentar al mundo y a la Iglesia una alternativa atrayente como consagrados en Hospitalidad? ¿O tal vez no existe?

Nuestra actividad apostólica es sin embargo fuerte, creciente, gracias seguramente a un gran número de Colaboradores que nos ayudan. ¿Les transmitimos el espíritu de la Hospitalidad juanediana?, ¿les ayudamos a vivir su misión como una vocación de Hospitalidad como laicos? Estas y otras muchas preguntas somos llamados a responder y este año vocacional es una oportunidad que el Señor nos da para ello, es por tanto un tiempo de gracia para iluminar nuestras raíces, nuestras motivaciones más profundas y para renovarlas.

Es un tiempo de discernimiento y una oportunidad para mirar nuestra identidad y la vida de nuestra Familia desde la óptica vocacional para iluminarla e impulsarla, intentando que no quede solo en palabras, sino que podamos llegar a decisiones, compromisos y planes concretos de acción en todas las Provincias y en toda la Orden.

Sé que tenemos muchas cosas, pero en este año es necesario prestar atención especial a este

tema, dedicarle de verdad nuestra atención. Además lo hacemos en el marco del año de la vida consagrada, que nos podrá ayudar a ello.

2/

Convencidos de nuestra vocación hospitalaria.

Creo que éste debe ser el punto de partida del Año de la Vocación Hospitalaria: el convencimiento profundo de nuestra vocación, que implica el testimonio visible de una vida radical y profética.

Hemos hablado ya de todo esto y no quiero insistir, pero considero que aquí somos llamados todos los Hermanos a una conversión y a un compromiso por vivir nuestra consagración en Hospitalidad con mayor exigencia y audacia, superando sobre todo mediocridades y ambigüedades, dejándonos de mirar a nosotros mismos en muchas ocasiones, o como dice el Papa Francisco, superando el autorreferencialismo, manifestando con los hechos la alegría y el entusiasmo de vivir nuestra vocación.

La Alegría es el don mesiánico por excelencia, como Jesús mismo promete: para que mi alegría esté en vosotros y vuestra alegría sea colmada (Jn. 15,11; 16,24; 17,13). La alegría es fruto del Espíritu (cf. Ga 5,22) que se refuerza en la tribulación y en las pruebas (cf. 1Ts 1.6). Por otra parte el II y III Isaías, habla de diversos vocablos llenos de significado como “alegraos, exultad, regocijaos, consuelo, delicia, caricias...” y es que ante la carencia de una relación de fidelidad y de amor, se había caído en el pueblo en tristeza y esterilidad. El profeta anuncia la alegría que trae el Señor. (cf. Alegraos... Carta Circular preparatoria para el Año de la Vida Consagrada. CIVCSVA. 2014).

La Alegría y el entusiasmo de nuestra vocación hacen fecunda la obra de Dios, el carisma y la misión de la Hospitalidad. La ambigüedad y la mediocridad la hacen estéril y triste. Esta es la primera clave y condición para que la vocación a la Hospitalidad sea creíble y fecunda. Creo que tenemos mucho por hacer y no podemos descuidarlo.

Además uno de los frutos de vivir con alegría la vocación hospitalaria es la llamada a proponerla a otros, con obras y palabras, con el testimonio coherente de nuestra vida, estando junto a los enfermos y mostrando con nuestra vida lo que decimos en nuestros discursos y documentos, pasando de ser “funcionarios de la Hospitalidad” a “testigos de la Hospitalidad”.

Aquí creo que reside nuestra fuerza. La Hospitalidad es un reflejo del Evangelio y de la vida de Cristo. Tenemos muchos ejemplos y testimonios de Hermanos nuestros que han sido y son profetas reconocidos de la Hospitalidad. Somos todos ahora a renovar este compromiso con la mayor exigencia posible.

La Iglesia y el mundo frágil lo necesitan y nos esperan, a ellos nos envía el Espíritu del Señor. La iniciativa es de Dios, que nos dice “!Tú eres importante para mí, te quiero, cuento contigo”, de ahí nace la alegría y la audacia que lo puede todo, incluso lo que a nuestros ojos humanos nos paraliza y nos parece imposible.

Por eso considero que es necesario que cada Hermano de la Orden, esté donde esté, tenga la edad que tenga, esté sano o enfermo, haga durante este tiempo un discernimiento y una renovación de la alegría de su vocación hospitalaria y con su ejemplo y coherencia la muestre a los demás.

Pido también a Hermanos y Comunidades que abran su corazón al Dios de la Alegría y revisen sus formas de vida, para poner en el centro a Dios y a los que sufren, saliendo a las periferias geográficas y espirituales, expulsando cualquier atisbo de autorreferencialismo.

3/

También para los colaboradores.

Desde hace años, y en algún sentido desde el propio Fundador, venimos promoviendo y apoyando la integración de nuestros Colaboradores en la Vida de la Orden. Ha habido diversas fases y formas de llamarlo hasta lo que en el momento actual llamamos Familia Hospitalaria de San Juan de Dios, donde ellos son miembros protagonistas de la misma. De hecho bien sabemos que son la mayoría.

La propia Iglesia desde hace años nos viene invitando a crear lazos de colaboración con los Colaboradores en el carisma, la misión y la espiritualidad. Benedicto XVI habló de que ellos son corresponsables de nuestra misión. No es ahora el momento de repasar toda la documentación y trayectoria, pero sí el de decir que si no queremos que nuestros Colaboradores sean meros profesionales o trabajadores, es necesario ayudarles a que ellos puedan vivir su participación en nuestra Familia con verdadera vocación de Hospitalidad. Es más estoy convencido que dicho con otras palabras, es muy necesaria la pastoral vocacional de nuestros Colaboradores.

Cierto que no todos se sienten llamados a vivir vocacionalmente la Hospitalidad, pero también es cierto que muchos sí y en todo caso es necesaria promoverla. Se ha dicho que el hecho de que hayan disminuido las vocaciones a la vida consagrada es un signo de los tiempos, para dar mayor protagonismo a los laicos.

Posiblemente es así, pero ello conlleva a mi entender dos cosas al menos: primero que los pocos o muchos Hermanos que somos debemos estar con ellos, acompañándoles y mostrándoles qué es la Hospitalidad, siendo promotores

y motores de la Hospitalidad y segundo que hemos de trabajar conjuntamente con ellos para promover y alimentar entre ellos la vocación a la Hospitalidad. Por eso considero no solo lógica sino que además necesaria la participación de colaboradores en los equipos de pastoral juvenil vocacional de las Provincias. Se han iniciado algunas experiencias que seguramente habrá que revisar, pero por aquí hay toda una línea para descubrir y para crecer.

4/

En un nuevo paradigma.

Hasta no hace mucho tiempo hemos pensado que la Pastoral Vocacional era lo mismo que la Promoción Vocacional, es decir, dar a conocer la Orden, hacer propaganda a través de algunos medios y en todo caso se reducía al nombramiento de un responsable, que al máximo con un equipo, tenía esa responsabilidad y en general los demás nos despreocupábamos del tema, pensando que ellos son los encargados de “traer” nuevas vocaciones.

De su capacidad, sus habilidades, su dedicación y en definitiva del éxito de su trabajo dependía la llegada o no de vocaciones.

En algunos lugares esto ha ido cambiando viendo que así tampoco llegan vocaciones. Algunos incluso han desistido prácticamente de trabajar en pastoral vocacional, pensando o dando por hecho que la vocación a la vida consagrada no encuentra respuesta en nuestra sociedad. “No hay nada que hacer”, y lo dejan confiándose como mucho a que el Señor actúe y suscite alguna esporádica vocación.

Creo sinceramente que estamos en una situación diferente a la vivida hasta ahora, estamos en un nuevo paradigma para la pastoral voca-

cional. Los medios, las personas, un adecuado plan de pastoral vocacional, un equipo etc., son necesarios. Pero no solo eso.

La pastoral vocacional hemos de entenderla como una prioridad y una responsabilidad de toda la Institución, de toda la Familia Hospitalaria de San Juan de Dios. Como he dicho es una manera de ver y entender la Orden, su misión y su futuro, en la que todos somos corresponsables.

Con nuestra vida y con la de la Institución hemos de poder presentar una forma de vida consagrada, un proyecto alternativo de vida que sea claro, atrayente y significativo para la Iglesia y el mundo de hoy.

Ahí todos estamos implicados y todos somos llamados a revisar nuestra forma de vivir personal y comunitariamente, nuestra forma de comprometernos y enfrascarnos en la misión, en línea con lo que he dicho antes. Claro para ello se requiere una vida espiritual y carismática motivada, cuidada y entusiasta, exigente.

Esta es la materia prima sobre la cual podrán trabajar los responsables y sus equipos de pastoral vocacional. Sin ello no es posible. Se requiere un lenguaje que se entienda y ese es el lenguaje de los hechos, de los testimonios, de la coherencia, de la presencia allí donde hay necesidades, el lenguaje de la Hospitalidad y del servicio, no del prestigio, ni del poder, ni de la comodidad. Se requiere abrir nuestras casas para compartir con quien se siente atraído o interrogado por el Señor.

Este nuevo paradigma nos lleva también a considerar el trabajo en pastoral vocacional conjuntamente con los Colaboradores o al menos con algunos de ellos. De ahí podrán nacer vocaciones hospitalarias tanto laicas como a la vida consagrada. Hemos de ser audaces y creativos para ampliar nuestra mirada y dar los pasos necesarios para suscitar nuevas vocaciones, y ahí los Superiores Mayores tenemos un papel importante como animadores de ello.

Se necesitan también formadores que bien preparados, acojan, acompañen y guíen las nuevas vocaciones, como ya hemos dicho, otro de nuestros puntos débiles. Pero de nada servirá suscitar las vocaciones si después no las cuidamos adecuadamente.

Son solamente algunas reflexiones para compartir con vosotros y abrir boca en este tema que creo es muy importante abordar. Tenemos una buena oportunidad que nos brinda el próximo año de la vocación hospitalaria, aprovechémoslo, activémonos todos, veamos cada uno qué podemos hacer, ved cada Provincia o Delegación qué programa podéis preparar para impulsarla.

Seamos audaces, porque todos podemos hacer algo, que nadie tire la toalla, eso puede ser incluso muy realista humanamente hablando pero poco audaz espiritualmente hablando. Por supuesto, será un año y debe ser siempre, donde a todos se nos invita también a potenciar nuestra oración al Señor por medio de San Juan de Dios, pidiéndole al dueño de la mies que nos envíe nuevos obreros a la viña de la Hospitalidad, como consagrados y como colaboradores.



01/ La vida consagrada a la pastoral de la salud: Una breve reseña histórica.

Jesús Conde Herranz,
Licenciado en Teología, magister en Bioética,
estudios de grado en psicología y medicina, presbítero diocesano. Madrid.

En el correr de los siglos, la Iglesia ha considerado el ministerio para con los enfermos y los que sufren como una parte integrante de su misión ... y ha hecho surgir de su seno muchas instituciones religiosas con la finalidad específica de promover, organizar, perfeccionar y extender la asistencia a los enfermos y a los débiles (Juan Pablo II, 1984)

El autor realiza un recorrido histórico sobre la vida consagrada al servicio de la Pastoral de la Salud, enfatizando su expresión de amor, compasión, ternura, consuelo en todas aquellas acciones de cuidado y sanación desarrolladas por aquellos que dedican su vida al servicio de la pastoral de la Salud. El artículo contempla también la evolución de la vida consagrada desde el anhelo de una vida en soledad dedicada a la oración, hasta la instauración de órdenes religiosas dedicadas a la atención a los enfermos.

Palabras clave:
Vida Consagrada, Pastoral de la Salud.

The author provides a historical overview of consecrated life at the service of Pastoral Care, emphasizing their expression of love, compassion, kindness, comfort in all activities of care and healing carried out by those who devote their lives to the service of Pastoral Health.

The article also looks at the evolution of consecrated life from longing for a solitary life devoted to prayer to the establishment of religious orders dedicated to caring for the sick.

Key words:
Consecrated life, Pastoral Care.

1/

Las raíces de la Pastoral de la Salud y de la Vida Consagrada a su servicio.

La primera y primordial no es otra que Dios Uno y Trino, autorrevelado en la historia humana y cósmica; revelación que Dios ha venido ofreciendo paso a paso a través de su despliegue en las dos Alianzas (Testamentos) atestiguadas por las Sagradas Escrituras, así como en la Tradición de la Iglesia hasta el día de hoy.

1/1

El Señor es mi Pastor (Sal 23).

La Pastoral y la Pastoral de la Salud hunden sus raíces y comienzan a aflorar ya en el tiempo de la Alianza antigua -la establecida por Dios con el pueblo de Israel- sobre todo a partir de los nombres que dicho pueblo iba asignando entonces a Dios y que Él hacía suyos, en concreto los de **Pastor, Médico y Consolador** de Israel.

A la luz del significado bíblico de estos nombres y de sus connotaciones concretas, la Pastoral -y con ella la Pastoral de la Salud- aparecen en

un primer esbozo como la expresión de: el amor, la compasión, la tutela, el sostén, la sanación, la ternura, el desvelo, el cuidado, la asistencia y la consolación a las que Dios se consagraba en su irrenunciable relación con el pueblo elegido. La Pastoral comienza aquí siendo sinónimo del amor divino compasivo, acogedor y sanante (Conde Herranz, 2002, p. 1085-1088; 2004, p. 8-13).

1/2

Los pastores de Israel.

También el Antiguo Testamento nos descubre la raíz de lo que será mucho más tarde la Vida Consagrada al servicio de la Pastoral de la Salud, y lo hace mediante la figura de los pastores de Israel.

Tal como lo muestran diversos pasajes, Dios mismo elegía y llamaba a las personas a quienes decidía consagrar a ser sus pastores, es decir, aquellos que en su Nombre cuidaran a su pueblo y, dentro de él, a los especialmente necesitados de asistencia a causa de las enfermedades que padecían (Conde Herranz, 2004, p. 14-17).

Figuras emblemáticas de los pastores de Israel fueron Moisés, el rey David y profetas como Isaías y Ezequiel. A lo largo de los cuatro cantos del Siervo de Yahvé Isaías va dibujando esta figura profética con rasgos que luego hará suyos Jesús de Nazaret, el Emmanuel-Mesías-Servidor y más tarde, movidos por su Espíritu, los llamados a vivir consagrados a la Pastoral de la Salud, a partir del Nuevo Testamento y en la Tradición sucesiva de la Iglesia.

En el libro de la Consolación de Israel (Is 40-55) se dice del Siervo que viene para abrir los ojos de los ciegos (Is 42, 7), ser luz de las gentes (49, 6), saber decir al abatido una palabra de consuelo (50, 4), cargar con nuestras dolencias y echar sobre sí nuestras enfermedades (53, 4), anunciar la buena nueva a los pobres, vendar los corazones desgarrados, ...consolar a los que

lloran, darles ... aceite de gozo en vez de vestido de luto, alabanza en vez de espíritu abatido (61, 1.3).

A estos rasgos del Siervo en Isaías, Ezequiel contrapone otros con los que Dios denuncia y rechaza por boca del profeta a los malos pastores de Israel. En el capítulo 34 de su libro dichos pastores son acusados de no haber fortalecido a las ovejas débiles, ni cuidado a la enferma, ni curado a la herida, ni traído a la descarriada, ni buscado a la perdida (v. 4). Todo lo cual es un anuncio, anticipado en ese mismo capítulo¹, de la figura de Jesús como el Buen Pastor.

1/3

Yo soy el Buen Pastor (Jn 10, 11).

Antes de entrar en los breves comentarios a este apartado (Conde Herranz, 2004, p. 18-22), no está de más recordar una afirmación del Concilio Vaticano II: La norma última de la vida religiosa es el seguimiento de Cristo tal como se propone en el Evangelio (PC 2) (Concilio Vaticano II, 1965b).

Esta cita sitúa ya nuestro hilo conductor en el ámbito de la Nueva Alianza, y entroniza a Jesús como el Buen Pastor, Icono divino-humano de la Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud.

Haciéndose eco de Ez 34, Mateo afirma en su evangelio que Jesús recorría todos los pueblos y aldeas, enseñando... proclamando la Buena Nueva... y sanando toda enfermedad y toda dolencia; añadiendo que, al ver tanta gente, sintió compasión de ellos porque estaban vejados y abatidos, como ovejas que no tienen pastor (Mt 9, 35s).

Ante esta visión Jesús reacciona presentándose como el Pastor prometido, Dios hecho hombre y, como tal, encarnación mesiánica del pastor preanunciado en los oráculos proféticos.

En el evangelio de Juan, Jesús dice de sí mis-

mo que viene para que tengan vida y la tengan en abundancia (Jn 10, 10b). Una vida que es la suya propia (vida divina y humana unidas hipostáticamente) ya que en Él, según expresión de San Pablo, habita corporalmente la plenitud de la divinidad (Col 2, 9); vida que Él entrega voluntariamente (Jn 10, 17s) como el Cordero llevado al matadero, como la oveja ante el esquilador (Is 53, 7) pues se ha encarnado para echar sobre sí nuestras dolencias y cargar con nuestras enfermedades (53, 4; ver Mt 8, 16s). Luego el Apocalipsis (7, 17) añadirá al respecto que el Cordero los apacentará y los guiará a los manantiales de las aguas de la vida.

Todo esto que el Nuevo Testamento resalta de Jesús Pastor/Cordero y de la Pastoral de la Salud que brota de Él, puede resumirse diciendo que:

- Se compadece de los abatidos, alivia a los fatigados y abrumados, fortalece a los débiles, cuida a los enfermos, cura a los heridos,
- Ofrece la vida sobreabundante de Dios entregando voluntariamente su propia vida como Cordero, Servidor y Buen Samaritano,

para encarnar el amor ilimitado, compasivo y sanante de Dios Pastor. La Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud tiene aquí su raíz cristológica².

1/4

La raíz apostólica y eclesial de la Pastoral de la Salud y de la Vida Religiosa consagrada a su servicio:

Pedro, apacienta mis corderos (Jn 21, 15). En su condición de piedra sobre la que Jesús edificará su Iglesia (ver Mt 16, 18), y tras su primer discurso en Pentecostés (Hech 2, 14-36), Pedro se consagró a su misión pastoral restableciendo totalmente al tullido de nacimiento que pedía limosna junto a la Puerta Hermosa del Templo, a sabiendas de hacerlo en el Nombre de Jesús, el Nazareno (3, 6-8.13.15s).

1. V. 11: Yo mismo cuidaré de mi rebaño y velaré por él.

2. V. 11: Yo mismo cuidaré de mi rebaño y velaré por él.

LH n.312

Y así obraba también el resto de los Apóstoles (**Hech 2, 43; 5, 12.15s**). Aquí aparece la raíz apostólica de la Pastoral de la Salud. Luego San Pablo mostrará su raíz eclesial al concebir a la Iglesia como el Cuerpo de Cristo, la comunidad pastoral y sanadora dotada del carisma de curaciones, (y) de asistencia. (**1 Co 12, 9.28**).

2/

Los antecedentes de la Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud.

2/1

“Bikur Holim”.

Esta expresión hebrea, que literalmente significa visita a los enfermos sirvió- tras la aparición del judaísmo¹- para denominar una iniciativa impulsada por la sinagoga con esta finalidad². La traigo aquí a colación porque representa la primera forma de asistencia organizada a los enfermos por parte de una comunidad de fieles, dentro de la tradición judía precristiana. El cristianismo primitivo la heredará luego, adaptándola a su idiosincrasia neotestamentaria y, como se verá más adelante, de estas comunidades comenzará a surgir la Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud en el siglo IV d. C.

2/2

Los pastores³ del nuevo Israel, la Iglesia.

El Nuevo Testamento y la literatura patrística de los siglos II y III nos presentan una serie de figuras a las que -por su origen en la Ecclesia Mater y su dedicación a la asistencia sanadora/

salvífica- ya cabe considerar los antecedentes inmediatos de la Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud:

- En primer término, todos y cada uno de los miembros de las comunidades cristianas primitivas pues, para acceder a su ingreso en ellas mediante el Bautismo, los catecúmenos debían contestar satisfactoriamente a la pregunta: ¿Han visitado a los enfermos?⁴.

- Los diáconos, instituidos por los Doce (**Hech 6, 1ss**) para llevar a cabo la asistencia cotidiana en todo lo concerniente a la práctica de la caridad. En su primera promoción resalta entre los siete elegidos Felipe (v.5) por sus tareas de evangelizador, sanador y dispensador del Bautismo (**8, 5-7.24-38**).

Con el tiempo los diáconos -y las diaconisas- se convirtieron en el oído, el ojo y el corazón del obispo⁵ a la hora de detectar lo que hoy llamaríamos las necesidades sociosanitarias en el interior y entorno de las comunidades.

- También las vírgenes tuvieron una misión específica de asistencia a los enfermos, tal como lo atestigua la llamada⁶ Primera carta de San Clemente Romano a las Vírgenes: Hemos de acercarnos al hermano o hermana enfermos... como quienes hemos recibido el carisma de sanar.

- Respecto a los presbíteros, y tras la mención que hace de ellos la carta de Santiago sobre la plegaria y la Unción a los enfermos (**5, 13-15**), Policarpo de Esmirna dice que han de... visitar a los enfermos, no descuidando atender a la viuda, al huérfano y al pobre (**Ruiz Bueno, 1965**).

- Finalmente hay que reseñar la figura del obispo, verdadero pastor y cabeza de la comunidad cristiana a partir de Ignacio de Antioquía y Policarpo. Del Obispo afirma la Didascalia Apostolorum que ha de ser, para los pecadores, como un médico experto y compasivo (**II, 20**).

1. Así se denomina al periodo de la historia de Israel posterior al exilio de Babilonia (Conde Herranz, 2013, p. 24-26).

2. Estaba destinada a poner en práctica una mitzváh (mandamiento) de cumplimiento obligatorio, que extendía a los enfermos la asistencia caritativa. A esta mitzváh alude Si 7, 35; No tardes en visitar al enfermo, que con estas obras ganarás amor. Hoy sigue vigente en las sinagogas de todo el mundo (Vidal, 1993).

3. Entendiendo aquí la expresión pastores en el significado aludido a continuación, y no sólo en el restringido a los ministerios ordenados.

4. Hipólito de Roma, Tradición Apostólica 20 (Quasten, 1961, p. 470s).

5. Didascalia Apostolorum syriaca (s. III) 16-18 (Quasten, 1961, p. 438-441).

6. XII, 4.6. Se trata de otro escrito apócrifo del s. III atribuido, en este caso, al tercer sucesor de Pedro en la sede de Roma.

La Ciudad Hospitalaria fundada por San Basilio de Cesarea ha sido considerada el verdadero primer hospital

3/

La historia de la Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud.

3/1

Los eremitas del desierto egipcio.

Avanzado el siglo III del cristianismo primitivo -cuando la misión y tareas de lo que hoy es la Pastoral de la Salud iban quedando sólidamente establecidas en las comunidades cristianas- aparecen los primeros brotes de la Vida Consagrada. Son el resultado, por una parte, de la huida de un mundo grecorromano en creciente descomposición y, por otro, del anhelo de una vida dedicada a la oración y la penitencia en la soledad del desierto egipcio al abrigo, además, de las últimas persecuciones del Impero pagano. San Pablo de Tebas, o Pablo el Ermitaño, fue -según el testimonio de San Jerónimo- el primero que eligió este tipo de vida en soledad, oración y penitencia, dando un ejemplo que atrajo en seguida a otros muchos cristianos.

3/2

Del movimiento eremítico al monástico.

En torno al año 320 Pacomio reunió a unos eremitas al norte de Tebas, en Egipto, para el trabajo, la oración y la vida comunitarios. Desde ese preciso momento existen monasterios cristianos y, por ello, ya la Vida Consagrada propiamente dicha (**Jetter, 1978**), pues Pacomio escribió una verdadera regla monástica para organizar la vida de sus monjes (**Regla de San Pacomio, s.f.**).

Paladio⁷ ofrece una bella síntesis de la asistencia social de los eremitas que se desvivían por el

cuidado de los enfermos. Los monasterios pacomianos no tardaron en organizar su actividad social mediante la creación de hospicios para forasteros y hospitales, al frente de los cuales había médicos para atender a los propios monjes y a los peregrinos enfermos. La gran estima que el monacato profesaba a la hospitalidad hizo que al lado de cada monasterio surgieran dependencias para atender a los enfermos del entorno (**Álvarez Gómez, 1996, p. 49s**).

Aquí es donde comienza decididamente su andadura la Vida Consagrada al servicio de la Pastoral de la Salud.

3/3

San Basilio, el monacato oriental y la creación del hospital cristiano.

La incorporación a gran escala del monacato oriental a la obra caritativa y social de la Iglesia fue obra de San Basilio de Cesarea. Su gran mérito consistió en haber vinculado definitivamente el monacato oriental masculino a la labor hospitalaria cotidiana de la Iglesia (**Álvarez Gómez, 1996, p. 49-51**). Y lo hizo tanto como autor de su propia regla monástica, cuya influencia se hizo sentir más tarde en el Occidente cristiano, como con la fundación de la ciudad hospitalaria en Cesarea de Capadocia, de donde era obispo titular, en el 370. San Basilio fue, pues, quien comenzó uniendo dos instituciones genuinamente cristianas, el monasterio y el hospital.

Además, la Ciudad Hospitalaria fundada por él ha sido considerada por los historiadores más solventes como el verdadero primer hospital, no sólo en la historia de la Iglesia, sino también en la de la humanidad (**Conde Herranz, 2006, p. 23-26**).

Los hospitales inspirados en este modelo se propagaron primero por el imperio bizantino y, desde él, en todo los territorios dominados por el Islam.

7. El historiador más eminente del monaquismo egipcio (Quasten, 1961, p. 184-188).

LH n.312

3/4

San Benito y el monacato occidental antiguo.

Esa unión de monasterio y hospital, adaptada a la mentalidad de la Iglesia latina, se consolidó en Occidente de la mano de **San Benito de Nursia** (480-547). Su influencia decisiva en la implantación de la vida monástica, durante los primeros setecientos años que duró el alto medievo, ha llevado a la Iglesia a proclamarle Patrono de Europa. Tras su retirada a Subiaco y la posterior fundación de Montecassino, él logró convertir la vida de sus monjes y de sus monasterios en fuentes de irradiación de diversas iniciativas tocantes a la Pastoral de la Salud. Tomando como santo y seña la consigna de su Regla **-Ante todo y sobre todo se debe cuidar de los enfermos, sirviéndoles como si fueran el mismo Cristo en persona (cap. 36)-** la orden benedictina:

- Dotó a cada monasterio de una **enfermería (infirmarium)** para la atención adecuada de los monjes enfermos, un **dispensario (locus pauperum)** para los pobres y enfermos de fuera del monasterio, y también una **botica** muy bien nutrida de plantas medicinales, con las que se elaboraban numerosos remedios terapéuticos;

- Impulsó la **medicina monástica** mediante su ejercicio directo por ciertos monjes, que se preparaban para ello gracias a la adquisición, traducción y copia en códices de los antiguos tratados de medicina hipocrático-galénica, e incluso ayudó a promover la **medicina escolástica** (para laicos) apoyando desde Montecassino la creación de la Escuela médica de Salerno.

Tras la reforma del monacato benedictino en **Cluny (910)**, toda esta obra se extendió desde dicha abadía por toda Europa a través de las rutas de peregrinación a Roma y, más aún, a Santiago de Compostela, al tiempo que las **órdenes militares** (los monjes soldados)⁸ sembraron

de hospitales los caminos hacia Jerusalén. A la vez, mediante el saber médico acumulado y acrecentado en sus bibliotecas monásticas realizaron una aportación muy valiosa a las escuelas de medicina que fueron surgiendo en lugares como Chartres, Bolonia y Montpellier, y luego en las nacientes universidades. Con ello la **medicina monástica** fue dando paso a la medicina escolástica.

3/5

La Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud, a partir del siglo XVI⁹.

El mundo moderno, nacido del Renacimiento europeo, modificó considerablemente el sistema sanitario medieval, haciéndolo evolucionar hacia unos planteamientos muy diversos. Frente a tal evolución, El comportamiento de la Iglesia, a través de la Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud, aporta unas lecciones que tampoco conviene ignorar hoy.

La causa fundamental de dicha evolución fue sobre todo de orden político: el abandono definitivo del ideal del imperio universal bajo la tutela de las dos coronas -la terrena del emperador, y la espiritual del papa- y el consiguiente fortalecimiento de los estados nacionales en Europa.

Tal fortalecimiento impulsó a los estados nacionales europeos a desarrollar sus estructuras políticas y sociales con mayor independencia de la Iglesia, aunque en estrecha colaboración con ella hasta finales del siglo XVIII, momento en el que comenzó definitivamente a cuartearse la estructura política del antiguo Régimen, por el impacto de las revoluciones americana (1776) y francesa (1789).

Así fue cómo la asistencia a los enfermos fue pasando del control de la iglesia al control del Estado nacional, haciéndose aquella poco a poco **subsidiaria** de éste en dicho campo. La asistencia, de ser considerada ante todo una obra de

8. Entre cuyos promotores figura un monje eminente, San Bernardo de Claraval.

9. Transcripción casi textual de Conde Herranz. 1992, p. 75s.

misericordia y un signo de perfección cristiana, se fue convirtiendo en un asunto de gestión y competencia política.

La mejor lección que aportó la Iglesia durante este periodo fue su capacidad de adaptación a las nuevas circunstancias, para seguir cumpliendo el imperativo de la caridad, y también su capacidad de compensar diversas carencias y defectos estructurales de la incipiente sanidad civil. El vigor del espíritu asistencial del evangelio tuvo entonces su máximo exponente en el nacimiento de nuevas formas de vida religiosa, surgidas específicamente para asumir tareas asistenciales. Fue la obra de promotores de la Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud como **Juan de Dios, Camilo de Lelis y Vicente de Paúl**, que suscitaron **una nueva figura en el campo de la sanidad: la del religioso y la religiosa sanitarios**, que buscaban integrar en su persona y en su modo de asistir la caridad cristiana y la competencia técnica, haciendo de ésta un signo y un vehículo de aquélla.

Estos nuevos sanitarios -que en su gran mayoría no eran clérigos, sino hermanos¹⁰ contribuyeron notablemente a dotar de mayor calidad la asistencia hospitalaria, por su esmero en humanizar el trato al enfermo, tanto en su relación directa con él, como en la mejora de las condiciones materiales de habitabilidad e higiene de los hospitales donde realizaban su labor. En nombre, una vez más, de la caridad, supieron pacientemente llevar a cabo lo que hoy se denomina **optimización de los recursos sanitarios**. Entraron a organizar y practicar la asistencia como subsidiarios del Estado en los hospitales civiles pero, como esos nuevos hospitales distaban mucho de cubrir las necesidades existentes, iniciaron la fundación de hospitales propios, destinados a los enfermos más necesitados y desasistidos, a los que no llegaban las prestaciones sanitarias de gestión civil.

Desde Juan de Dios hasta Teresa de Calcuta, los religiosos y religiosas sanitarias han sabido combinar, **al menos, tres cualidades** de gran importancia en sanidad: **sensibilidad social** para

acudir donde las necesidades asistenciales sean más acuciantes; **calidad personal** en el trato con los enfermos y gran **eficacia** en la administración y uso de los recursos puestos en sus manos.

Y no sólo fue en el continente europeo donde desplegaron sus actividades, sino también en las **Indias Occidentales**, mediante hospitales y otras iniciativas asistenciales no pocas de las cuales perduran hasta el día de hoy. No es exagerado afirmar al respecto que su labor ofrece la cara más noble, generosa humana y cristiana de la colonización en aquellas tierras¹¹.

3/6

La renovación de la Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud desde el siglo XIX.

Tras el movimiento europeo de la **Ilustración**, que en el siglo XVIII denigró sistemáticamente la obra de la Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud, las congregaciones dedicadas a ella fueron suprimidas por la Revolución Francesa (1790, 1792) en Francia y luego en todos los territorios europeos dominados por Napoleón.

Pero dicha supresión legislativa no sólo no acabó con las actividades sanitarias y benéficas promovidas por dichas congregaciones, sino que fue más bien un acicate para su posterior florecimiento a partir del segundo tercio del siglo XIX, con la creación de nuevas formas de Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud, o con la renovación de formas ya existentes. Como ejemplo que aúna en su persona una y otra vertiente, cabe aducir la figura de **Benito Menni**¹² que, enviado a España para restaurar la Orden Hospitalaria¹³, tarea que cumplió muy satisfactoriamente, fundó asimismo la congregación de las Hnas. Hospitalarias del Sgdo. Corazón¹⁴.

Los diversos institutos decimonónicos de Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud surgieron como respuesta al desafío sociosanitario provocado por la revolución industrial y los profun-

10. Entre otros motivos, para soslayar la prohibición canónica de que los clérigos practicaran la medicina.

11. El Cardenal Angelini, primer presidente del Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, dejó dicho al respecto: La atención a quienes sufren, a los débiles, a los enfermos, ... no sólo fue uno de los aspectos de la primera evangelización de América Latina con la creación de hospitales y de estructuras sanitarias por parte, sobre todo, de las Órdenes religiosas, sino que es aspecto sobresaliente también de la nueva evangelización (Álvarez Gómez, 1996, p. 93).

12. Nacido en Milán (1841), profesó en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (1864), y falleció en Dinán (Francia, 1914).

13. Prácticamente extinguida tras la Desamortización de Juan Álvarez Mendizábal (1836).

14. Otras figuras señeras en España, fundadoras de Institutos de Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud fueron María Soledad Torres Acosta (1826-1887, de las Hnas. Siervas de María, Ministras de los Enfermos); Ángela de la Cruz (1846-1932, Hnas.

LH n.312

dos cambios sociales que ésta comportó en toda Europa. El prodigioso desarrollo científico-técnico de la medicina desplegado ya a lo largo del siglo XIX contrastaba escandalosamente con las condiciones lastimosas en que vivía una parte considerable de la población:

La paupérrima situación de los suburbios, la mala alimentación, las viviendas insalubres, los barrios mal urbanizados, las jornadas laborales extenuantes, el trabajo de los niños y las mujeres en las minas y fábricas trajeron consigo un aumento exponencial de las enfermedades habituales, de sus cifras de mortalidad, y de la aparición de nuevas patologías (Lain Entralgo, 1998, p. 510).

Este brutal contraste -entre el acelerado progreso de la medicina científico-técnica y las lamentables condiciones que mostraba la asistencia a la gran mayoría de los enfermos en el siglo XIX- se hace patente sobre todo en los hospitales de la época.

Por causa de brevedad remito al testimonio hartamente solvente de **Lain Entralgo (Conde Herranz, 2006, p. 43-48; Lain Entralgo, 1983, p. 209-214)** sobre las inhumanas condiciones de higiene, habitabilidad y sometimiento que aquellos imponían a los enfermos ingresados en ellos: personas que, junto a su enfermedad orgánica o psíquica, padecían de miseria, desamparo, abandono, marginación severa.

Ante este panorama, la respuesta que ofrecen estas nuevas formas de Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud puede resumirse así:

- Apuestan decididamente por acudir allí donde no se dejan notar ni los avances médicos, ni la prosperidad económica de la nueva burguesía; como diría el **Papa Francisco**, acuden a las periferias “cuartomundistas” del mundo urbano y rural decimonónico;

- Extienden su presencia y cuidados no sólo a los enfermos de siempre, sino también a los muchos afectados por las **nuevas patologías** traídas de la mano por el progreso industrial y económico;

- **Vuelven** a los hospitales a donde se les invita a acudir de nuevo, tras haber sido previamente desamortizados durante décadas, y mejoran notablemente sus condiciones de habitabilidad, higiene y trato delicado a los enfermos;

- **O impulsan nuevas fundaciones** en las que la caridad se inserta en la medicina de última generación por entonces¹⁵.

- Son pioneros en nuevas formas de asistencia, como las **casas de acogida (hospices) para enfermos terminales**¹⁶.

3/7

El impulso del Vaticano II a la Pastoral de la Salud y a la Vida Consagrada a su servicio.

El Concilio se ocupó explícita y ampliamente de la Vida Consagrada¹⁷. También dirigió su atención a la humanidad enferma, sufrida y desvalida en varios de sus documentos. Pero fue en el postconcilio, a medida que iban surgiendo las aplicaciones concretas de las reformas conciliares a los diversos ámbitos de la vida y la misión de la Iglesia, cuando lo que hoy llamamos Pastoral de la Salud adquirió su configuración actual, gracias a las **Orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado español, incluidas en el Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos**¹⁸. En su párrafo 57c se dice de la Vida Consagrada a la Pastoral de la Salud:

Las comunidades religiosas que tienen como misión el servicio a los enfermos...deben dar especialmente testimonio de fe y de esperanza teológica, en medio

de la Compañía de la Cruz); Joaquina de Vedruna (1783-1854, Hnas. Carmelitas de la Caridad); María Rafols Bruna (1781-1853, Hnas. de la Caridad de Santa Ana); María Josefa Sancho (1842-1912, Hnas. Siervas de Jesús de la Caridad); ... por citar sólo las que han dejado una huella más indeleble y siguen ejercitando sus carismas en la actualidad.

¹⁵. Tal es el caso, entre otros, de Benito Menni y de sus fundaciones hospitalarias en Barcelona (1867, 1881), Ciempozuelos (1881), Carabanchel (1898), ...

¹⁶. Los hospices creados por las Hnas. Irlandesas de la Caridad. En el St. Joseph Hospice de Londres, fundado por ellas, es donde C. Saunders se preparó para crear luego el movimiento hospice, para lo cual fundó a su vez el St. Christopher Hospice (1967), cuna de la Medicina Paliativa y sus Cuidados (Conde Herranz, 2005).

¹⁷. Sirvan como muestra *Lumen Gentium* y *Perfectae Caritatis* (Concilio Vaticano II, 1965a, 1965b).

¹⁸. Comisión Episcopal de Liturgia 1974.

Fue en el Concilio Vaticano II cuando lo que hoy llamamos Pastoral de la Salud adquirió su configuración actual

de un mundo cada vez más tecnificado ...Cuidar a los enfermos en nombre de la Iglesia, como testigos de la compasión y ternura del Señor, es el carisma propio de las comunidades religiosas en las instituciones sanitarias¹⁹.

Cinco años antes, en 1969 LH -que había surgido en 1948 como un órgano interno de la Provincia de Aragón-San Rafael, de la Orden Hospitalaria- pasó a ser una revista abierta al mundo sanitario para tratar **temas de humanización, organización, ética y pastoral de la salud**. Es decir, desde la Vida Consagrada surgen iniciativas de **aggiornamento** a la Pastoral de la Salud anteriores a los pronunciamientos del magisterio pastoral.

No es la única iniciativa. Hay durante estos años una notable sintonía de convergencia eclesial. La Conferencia Episcopal Española creó en 1971 el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, y puso al frente de este nuevo sector pastoral a **Mons. Damián Iguacén**²⁰.

3/8

Conclusión.

Pero todo esto forma parte ya de la historia más reciente en el tema que me ocupa, y en esta última etapa de recorrido histórico los cronistas fieles, constantes y minuciosos han sido y están siendo LH y, tras años de andadura en solitario, la edición en lengua española de DH, y la revista **Humanizar**, promovida por los religiosos camilos. Creo que es una garantía de fidelidad a la riqueza y verdad histórica de este último periodo ceder la palabra a testigos de tan probada competencia.

Bibliografía

Álvarez Gómez, J. (1996). Y Él los curó. *Madrid: Publicaciones Claretianas.*

Comisión Episcopal de Liturgia. (1974). *Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos.*

Comisión Episcopal de Pastoral. (1999). *25 años de Pastoral de la Salud en España. Memoria de un largo camino.*

Concilio Vaticano II. (1965a). *Constitución dogmática Lumen Gentium (LG).*

Concilio Vaticano II. (1965b). *Decreto Perfectae Caritatis (PC).*

Conde Herranz, J. (1992). *La aportación de la Iglesia a la Sanidad. Desde el Evangelio y su propia tradición. Labor Hospitalaria, (223), 69-77.*

Conde Herranz, J. (2004). *Introducción a la Pastoral de la Salud. Madrid: San Pablo.*

Conde Herranz, J. (2005). *Los Cuidados Paliativos: sus raíces, antecedentes e historia desde la perspectiva cristiana. Dolentium Hominum, (58), 54-63.*

¹⁹. Comisión Episcopal de Liturgia, 1974, p. 57.

²⁰. Comisión Episcopal de Pastoral, 1999, p. 9.

LH n.312

▶ **Conde Herranz, J. (2006).**
Antecedentes, raíces e historia
de los hospitales desde la perspectiva
de la Pastoral de la Salud.
Labor Hospitalaria, (282), 16-54.

▶ **Conde Herranz, J. (2013).**
El Buen Samaritano.
Anda y haz tú lo mismo.
Recuperado de www.archimadrid.es/dpsanitaria/campa13/14.pdf

▶ **Conde Herranz, J. (2002).**
Pastoral de la Salud.
*En Nuevo diccionario de Pastoral
(p. 1084-1096).
Madrid: San Pablo.*

▶ **Crónica de la Medicina. (1993).**
Barcelona: Plaza Janés.

▶ **Jetterm, D (1978).**
Los hospitales en la Edad Media.
*En P. Laín Entralgo, Historia universal
de la Medicina (vol. 3). Barcelona: Salvat.*

▶ **Juan Pablo II. (1984).**
Dolentium Hominum.

▶ **Laín Entralgo, P. (1983).**
La relación médico-enfermo.
Historia y teoría.
Madrid: Alianza.

▶ **Laín Entralgo, P. (1998).**
Historia universal de la Medicina
[CD-ROM]. *Barcelona: Masson.*

▶ **López Piñero, J. M. (2002).**
La medicina en la Historia.
Madrid: La esfera de los libros.

▶ **Pablo VI. (1965).**
Mensaje a los pobres, a los enfermos,
a todos los que sufren, clausura
del Concilio Vaticano II.

▶ **Quasten, J. (1961).**
Patrología.
Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

▶ **Regla de San Pacomio. (s.f.).**
Recuperado de www.mercaba.org/Desierto/regla_de_san_pacomio

▶ **Ruíz Bueno, D. (1965).**
Padres Apostólicos.
Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

▶ **Vidal Manzanares, C. (1993).**
Diccionario de las tres grandes
religiones monoteístas.
Madrid: Alianza.





02/ Identidad de la vida consagrada en misión socio-sanitaria: Su ministerialidad carismática y profética.

José Cristo Rey García Paredes, cmf,

La Vida Consagrada en el área socio-sanitaria se pregunta hoy cómo evangelizar y redefinir la propia identidad religiosa en los nuevos escenarios de evangelización. Por ello a partir de los Evangelios, en el Sínodo celebrado recientemente, se plantea la identidad de la vida consagrada según el modelo de misión evangelizadora, denominado evangelización samaritana. La misión socio-sanitaria desde la perspectiva del Espíritu en la historia, recoge transiciones hacia la desespiritualización de la medicina y progresiva descolocación de la Iglesia, la añoranza y rebelión con las medicinas alternativas y la medicina holística, y la difícil "missio inter gentes": sanar rupturas, formar equipo. Como nos dice el autor *"Desde las imágenes de Dios, no hay ninguna vida humana que no merezca ser cuidada, ser atendida, tratada"*.

Palabras clave:

Espiritualidad, Evangelización, Misión, Vida consagrada.

Consecrated Life in the Nursing Home area today wonders how to evangelize and redefine religious identity in the new scenarios of evangelization. Therefore from the Gospels, in the recently concluded Synod, the identity of consecrated life arises according to the model of evangelizing mission, called Samaritan evangelization. The nursing home mission - from the perspective of the Spirit in history -mission includes transitions towards the despiritualization of medicine and progressive dislocation of the Church, yearning and rebellion with alternative medicine and holistic medicine, and "missio inter gentes": healing ruptures, and teamwork. As the author tells us: *"From the images of God, there is no human life that deserves not to be cared for, assisted, and treated."*

Key words:

Consecrated life, Evangelism, Mission, Spirituality.

1. "The New Evangelization requires personal and communal conversion, new methods of evangelization and renewal of the pastoral structures, to be able to move from a pastoral strategy of maintenance to a pastoral position that is truly missionary. The New Evangelization guides us to an authentic pastoral conversion which moves us to attitudes and initiatives which leads to evaluations and changes in the dynamics of pastoral structures which no longer respond to the evangelical demands of the current time" (Proposition, 22) (Synodus Episcoporum Bulletin, 2012).

2. Como dijo el último Sínodo sobre la Evangelización: "En la Iglesia la conversión y la evangelización no tienen como primeros actores a nosotros, pobres hombres, sino al mismo Espíritu del Señor"... No somos nosotros quiénes para conducir la obra

1/

Identidad: a partir de una nueva conciencia de misión.

1/1

El otro mandato misionero, a veces olvidado.

La Iglesia del siglo XXI está sintiendo una fuerte llamada del Espíritu a entrar en una nueva fase de su misión: en cuanto conciencia de ella y en cuanto proyecto. Está comprometida en una "nueva evangelización". Y para ello ha convocado un Sínodo, recientemente celebrado.

Es verdad que el Sínodo ha privilegiado una peculiar comprensión de la misión evangelizadora a partir del mandato misionero de **Marcos y Mateo (Mc 16,15; Mt 28,18)**, centrándose mucho en la experiencia y transmisión de la fe. Pero vosotros y vosotras bien sabéis que Jesús evangelizó no solo "diciendo", sino también y antes "haciendo". Y en ese "hacer" estaba incluida su acción terapéutica y exorcista. Los evangelios no solo nos ofrecen el mandato misionero de ir y anunciar el Evangelio; también el mandato samaritano de: "vete y haz tú lo mismo" (Lc 10,37). Evangeliza quien como

el samaritano atiende al ser humano herido, marginado, incapacitado para seguir su camino y se compromete con él.

A partir de este planteamiento general, nos preguntamos por la identidad de la vida consagrada en este modelo de misión evangelizadora, que denominamos evangelización samaritana. Hay muchos institutos de vida consagrada a los que les ha sido concedido un carisma, que les compromete en este tipo de evangelización. Hay otros, sin embargo, que dentro de un carisma más genérico, también cuentan con sectores y grupos dedicados a este modelo evangelizador samaritano. La identidad de un instituto en la evangelización samaritana recibe hoy una nueva configuración, que requiere una auténtica "conversión pastoral". Así lo pide la proposición 22, presentada por el Sínodo de la nueva evangelización y la transmisión de la fe al Papa¹. Conversión es metanoia, cambio de mentalidad. La conversión pastoral tiene mucho que ver con el cambio de paradigma en la forma de entender la misión y -desde ella- la evangelización samaritana. Ello requiere asumir una "nueva forma" de acercarse al ser humano en su enfermedad física o psíquica, en su discapacidad o dependencia, en sus laberintos interiores, adicciones que lo desequilibran y corrompen.

1/2

La creciente conciencia de un nuevo paradigma: partir de la "Missio Dei".

La evangelización es la aportación peculiar de la Iglesia a la "missio Dei". La misión no es principalmente una tarea de la Iglesia, sino un atributo de Dios. En la teología de la misión se enfatiza hoy mucho en esto. Se dice que es un nuevo paradigma de misión, como una revolución copernicana. Esto supone pasar de una concepción eclesiocéntrica de la misión, a una concepción teocéntrica, o de una concepción cristológica de la misión a una concepción trinitaria (Bosch, 1991; Engelsyken, 2003; Laing, 2009). Se trata de una nueva visión

que tiene cada vez más adeptos en las iglesias protestantes y en la iglesia católica; el último Sínodo sobre la "nueva evangelización" se ha expresado también en esos términos².

A) LA MISSIO DEI – MISSIO SPIRITUS

Nuestro Dios es misionero. Jesús fue el enviado del Padre. Realizó las obras que el Padre le confió. Los Hechos de los Apóstoles nos dicen que Jesús "comenzó a hacer y a enseñar" (Hech 1,1). ¡Por este orden! Por una parte la acción, por otra parte la enseñanza. En la perspectiva del "hacer" vemos, por ejemplo cómo en **Mc 5, 21-43** Jesús realizaba su misión evangelizadora dando vida a la hija de Jairo, curando a la mujer que padecía flujos de sangre. Sanaba a través del tacto.

Las obras que realizaba daban testimonio de Él, dice frecuentemente el cuarto Evangelio. El reino de Dios que Jesús anunciaba no era sólo cuestión de "oír" y de "ver"; ¡también de un "tocar sanador"! (Gaiser, 2010). Además de su mensaje, Jesús traía consigo la magia sanadora del Reino de Dios, la "magia de lo sensible", del tocar y ser tocado (Abram, 2007). En uno de sus discursos kerygmáticos Pedro presentó así a Jesús:

“Él ha enviado su Palabra a los hijos de Israel, anunciándoles la Buena Nueva de la paz por medio de Jesucristo que es el Señor de todos. Vosotros sabéis lo sucedido en toda Judea, comenzando por Galilea, después que Juan predicó el bautismo: cómo Dios a Jesús de Nazaret le ungió con el Espíritu Santo y con poder, y cómo él pasó haciendo el bien y curando a todos los oprimidos por el Diablo, porque Dios estaba con Él” (Hech 10, 36-38).

Aquel que tenía poder para curar, sin embargo, no tuvo poder para salvarse a sí mismo. Cumplió en la cruz la misión recibida de Dios Padre: "Consummatum est!". Muy poco duró

la misión de Jesús, pero ya Él les advirtió a los suyos: "os conviene que yo me vaya.... No os dejaré huérfanos.... El Espíritu os llevará a la verdad completa... Él hará memoria de mí". El Espíritu Santo fue enviado a la comunidad de seguidoras y seguidores, fue derramado sobre toda carne. ¡Comenzó la misión del Espíritu! ¡Estamos en el tiempo de la misión del Espíritu.

El Espíritu en misión lucha y vence a "los malos espíritus" que se oponen al reino de Dios. Y da continuidad al mandato de Jesús a sus discípulos: "¡curad enfermos, expulsad demonios"; el libro de los Hechos nos relata diversas curaciones realizadas por los Apóstoles en obediencia a ese mandato del Señor. La carta de Santiago nos dice qué hacer cuando uno está enfermo en la comunidad: "la oración de la fe lo salvará... la oración del justo es poderosa y efectiva" (Sant 5,14-16). La comunidad del Espíritu se sabe, por ello, implicada en la lucha apocalíptica pero tiene la certeza de la victoria final. Y en esa lucha contra los malos espíritus está incluida la misión de sanación y curación. Fue la calidad de este cuidado y preocupación sanadora por los demás, lo que hizo crecer el número de cristianos en los días primeros. Pero con la legalización del cristianismo en el 313

“Bajó la temperatura espiritual... lo que llevó a perder la conciencia del poder sanador de Cristo y a preocuparse sobre todo de cómo organizar la Iglesia, codificar sus leyes y sistematizar su teología” (Maddocks, 1990, p. 98-99; Thomas, 1994).

De este modo, se comenzó a pensar que las curaciones pertenecían al mundo de la superstición y de la magia. Sin embargo, ¿no es verdad que la curación pertenece a la misión evangelizadora? ¿Puede anunciarse creíblemente el Evangelio si prescindimos del poder del Espíritu que sana, cura, restablece? ¿Cómo entender hoy el pasar "curando"?

de la evangelización, sino Dios: la actividad verdadera viene de Dios y solo introduciéndonos en esta iniciativa divina, solo implorando esta iniciativa divina, podemos nosotros también llegar a ser -con él y en él- evangelizadores" ... Estamos convencidos, además, que la fuerza del Espíritu del Señor puede renovar su Iglesia y hacerla de nuevo esplendorosa... Nosotros confiamos en la inspiración y en la fuerza del Espíritu, que nos enseñará lo que debemos decir y lo que debemos hacer, aún en las circunstancias más difíciles*): Mensaje del Sínodo, n.6.

3. La evangelización solo es posible en la fuerza de lo alto, con la fuerza del Espíritu Santo (Lc 24,27-29; Hech 1,8). El Espíritu Santo guía la misión; Él es el que una y otra vez abre nuevas puertas (Hech 16,6-8; 2 Cor 2,12). Solo una Iglesia colmada del Espíritu Santo es capaz de ser misionera y evangelizadora (Kasper, 2011, p. 29-31).

4. "Lava quod est sordidum, Riga quod est aridum, Sana quod est saucium. Flecte quod est rigidum, Fove quod est frigidum, Rege quod est devium".

¿Qué significa "curar"? La curación implica el cuerpo, la mente y el espíritu, los individuos y las comunidades. La curación puede ser física, mental, emocional, espiritual, social, cultural, comunitaria.

El obispo **Mark Dyer de Bethlehem** (Pensilvania, Estados Unidos) contó en uno de sus sermones lo que le ocurrió en una visita a la congregación de Madre Teresa en Calcuta.

Un hombre, en avanzado estado de lepra se acercó al obispo y le pidió que le impusiera las manos para curarse. Atenazado por el miedo el obispo le pidió consejo a una hermana, que era también doctor. Ella le respondió: "¿Qué haría Jesús?". El obispo replicó: "No, no. Lo que yo le pregunto es su opinión clínica". A lo cual ella respondió: "¡Esa es precisamente mi opinión clínica!".

En ese momento el obispo sintió cómo quedaba liberado de sus miedos. Miró el rostro desfigurado de aquel leproso y -cuenta él- que vio el rostro de Jesús. Le impuso las manos en su cabeza mientras el obispo Dyer sintió cómo Dios estaba poderosamente presente en aquel momento de conexión.

¿Quién fue curado en aquel encuentro? Ciertamente el obispo tanto como el hombre leproso: "el amor perfecto expulsa el temor" (1 Jn 4,18). También es probable que el sacerdote y el levita de la parábola se vieran atrapados y movilizados por el temor. En cambio el samaritano se vio agraciado con el amor perfecto.

B) CONSECUENCIAS PARA LA IGLESIA Y LA VIDA CONSAGRADA

No es la Iglesia la que tiene una misión. Es la misión del Espíritu la que tiene una Iglesia. No es la Iglesia la que cura y sana, es el Espíritu quien cura y sana a través de los carismas que concede a la Iglesia. El Espíritu Santo es siempre el gran protagonista de la Misión³. Cuenta con la colaboración de la Iglesia en cada momento histórico y con nuestros institutos fundados con esa finalidad; pero el

Espíritu puede también encontrar colaboración en hombres y mujeres de buena voluntad, de otras religiones, de otras confesiones cristianas, incluso de personas aparentemente "sin Dios", pero llenas de buena voluntad como el samaritano de la parábola.

Ya el Espíritu está en acción. La "nueva forma" de su misión en este tiempo se insinúa y asoma ya en grupos eclesiales o humanos que enfatizan mucho en la terapia "holística", en los procesos de sanación, en formas alternativas de pensar la medicina o movimientos sociales que quieren un mundo de inclusión y se indignan contra cualquier forma de exclusión. El "vete y haz tú lo mismo" ha de resonar con una especial fuerza en la vida consagrada del siglo XXI como una nueva obediencia al Espíritu. No seamos ni "sacerdote", "ni levita".

Pongamos los ojos en los buenos samaritanos y samaritanas del siglo XXI. El Espíritu "lava lo que está manchado, riega lo que está árido, sana lo que está herido. Dobla lo que está rígido, calienta lo que está frío, endereza lo que está extraviado"⁴.

De seguro que lo está haciendo. La pregunta que queda pendiente en el aire es: ¿con quiénes? ¿en qué grupos humanos encuentra colaboración? ¿Podrá contar con la vida consagrada? ¿Estaremos dispuestos a una conversión pastoral y personal, comunitaria y estructural para que ello sea posible? ¿podremos nacer quienes ya nos estamos haciendo viejos, rutinarios y acostumbrados?

No tenemos el monopolio del Espíritu. El Espíritu llena la tierra, nos precede, actúa donde menos lo imaginamos. El Espíritu nos llama no solo a una misión "ad gentes", sino a una misión "inter gentes et cum gentibus". Lo entendemos cada vez mejor: hablamos de carisma compartido, misión compartida, tanto de otros con nosotros, y también de nosotros con otros. La misión del Espíritu se realiza hoy desde el "diálogo de vida", formando equipo, creando armonías difíciles para transmitir armonía y amor.

El "vete y haz tú lo mismo" ha de resonar con una especial fuerza en el vida consagrada del s. XXI como una nueva obediencia al Espíritu

2/

Situación: el nuevo paradigma y sus desafíos.

Veamos ahora la misión socio-sanitaria desde la perspectiva del Espíritu que actúa en la historia.

2/1

Transiciones: hacia la desespiritualización de la medicina y progresiva descolocación de la Iglesia.

Son conocidos los diversos momentos por los que ha pasado la atención a los más necesitados en el ámbito de la salud.

Hubo un tiempo en que la enfermedad, la discapacidad, era atribuida a un ser divino o misterioso. Y para liberarse se recurría a los mediadores entre lo divino y lo humano, los sacerdotes, los magos. La enfermedad o discapacidad suscitaba la pregunta religiosa y sólo en clave religiosa podía ser respondida. El personaje sagrado canalizaba la sanación procedente de Dios a través de actos religiosos, o la interpretación religiosa de lo que acontecía.

“Sólo bendecido y purificado de cuerpo y alma puede el enfermo recibir la fórmula de la curación” (Zweig, 1931).

Más tarde estas situaciones se interpretan en clave menos religiosa y más ilustrada o científica (Grell, 2007). Se descubre el poder curativo de las plantas de los minerales. La ciencia asume la función mediadora entre la enfermedad y el enfermo y despoja la enfermedad de su origen divino; considera supersticiosas las prácticas

La pregunta de esta reflexión sobre la identidad de la vida consagrada en misión sociosanitaria se puede plantear de forma esencialista o existencial. El primer planteamiento parte de una comunidad que se define como consagrada, con sus características esenciales: la profesión de los consejos evangélicos, la vida comunitaria, la peculiar espiritualidad.

Entonces se pregunta: ¿qué características ha de tener el apostolado de este tipo de comunidad? ¿Cómo ha de hacerse presente el consagrado, la consagrada en esa misión?

El segundo planteamiento -existencial- no parte de la identidad, sino de la misión del Espíritu y la colaboración en ella que poco a poco va impregnado a los consagrados, o consagradas, a la comunidad y sus estructuras, y los configura y progresivamente los identifica.

¿Es la identidad de la vida consagrada la que configura la misión? o ¿es la misión del Espíritu en el escenario socio-sanitario la que configura con un rostro peculiar a la vida consagrada? La vida consagrada es simplemente la luna, que gira en torno al sol, que es la misión que proviene del Espíritu. Esta es la revolución copernicana a la que nos lleva la conversión pastoral. Así lo viene entendiendo desde hace unas décadas la "misión inserta entre los más pobres".

Continuamos esta reflexión, con nuevas preguntas a partir de una doble perspectiva: primero, desde la perspectiva del Espíritu: ¿qué proyecto de evangelización samaritana está llevando hoy adelante el Espíritu? ¿Dónde y cómo lo realiza? Intentaremos responder a ello en la segunda parte "Situación".

Y segundo, desde la perspectiva de la vida consagrada, ¿cómo la missio Spiritus en el escenario socio-sanitario- configura e identifica una vida consagrada en sus personas, comunidades y estructuras? Intentaremos responder en la tercera parte "Espiritualidad".

5. "Siempre que un hombre no ha empleado otra cosa, sino la fuerza de su fe interior contra todas las potencias aliadas del mundo y se lanza a un combate que parece insensato por su total falta de probabilidades de éxito, precisamente entonces se manifiesta toda la tensión creadora de su espíritu y saca fuerzas incommensurables de la nada" (Zweig, 1931, p. 17).

6. Ya en el siglo XVI Paracelso luchó contra la des-espiritualización de la medicina; defendió la medicina holística, del cuerpo y del espíritu; unía la ciencia y la magia. Posteriormente resurgió esta visión con la llamada "medicina romántica" del siglo XIX., que reconocía a la naturaleza como la gran doctora y al hombre como su ayudante. La naturaleza era reconocida como "el médico interior" que todos llevamos dentro.

7. Para introducirse en el mundo espiritual de los enfermos, el año 1988 el antropólogo y psiquiatra Arthur Kleinman le proponía al cuerpo médico plantear al enfermo algunas cuestiones abiertas (open-ended) que lo ayudaran a diagnosticar mucho mejor qué era lo que ocurría al paciente.

religiosas. La figura del médico o del cuidador va desplazando progresivamente la figura del sacerdote o del mago, hasta marginarlo o sustituirlo.

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad se vuelve cada vez más complejo y especializado. Se descubren y clasifican las diversas enfermedades a partir de los órganos del cuerpo humano, de sus células.

A partir de un determinado momento, en el siglo XIX se interpone entre la persona en tratamiento y el médico un tercer elemento completamente inanimado: el aparato médico científico: a éste le corresponde descubrir los gérmenes bacteriológicos, comprobar las pulsaciones, analizar la sangre, realizar electros y encefalogramas.

La mirada del médico se hace cada vez más superflua; el médico no tiene que intuir nada, sino atenerse sólo a los resultados y prescribir un tratamiento, totalmente dependiente de las posibilidades que le ofrecen los diversos laboratorios y fábricas de productos químicos. La implicación personal del médico dentro de este sistema es cada vez menor y está protegida por una legislación peculiar.

“La medicina moderna ya no actúa con intuiciones individuales, sino con realidades objetivas. Ya no hay “arte médico”, sino “artesanía médica”. La vocación se ha convertido en profesión, la magia en sistema, la curación oculta en farmacología y ciencia de los órganos” (Zweig, 1931, p. 12).

Llega así a su punto más bajo la desespiritualización y despersonalización de la medicina. La actividad es frenética. Apenas es posible en el poco tiempo disponible una diminuta chispa de contacto entre el médico y el paciente. No hay magnetismo entre alma y alma. No hay misterio.

La medicina científica trata al enfermo y a su enfermedad como objeto y le asigna un papel casi despectivo de pasividad; el paciente no tiene nada que decir ni que preguntar, nada que hacer salvo seguir obediente y mecánicamente las órdenes del médico sin apartarse lo más mínimo del tratamiento.

2/2

Añoranza y rebelión: medicinas alternativas, medicina holística.

La rebelión en el ámbito de la medicina, contra todo el sistema médico, es un episodio interesantísimo dentro de la historia de la cultura⁵. En el siglo XXI queda todavía una gran reserva de fe que busca otras posibilidades prácticas de curación que han sido despreciadas y desechadas por la medicina bacteriológica y celular; innumerables curanderos y naturalistas que se resisten a la terapia científica⁶; otros postulan que sea el enfermo quien se trate a sí mismo, como auténtico sujeto, como agente y ejecutor principal de su propia curación; que desarrolle la máxima actividad posible contra la enfermedad. La intervención del maestro se limita a pronunciar las palabras, sabiendo el poder creador y sanador que siempre tiene la palabra en el “arte médico” (Zweig, 1931, p. 16).

En la época contemporánea emergen muchos intentos de recuperar la espiritualidad en la Medicina (Lawson, 2010, p. 71-80), aunque no se estudie espiritualidad en la mayoría de las Facultades de medicina. Se va imponiendo una visión holística de la salud y por de ahí nace la necesidad de entender las historias de los pacientes en el contexto de sus vivencias, creencias y valores familiares y culturales⁷.

Elizabeth Lesser en su libro *The New American Spirituality*⁸ reconoce que dentro del ámbito médico la espiritualidad contribuye extraordinariamente a la sanación de los pacientes, pero también de las personas implicadas en el servicio sanitario -afectadas frecuentemente por el stress,

el burnout, el agotamiento y la pérdida del sentido vocacional de su profesión. Rachel Remen⁹, pionera en la ayuda a tales profesionales, reivindica para ellos y ellas la recuperación del “alma de la medicina” a través de una espiritualidad holística: sentido, ecología y universo. Maimónides, uno de los fundadores de la tradición médica occidental, dijo:

“La práctica médica no es cortar, coser, trabajo de las manos, sino que ha de estar inspirada por el alma, llena de inteligencia y equipada con el don de la atenta observación y compasión” (Simon, 1999, p. 1841-1845).

Uno de los primeros cursos de espiritualidad en el contexto de la educación médica fue impartido por Christina Puchalski en George Washington University School of Medicine en 1992; unos años más tarde se convirtió en curso obligatorio (Puchalski, 2006, p. 14-18). Ella decía:

“El objetivo de estos cursos es mejorar el cuidado del paciente y la recuperación de la compasión, del servicio y la entrega a una atención holística al paciente y a su familia. La espiritualidad es un aspecto esencial del cuidado de la salud, que arraiga en el modelo espiritual biopsicológico social del cuidado y en la tradición profundamente mantenida de la medicina como profesión de servicio y amor altruista y compasión hacia los otros” (Puchalski, 2006, p. 14-18).

Cuando se tiene en cuenta esta perspectiva, la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo se hacen necesarios: no solo el equipo médico, sino también otros (clérigos, sanadores culturales, consejeros y acompañantes espirituales).

¿Es aquí donde la vida consagrada en misión socio-sanitaria encuentra su nuevo aréopago, su escenario de nueva evangelización!

2/3

La difícil “missio inter gentes”: sanar rupturas, formar equipo.

Conscientes de la necesidad de integración no solo de las ciencias médicas entre sí, sino también de la medicina con la psicología y con la religión y espiritualidad nos preguntamos por el “cómo”: ¿cómo sanar la ruptura entre cuidado pastoral, counseling psicológico y medicina? (Dossey, 1999, 2001; Thomsen, 1998; Thomsen and Henderson, 2004)

Reconocemos la importancia de la relación interpersonal entre paciente y terapeuta y médico, porque la curación acontece en una relación de confianza. Y aunque no se consiga la curación corporal (curing), sí se consigue – como don de Dios- la sanación del espíritu que afecta a todo (healing). ¿Necesitamos maximizar nuestro potencial sanador. Buena medicina, buena psicología, buena espiritualidad! Porque “todo contribuye para el bien de quienes Dios ama, los llamados según su designio” (Rom 8, 28). En el ministerio del cuidado de los enfermos, de los discapacitados, de los ancianos se aprende a escuchar a los pacientes, a los colegas, a los amigos, a ayudar a la gente y saber qué quiere el Espíritu de ellos; a procurar cómo integrar oración y meditación en la profesión.

Para que esto sea posible hemos de superar un cúmulo de dificultades: la falta de tiempo por exceso de obligaciones (profesionales, organizativas, familiares o comunitarias), la inadecuada preparación o entrenamiento para el diálogo interdisciplinar, interreligioso, la desconfianza hacia “los otros” y la supervaloración de lo propio, las malas experiencias respecto a la religión o la iglesia, el encuentro o desencuentro de “egos” que intentan afirmarse, exigencias económicas ante el tiempo dedicado etc.

Le preguntaba al paciente a qué llamaba él su enfermedad y con qué nombre la denominaba; cuál era –según él- la causa de ella; cómo y por qué comenzó; qué hace la enfermedad en él; cuál supone que será su duración, qué tratamiento desearía recibir y qué resultados desearía obtener; qué nuevos problemas le ha planteado su enfermedad y cuáles son sus temores.

8. Lesser, 1999, analiza la concepción de espiritualidad de más de doscientos líderes espirituales. Sintetizó su análisis en la siguiente descripción: la espiritualidad es un camino que tiene como meta encontrar el sentido último de la vida; no se identifica con la religión, pero sí se puede expresar en prácticas religiosas; la espiritualidad configura todo lo humano.

9. Fundadora y directora del Institute for the Study of Health and Illness at Commonweal en Bolinas (California) y desarrolladora del curso “The Healer’s Art” para estudiantes de medicina.

Tales dificultades son reales; sólo se superan con la reforma del sistema y la voluntad real de imponer un nuevo modelo o paradigma. Cada uno ha de hacer el esfuerzo de superar su propia tendencia cultural, ha de aportar su colaboración en la solución de los conflictos (peacemaking), se ha de intentar comprender la situación de los otros miembros del equipo.

3/

Espiritualidad: el carisma tal como hoy lo configura el espíritu.

Veamos ahora la misión desde la perspectiva de la vida consagrada. Recordemos la pregunta que antes nos hacíamos: ¿cómo la missio Spiritus en este escenario socio-sanitario- configura e identifica una vida consagrada en sus personas, comunidades y estructuras?

3/1

La misión evangelizadora samaritana: vocación y ministerio que nos configura (Mohrmann, 1995, 2002)

Nuestra fe nos confronta con el sentido del sufrimiento (también el procedente de la enfermedad), con el problema del mal. No es sólo una cuestión teórica. Es también práctica. Ante el drama y el enigma del mal lo único que nos queda frecuentemente es luchar contra él, aunque frecuentemente tengamos la impresión de que sucumbimos ante su misterioso poder. Nuestro mensaje pascual es éste: “Muerte y vida en singular batalla... Muerto, el que es la vida, se levanta”. Creemos en el horizonte de la vida eterna. Lo proclamamos y ponemos

todo nuestro esfuerzo en anticiparlo. Eso es lo que llamamos “**esperanza activa**”. Y lo hacemos promoviendo un modelo de sanidad y de atención a la discapacidad que sea holístico, digno de la persona.

Estamos en un nuevo “**kairós**” para la vida consagrada. Debemos optar decididamente por el nuevo paradigma que emerge y desprendernos del paradigma obsoleto, meramente empresarial, desespiritualizado y mecanicista. Tampoco nos hemos de contentar con poner unas “**gotas de devoción**” en el viejo modelo. La vida consagrada ha nacido para introducir la novedad del Espíritu y no para perpetuar viejos esquemas. Debe situarse allí donde el Espíritu la lleva, allí donde es posible anunciar y testimoniar “**buenas noticias de Dios**” en la praxis sanitaria.

La vida consagrada en misión de la salud no solo responde a los desafíos de forma profesional, ofreciéndole a la sanidad buenos médicos o enfermeros o enfermeras, o auxiliares, sino de forma carismática y profética, ofreciéndole a la sanidad espiritualidad, evangelio. Por ello, siempre ocupará espacios liminales, fronterizos. La vida consagrada nunca hará de la medicina ni del aparato científico-tecnológico un ídolo.

Ella es por naturaleza, antiidolátrica. Los votos religiosos son expresiones de la Alianza antiidolátrica con el único Dios a quien se ama apasionada y hasta exageradamente y por quien uno se entrega apasionadamente al amor de los hermanos. Nuestros votos son antiidolátricos: nuestro dios no es el dinero, ni el poder, ni el sexo. Dinero, poder y sexo son únicamente medios o mediaciones para mejor servir el proyecto del Espíritu.

Nuestra exageración profética nos lleva sobre todo a servir y a anunciar el Evangelio a los más pobres y desplazados. Nada extraño entonces que optemos por lo menos ostentoso, por instituciones más humildes y por tecnologías que no nieguen un desarrollo sostenible dentro de una humanidad con tantos desajustes y desigualdades.

La vida consagrada está llamada a poner la humanidad al alcance de la mano, especialmente de los más pobres

Por opción vocacional, queremos estar juntos a los seres humanos más desfavorecidos, más pobres, más olvidados; a quienes no tienen a nadie que les eche a la piscina, cuando se remueve el agua. Es ahí donde la misión configurará sus rasgos de pobreza, castidad y obediencia evangélica. La parábola del samaritano nos invita no a escalar, no a subir, sino al descenso. Juan de Dios fue un admirable prototipo de la misión del descenso.

Los consejos evangélicos quedan configurados en la misión de la salud por un modelo tal en el cual es muy importante para espiritualidad, el diálogo, la interacción.

Por ello, la vida consagrada es cada vez más sensible hacia los modelos holísticos y medicinas alternativas, que sanen la sociedad. Nosotros mismos, los consagrados, necesitamos ser así sanados.

La vida consagrada está llamada a poner la humanidad al alcance de la mano, especialmente de los más pobres “**la magia de lo invisible**”.

3/2

Pastoral de la Cruz: “roto y con todo, amado”.

Si quisiéramos describir hoy la nueva evangelización desde la perspectiva de la sanación, quizá no encontraríamos una expresión mejor que la de **Sharon Thornton** en su libro “**Roto y, con todo, amado: una teología pastoral de la Cruz**”. Allí escribe:

“**La sanación (Healing) es algo que ha de ser recibido, no algo que ha de ser arrebatado o procurado. Desde esta perspectiva la curación no proviene únicamente de la energía interna, ni de la autoconciencia, sino de relaciones de hospitalidad ante la presencia**

sanadora del Santo. El reino de Dios, el reino de lo Santo, es el lugar de la curación. Es un reino no concebido, ni actuado por las tecnologías, ni siquiera por las tecnologías psicológicas o espirituales. La curación es la base de la esperanza en la historia, el don y el signo de que el reino de la Justicia está presente en medio de nosotros, y que ha de ser comprendido desde la compleja red de relaciones divino - humanas, o desde la Alianza. Restaurar la totalidad hace referencia a la reparación de toda esa red. El objetivo del cuidado pastoral como reconciliación significa crear justicia para todo el cosmos” (Thornton, 2004, p. 163-164).

Entrar en la comunidad cristiana, formar parte de ella, vivir su oración, sus sacramentos, su año litúrgico, es entrar en una auténtica comunidad terapéutica. Y cuando ésta comunidad anuncia el Reino de Dios, lo que está ofreciendo es la “**salus**”, la salvación, la terapia para ser arrancado del reino de la enfermedad y la muerte.

San Ignacio de Antioquía (c. 35-c.107) se refiere a la Eucaristía como “**medicina de la inmortalidad y remedio soberano por el cual escapamos de la muerte y en Jesucristo para siempre**”¹⁰. La Iglesia contribuye a la sanación de toda la persona en sus santos misterios: bautismo, crisma, confesión, santo matrimonio, santas órdenes, santa unión: sanación de la naturaleza humana corrompida.

El **Padre John Breck** dice que el cuidado médico debería “**tender a ofrecer al condiciones óptimas para el crecimiento espiritual del paciente en toda etapa de su ciclo vital**”... Y “**en casos terminales lo más apropiado es ofrecer al paciente, a través de la oración, confesión y comunión, la ayuda para que se entregue totalmente en las manos de Dios**” (**Breck, 2000, p. 16**). El cuidado médico debería servirnos para nuestro crecimiento en santidad, para encontrar una sanación holística, escatológica en Dios.

10. Ignacio de Antioquía, Ad Ephesios, 20, 2 M.

Es muy elocuente otro caso ocurrido a un psicoterapeuta, El psicoterapeuta **Irvin Yalom** cuenta la historia de un paciente suyo, llamado Carlos, que participó en un grupo terapéutico, en el cual arrojaba toda su violencia interior, sus frustraciones. Bastaba que le mostraran cariño para reaccionar despectiva y violentamente. Una vez tuvo un terrible sueño que le reveló que ¡eso no era vivir! Comenzó a descubrir una cierta empatía hacia los demás, que nunca antes había experimentado. Todos se dieron cuenta de cómo mejoraba su carácter. Al poco tiempo se le declaró un cáncer. Cuando ya estaba en la fase terminal, le visitó en el hospital Yalom, el psicoterapeuta; se sintió profundamente emocionado cuando a punto ya de morir le dijo Carlos: “Gracias a usted, gracias a usted por haber salvado mi vida”.

Es la comunidad evangelizadora aquella que ofrece, ante todo, la Alianza con el Dios compasivo y misericordioso

4/

Conclusión:

“como una madre nodriza...
como un padre...
como un huérfano:
suscitar gratitud”.
(Whitenton , 2012, p. 15-23)

Fijémonos, para concluir, en un texto de las cartas de **san Pablo: 1 Tes 2, 1-20**. Pablo se muestra aquí como un terapeuta que diagnostica la enfermedad de una comunidad cristiana y quiere prestarle su cuidado. La comunidad de Tesalónica se encuentra en estado de ansiedad

a causa de las tribulaciones por las que está pasando. El terapeuta evangelizador sabe que eso se supera a través de la gratitud, la experiencia de la gracia: ¡la mejor medicina contra la ansiedad!

“Os hicisteis imitadores nuestros y del Señor, a pesar de la tribulación, recibisteis la Palabra con gratitud, inspirada en el Espíritu Santo” (1 Tes 1,6).

“Aunque, como apóstoles de Cristo, podríamos haber impuesto el peso de nuestra autoridad, sin embargo nos comportamos con dulzura entre vosotros. Como una madre nodriza, llena de ternura, que da alimento y calor a sus hijos, así, movidos por nuestro amor, queríamos entregaros no sólo el Evangelio de Dios, sino incluso nuestras propias vidas, ¡tanto os llegamos a querer!... Como un padre a sus hijos -lo sabéis bien-, a cada uno os alentábamos y os consolábamos, exhortándoos a que vivierais de una manera digna de Dios, que os llama a su Reino y a su gloria.... Nosotros, como huérfanos por breve tiempo de vuestra compañía -físicamente, no de corazón-, ardíamos en deseos de veros” (1 Tes 2,7.11-12.17).

Pablo los trata como madre nodriza, como padre, como huérfano de ellos mismos. Recurre a símiles que provocan emoción y gratitud. Se presenta como **una madre nodriza llena de ternura hacia sus hijos (1 Tes 2,7)**.

Esto se intensifica con la expresión siguiente de Pablo: queríamos darnos a nosotros mismos, porque resultasteis muy queridos para nosotros. Como un padre (1 Tes 2,11): A veces los maestros en la antigüedad les hablaban a sus discípulos como a hijos. Como un niño huérfano (1 Tes 2, 17).

Estas imágenes sirven para establecer relaciones fuertes, entre Pablo y la comunidad deprimida y ansiosa. La gratitud les hará superar la ansiedad: “¿Cómo podemos agradecer a Dios suficientemente por vosotros en compensación por toda la gratitud que sentimos ante nuestro Dios a causa de vosotros?” (1 Tes 3,9). ¿No es también este el rostro de la vida consagrada en misión socio-sanitaria?

Y quiero concluir con la visión de la enfermedad y de la medicina que nos ofrece el libro del Eclesiástico, **Ben Sirac 38 1-8**:

“Da al médico, por sus servicios, los honores que merece, que también a él le creó el Señor. Pues del Altísimo viene la curación, como una dádiva que del rey se recibe. La ciencia del médico realza su cabeza, y ante los grandes es admirado. El Señor puso en la tierra medicinas, el varón prudente no las desdeña. ¿No fue el agua endulzada con un leño para que se conociera su virtud? El mismo dio a los hombres la ciencia para que se gloriaran en sus maravillas. Con ellas cura él y quita el sufrimiento, con ellas el farmacéutico hace mixturas. Así nunca se acaban sus obras, y de él viene la paz sobre la haz de la tierra. Hijo, en tu enfermedad, no seas negligente, sino ruega al Señor, que él te curará”

El ministerio del cuidado del cuerpo es como una tarea eucarística, en la cual las realidades físicas de la medicina se convierten en medios para participar en la sanación que llega a su cumplimiento es el reino escatológico. En cuanto imágenes de Dios no hay ninguna vida humana que no merezca ser cuidada, ser atendida, tratada.

Bibliografía

- Abram, D. , Duarte, J. C. S. (2007). A magia do sensível. Percepção e linguagem num mundo mais do que humano. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bosch, D. (1991). Transforming Mission: Paradigm Shifts in Theology of Mission. Maryknoll: Orbis.
- Breck, J. (2000). The sacred gift of life, Crestwood: St. Vladimir Seminary Press.
- Dossey, L. (1999). Reinventing Medicine. San Francisco: Harper.
- Dossey, L. (2001). Healing beyond the body: medicine and the infinite reach of the mind, Boston: Shambhala.
- Engelsviken, T. (2003). Missio Dei: The understanding and misunderstanding of a Theological Concept in European Churches and Missiology. *International Review of Mission*, (92), 481-497.
- Gaiser, F. J. (2010). In touch with Jesus: Healing in Mark 5:21-43. *Word and World*, (30), 5-15.
- Grell, O. P., and Cunningham, A. (ed.). (2007), The history of Medicine in Context, Burlington: Ashgate.

Kasper, W. (2011).

La nueva evangelización: un desafío pastoral, teológico y espiritual.
En G. Augustin (ed.),
El desafío de la nueva evangelización.
Impulsos para la revitalización de la fe (p. 29-31).
Santander: Sal Terrae.

Laing, M. (2009).

Missio Dei: Some implications for the Church. *En Missiology: an International Review, (37), 89-99.*

Lawson, K. (2010).

Spirituality in Medicine:
What is its role, today and tomorrow?
Word & World, (30), 71-80.

Lesser, E. (1999).

The new American Spirituality.
New York: Random House.

Simon, S. (1999).

Moses Maimonides: Medieval Physician and Scholar. *Archives of international medicine, (159), 1841-1845.*

Maddocks, M. (1990).

The Christian Healing Ministry. *London: SPCK.*

Mohrmann, M. (2002).

Professing medicine faithfully:
theological resources for trying times.
Theology today, (59), 355-368.

Mohrmann, M. (1995).

Medicine as ministry:
reflections on suffering, ethics and hope.
Cleveland: Pilgrim, [recensión en Theology today (1996). (53), 242-243].

Puchalski, C. (2006).

Spirituality and Medicine.
Curricula in Medical Education.
Journal of Cancer Education, (21), 14-18.

Robert, J. (1998).

Spirituality in medical practice.
Archives of dermatology, (134).

Synodus Episcoporum Bulletin:

XIII ordinary general assembly
of the synod of bishops
7-28 october 2012. (2012).
*Recuperado de www.vatican.va/news_services/
press/sinodo/documents/bollettino_25_xiii-
ordinaria-2012/02_inglese/b33_02.html*

Thomas, Z. (1994).

Healing Touch: the Church's forgotten Language,
Westminster John Knox Press, Louisville.

Thomsen, R., and Henderson, B. (2004).

Healing the rift between pastoral care,
psychological counseling and Medicine.
Chaplaincy Today, (20), 17-22.

Thornton, S. (2004).

Broken yet Beloved.
A pastoral theology of the Cross.
St. Louise: Chalice Press.

Whitenton, M. (2012).

Figuring Joy: Gratitude as Medicine
in 1 Thessalonians 2:1-20.
Perspectives in Religious Studies, (39), 15-23.

Zweig, S. (1931).

La curación por el espíritu
(*Mesmer, Mari Baker-Eddy, Freud.*)
[s.l.]: [s.n.].





03 / Retos y compromisos de la vida consagrada al servicio de los enfermos ante las nuevas pobreza.

Hna. María José Herrera, (CONFER)

Preguntarse hoy por los retos de la Vida Consagrada no es una cuestión nueva. Estas reflexiones y aportaciones parten del análisis del contexto social-político-religioso y cultural, que reflejan la evolución que la sociedad ha ido experimentando en los últimos años, al igual que la familia y la Iglesia, y como se ha visto afectada la Vida Consagrada inmersa en este contexto. Estos cambios llevan a plantarse profundos interrogantes a cerca de las nuevas orientaciones. Se constata también el envejecimiento de la población que hay que atender, así como el propio envejecimiento de aquellos dedicados a la Vida Consagrada, con lo que ya se están buscando formas de dar respuestas institucionales, que ayuden a las personas, a las comunidades, y a las Congregaciones y estar presentes donde casi nadie está presente, en la frontera de la vida, allí donde el hombre se encuentra mas oprimido.

Palabras clave:

Enfermos, Pobreza y Vida consagrada.

Wondering nowadays about the challenges of consecrated life is not a new issue. These reflections and contributions are based on an analysis of the political, religious, social, and cultural contexts, reflecting developments that society has experienced in recent years, just like the family and the Church, and how Consecrated Life immersed in this context has been affected. These changes lead to raise profound questions about the new guidelines. The aging of the population that needs attention as well as the aging of those dedicated to the Consecrated Life will also be taken into account. This means, that they are already looking for ways to give institutional responses that help people, communities, and Congregations and to be present where hardly anybody is; on the border of life, where man is more oppressed.

Key words:

Consecrated life, Poverty, Sick.

1/

Algunos datos sobre retos y compromisos de la vida consagrada.

Del análisis sociológico, y de la reflexión de distintos autores tomamos los datos que nos hablan por un lado de la situación de Europa en cuanto tal, de la cultura y sociedad que nos encontramos y de la situación de la Vida Consagrada en este contexto.

- El **P. José Cristo Rey García Paredes (2014)**, cmf afirma que nos encontramos en una Europa que es difusamente cristiana y la minoría religiosa cristiana practica por elección y consumo. Pero las iglesias cristianas no son capaces de influir en la sociedad y han de competir con otras posibles opciones religiosas.

- En los países desarrollados, en el 2016, el 30% de las personas mayores de 65 años superarán, a su vez, los 80 años. Las enfermedades neurodegenerativas, entre ellas la demencia, afecta al 15% de los mayores de 65 años y hasta el 40% en los mayores de 90.

El progresivo aumento de mayores dependientes, está teniendo una gran importancia

en la asistencia médica, la economía, los sistemas de pensiones, la vida familiar y las decisiones sobre el final de la vida. Los religiosos son un grupo minoritario dentro de la sociedad en el que la mayoría de sus miembros pertenece a la edad adulta media y tardía y en el que el ingreso de jóvenes ha ido decreciendo.

- **Amadeo Cencini** nos decía hace unos años, que estamos viviendo una fase de transición general, en la que a **nivel cultural**: Se está desplazando el valor central de la comunidad y del bien común (en el plano social, político y también religioso) y se está poniendo cada vez más en el centro el individuo, con sus derechos y su necesidad de autorrealización, con el derecho, en particular, a expresarse y realizarse en sus diferencias personales, de género, étnicas, religiosas. Ahora es la sociedad la que está al servicio del individuo (**Instituto Nacional de Estadística, 2005**).

- Y a nivel social: se ha pasado de las prestaciones de servicios al ofrecimiento de relaciones. Hemos creado instituciones consistentes que en sus orígenes fueron respuesta carismática pero en las que y en las que ahora nuestro liderazgo está muy debilitado.

- Hoy es visible a varios niveles una herida en las relaciones humanas, una especie de herida relacional, como un espacio lacerado que se convierte a menudo en lugar de conflictos, en las familias, en las relaciones amistosas, en los ambientes de trabajo, también en la Iglesia y en las sacristías, en las relaciones entre los estados y entre los grupos; hay una diferencia que inmediatamente se percibe y se vive como conflictiva y una alteridad que parece obstruir toda posibilidad de entendimiento. Es el espacio herido de las relaciones, o la necesidad intensa de relaciones profundas.

- Hay que reconocer humildemente que, en el conjunto de esta Europa que se está construyendo, la vida religiosa se encuentra desubicada socialmente y descoyuntada interiormente.

- La autoexclusión de los avances tecnológicos y culturales nos conduce hacia una jubilación anticipada en la evangelización, a la vez que al dejarnos acaparar por el trabajo apenas disponemos de tiempo para una formación personal y una reflexión profunda.

- Las comunidades de hoy no dan respuestas a las ansias espirituales y dudas existenciales de nuestros contemporáneos.

Enumerados en forma somera esos cambios vividos en nuestra cultura, en nuestra sociedad y entorno y por lo tanto en el seno de la misma Vida Consagrada, constatemos también las riquezas que ofrece a nuestro mundo y a nuestros coetáneos hoy (**Durand, 2013**):

- Hace posible otra concepción de la familia y de la sociedad, otra visión del mundo que puede dar sentido a numerosos situaciones vividas por nuestros contemporáneos

- Al vivir la fraternidad de hermanos que no se eligen, cuyos lazos de unión no son de sangre, que se vive toda su riqueza en ese hacer comunidad.

- Una vida que no está atada a un lugar, un país o unas raíces territoriales, una vida nómada que tiene su experiencia que ofrecer a tantos que bien hoy en condiciones parecidas.

- Contrariamente a una sociedad perdida en sus valores, la vida religiosa tiene los medios para hacer frente a cómo hacer comunidad con individuos y de darle respuesta.

- La vida religiosa ya ha realizado elecciones valerosas de cara al decrecimiento demográfico que está viviendo: Algunos ejemplos la disminución de miembros en cada zona a llevado a reestructuraciones fuertes y se han dado pasos de comunión como las comunidades intercongregacionales, donde conviven las hermanas de diferentes congregaciones reunidas en torno a un proyecto común.

- También enfrenta una interculturalidad cada vez más fuerte en las comunidades occidentales. A la vez que afronta cuestiones importantes con respecto a las relaciones intergeneracionales. Siendo que las personas ancianas son más numerosas que la juventud,

¿Deberíamos favorecer las comunidades de jóvenes o mezclar edades corriendo el riesgo de aislar más a los jóvenes ya minoría en sus opciones de vida?

- La vida religiosa está bien posicionada para inventar otras maneras de hacer comunidad, tiene la madurez y el bagaje intelectual necesario para dar respuesta a lo que se juega en la dimensión comunitaria. Tiene la capacidad de releer lo que ha vivido y ponerle nombre. ¿Será capaz de aceptar ser testigo para el mundo de que una vida plena es posible sin que unan lazos de sangre? La vida religiosa puede acompañar nuestro mundo viviendo plenamente una situación existencial que es compartida con muchos. Y puede testimoniar que en su seno se puede desarrollar una auténtica humanidad

Todos estos cambios de los que venimos hablando han llevado a la vida consagrada a plantearse profundos interrogantes acerca de las nuevas orientaciones a las que es llamada a responder. Son desafíos que a los que hacer frente en las formas que vayamos a adoptar y que nombro sin ánimo de profundizar.

- El desafío de una forma de ser en el mundo que se debe fundar sobre la interdependencia humana. Testigos vivos de un Dios solidario con los hombres. Sensibles a las necesidades de las personas a escala planetaria. Haciéndose visibles, en la vida de cada día en la sociedad, siendo creativos para encontrar soluciones de vida solidaria con aquellos en condiciones más precarias.

- La utopía de la fraternidad universal marcada por la justicia, el compartir el respeto en la diferencia y la comunión, haciendo frente a la dificultad de encontrar un equilibrio de vida.

LH n.312

Los jóvenes huyen de unas agendas saturadas, que no tienen tiempo ni para el encuentro, ni para la fiesta, ni para orar.

- Una espiritualidad que muestre la alegría de una vida que tiene a Dios como único centro y fuente, que proclame el verdadero sentido con coherencia y unificada. No confundir la misión con la dispersión en mil compromisos, sin darnos las condiciones de un discernimiento verdadero para conducir la vida según el Espíritu de Jesucristo.

- Afirmar, a través de la forma como vivimos nuestro envejecimiento que la persona vale más allá de que sea o no productiva. Cuesta asumir la jubilación y experimentar la soledad. Se impone la necesidad de preparación para cuidar a nuestros mayores a todos los niveles.

acercarnos a los hombres de nuestro mundo sin una profunda experiencia de Dios que nos acerque a nuestros hermanos.

Tras la constatación del envejecimiento de la población a la que vamos a atender, está la constatación del propio envejecimiento de la Vida Consagrada. Y nos encontramos con varios puntos que son un reto:

- Encontramos religiosas y religiosos mayores, insertos en actividades de servicio a los hermanos, que a falta de relevo generacional, siguen en la brecha, siendo ellas y ellos los “jóvenes” de las comunidades con 70 años o más. Personas que seducidas por el Rostro de Cristo revelado en los pequeños no saben de jubilación, y viven su entrega con alegría y también con la lucidez de saber que su servicio está todo en manos de Otro más grande.

- Lo hemos nombrado un poco más arriba. El desafío de aceptar el propio envejecimiento. De mostrar con la vida lo que predicamos. De nada vale hablar a favor de la vida, y participar en manifestaciones pro-vida, cuando no somos capaces de descubrir en nuestros propios límites las posibilidades que encierran. Hay religiosas que por opción han querido ir a vivir en residencias de ancianos, no religiosas, para vivir solidariamente con otros y ser allí, testigos de la Vida que les habita.

Pero esto no se improvisa. Cuando la vida se ha centrado en cumplir horarios de trabajo y de rezo. Cuando no se ha querido buscar alternativas distintas de reposo, ocio y reflexión. Cuando el hacer ha sido lo que ha dado sentido a nuestro ser...

La jubilación se convierte en pérdida de sentido, junto con las pérdidas que trae la limitación de la edad y a veces la enfermedad. Es responsabilidad nuestra también prepararnos, para vivir esta etapa con sentido y preparar equipos que acompañen a nuestros hermanos en este proceso de culminar la entrega de su vida.

2/

Al servicio de los enfermos ante las nuevas pobreza.

Lo primero de todo, tenemos el reto de dar una calidad y profundidad a **nuestra pastoral**.

- Como afirmaba con gran rotundidad el recientemente fallecido **P. Francisco Álvarez, MI**, la **Pastoral de la Salud** exige una **buena preparación pastoral, psicológica, teológica y en Bioética**. En un mundo donde todo se puede consultar por Internet a golpe de un dedo (Serres, 2012), donde las relaciones humanas están heridas, este es un reto al que dar respuesta y una respuesta profunda y con la adecuada preparación. No podemos solo funcionar con buenas intenciones, que a veces han sido muy dañinas. No podemos

Dios nos llama a vivir en profundidad de la Vida en Él y desde la alegría en el encuentro con Él, salir al encuentro de los hermanos

- Tenemos otro reto vinculado al anterior. Si hemos dicho que con el envejecimiento hay un aumento de las enfermedades neurodegenerativas y de las demencias, ocurre tanto en la población general, como en las comunidades religiosas.

Algo que parece absurdo reseñar por lógico, es necesario hacerlo y con énfasis, pues las comunidades religiosas viven situaciones de dificultad, de conflicto y de riesgo en ocasiones, porque no se han hecho los adecuados diagnósticos. Mirar para otro lado y hacer como que no existe, no soluciona nada y sí agrava el dolor, la incompreensión y el sufrimiento.

Cuando el Señor nos dice: “**la verdad os hará libres**”, también aquí se cumple. Y también aquí servimos al evangelio.

Carl Young preguntaba a los cristianos “¿porqué no podéis ver a Jesús en vuestra propia pobreza?” (Guccini, 1992, p. 22). Nos somos más que nadie, pero tampoco menos. El mundo de la psique necesita muchas veces ayuda de especialistas, psiquiatras, psicólogos, terapeutas, que ayuden al correcto diagnóstico y tratamiento, con el alivio de sufrimiento que esto supone.

Y con la misma facilidad con que somos capaces de acudir a otros especialistas médicos, desde la aceptación de nuestra propia vulnerabilidad, es un reto que demos respuesta y pronta a estas otras enfermedades. El retraso en el diagnóstico y en el tratamiento, y en la búsqueda de soluciones viables adecuadas, es un acto de maleficencia para con los enfermos y para las comunidades en las que viven.

Ya se están buscando formas de dar respuestas institucionales, que ayuden a las personas, a las comunidades, y a las Congregaciones.

- El mundo de la Salud se mueve en dinámicas de lucro. En nuestro primer mundo en el que impera el dios del Bienestar, la felicidad

a toda costa y la ausencia de sufrimiento alguno, ofrecer salud con la mayor tecnología posible, con las mejores ofertas hoteleras, disfrazando la enfermedad de estancia en un hotel de vacaciones, se convierte en un negocio, que mueve millones y es seguro tanto en tiempos de crisis, como de bonanzas.

La gestión de los Centros Sanitarios de las Congregaciones tiene el difícil reto de navegar en estas aguas de competitividad, primando los valores del Evangelio, manteniendo la excelencia de la calidad en la atención, una ética de los y logrando que sean plataformas donde la atención integral de la persona sea la prioridad, una atención integral que da respuesta también a las necesidades espirituales de la persona.

- Está el reto de la profundización en Bioética y de la reflexión profunda en la que participar, desde esa búsqueda conjunta multidisciplinar de lo mejor para cada persona en su situación, de lo que más bien hace y a veces, de lo que menos daña.

“La bioética es un desafío para nosotros, para la Iglesia y para la sociedad en general no solo del futuro sino del presente. Se trata de una realidad muy dinámica, que cada día nos pone nuevos dilemas y conflictos que hemos de afrontar. Además de los temas sobre el principio y el final de la vida, es necesaria promover la formación y la sensibilidad ética del día a día en todas las esferas de la atención y el cuidado de los enfermos, ancianos y personas que atendemos, favoreciendo cada vez más una conciencia de respeto y promoción de la vida y de la dignidad de dichas personas” (Etayo, 2012).

- Nuestra sociedad y este mundo globalizado nos plantean retos nuevos. Mientras que somos capaces de llegar hasta la luna y Marte, el virus del ébola golpea cruelmente a poblaciones de África, que solo se vuelven noticia insistente en nuestros televisores cuando ese virus traspasa nuestras fronteras y llega a nuestro territorio.

LH n.312

Los flujos migratorios y las situaciones de pobreza que viven muchos países de nuestro mundo empujan a miles de personas a arriesgar sus vidas para intentar poder acercarse a sus familias algo “de las migas que tiran los hijos”.

Cuando llegan también necesitan una atención sanitaria que progresivamente se les ha ido denegando. ¿No nos estarán llamando nuestros Hermanos a dar respuestas creativas y originales, desde la unión de nuestros carismas, nuestras posibilidades y tantos colaboradores en misión compartida?

A la vez que no nos olvidamos de seguir reclamando “ese otro mundo posible” que creemos hemos de llegar a construir entre todos. Si una persona subsahariana ha sido agredida en la calle y la sanidad de nuestro país le deniega la atención sanitaria que necesita, ¿No tendremos que arriesgarnos por los caminos “no aprobados” por los que se arriesgó el samaritano?

¿No podremos correr el riesgo de que perdamos de vista en nuestras reuniones de reestructuración para diseñar el futuro, estas urgencias que ya están ahí? “Creo que los religiosos del futuro no tendrán que arreglar ya cosas. Lo que ellos han de hacer será ante todo estar presentes, en un gesto de solidaridad y de ayuda personal. No están ahí para hacer cosas, sino para escuchar y compartir, sobre todo para compartir”.

- La misión es antes que nada un servicio a la dignidad de la persona en una sociedad deshumanizada.

- Se trata de estar presentes donde casi nadie está presente, en la frontera de la vida, en los lugares de muerte de la historia para llegar donde la sociedad en general no llega. En ese aspecto, la vida religiosa será gesto profético de solidaridad. Ella debe hallar las huellas de Dios (es decir, el misterio de la vida amenazada) allí donde el hombre se encuentra más oprimido, ofreciendo un gesto de ayuda allí donde nadie quiere ayudar, allí donde se encuentra la desesperación del sinsentido: los

sin techo, las personas que pierden su casa, los parados de larga duración, itinerantes, víctimas de trata sexual, víctimas de violencia de género, víctimas de todos los tipos de acoso, del colegio, del trabajo.

- La esclavitud de las adicciones, el consumo de alcohol, drogas de diseño y ruido a altos decibelios, son indicadores de patologías que tendremos que afrontar en breve, y en personas jóvenes. Será necesario dar respuesta y plantear como terapia, como ayuda, como tratamiento, lugares, centros, donde de manera personalizada, la persona pueda recuperar su centro y su dignidad y darle el sentido que había perdido.

- Siendo muy conscientes del reto en salud mental que se nos va a presentar con tantos jóvenes consumidores de sustancias que provocan graves alteraciones psiquiátricas.

- Habrá que crear y buscar formas de prevenir estas violencias intrafamiliares, estas violencias entre amigos y grupos sociales, en esta cultura herida en las relaciones humanas y necesitada de relaciones profundas, crear espacios que sean lugar de encuentro y de aprendizaje para aprender a aceptarse incondicionalmente, a quererse y a asumir los límites.

- Será necesario que atentos a esa huella de Dios los religiosos podamos ofrecer espacios de sanación para los “quemados” de la vida. Comunidades que sean lugar de acogida y de salud, de escucha y de acompañamiento, de terapia, donde de forma más temporal o más continuada según las necesidades de las personas, (también los religiosos) puedan recuperar la conexión vital consigo mismos, con los otros y con Dios, en un proceso personalizado.

En esta nueva forma de ser que está brotando, donde no somos mayoría, Dios nos llama a algo: a vivir en profundidad la Vida en El y desde la alegría del encuentro con El, salir al encuentro de los hermanos y descubrir Su rostro

y Su Presencia en cada uno de ellos (“vestidos los dejó de su Hermosura”) y compartir con ellos camino. Allí volveremos a encontrarle: “que vayan a Galilea, allí me verán” **Mt 28,10.**

Bibliografía

► Durand, M. L. (2013).
Modernité de la vie religieuse.
Recuperado de www.marielauredurand.com/WordPress/wp-content/uploads/2013/09/Modernit%C3%A9-de-la-vie-religieuse.pdf

► Etayo, J. (10 noviembre 2012).
La bioética es un desafío para nosotros, para la iglesia y para la sociedad [Mensaje en un blog]. Recuperado de www.periodistadigital.com/religion/vida-religiosa/2012/11/10/jesus-etayo-orden-san-juan-dios-iglesia-religion-hospitalarios.shtml

► García Paredes, J. C. R. (18 agosto 2014).
Misión Europa: Reorganizando la vida consagrada [Mensaje en un blog].
Recuperado de <http://www.xtorey.es/?p=3043>

► Guccini, L. (1992).
La via della debolezza e del perdono.
Testimoni, (20), 22

► Instituto Nacional de Estadística. (2005).
Resumen metodológico sobre el cálculo de las proyecciones de población a partir del Censo de 2001. Recuperado de www.ine.es/metodologia/t20/t2030251.htm

Serres, M. (2012).
Petite Poucette, Paris: Le Pommier.



04/ La vida consagrada y su presencia en el mundo de la salud.

Hna. Mayra Guadalupe Sánchez Grajeda,
Hijas Mínimas de María Inmaculada

La Iglesia a través de los siglos, ha tomado con seriedad y respeto la esencia del hombre, y se ha preocupado por alentarlo y acompañarlo ante situaciones vulnerables de enfermedad, sufrimiento y muerte; ofreciéndole medios para fortalecer todas las dimensiones de su persona, a través de recorrer junto a él un camino de fe y esperanza especialmente ante la experiencia del dolor humano. Es entonces la manera cómo la vida consagrada prolonga la vida del hombre sufriente, no en un orden físico, sino conduciéndolo al encuentro con Dios de donde emana la fuerza, la misericordia y el alivio del alma, mostrando actitudes de acogida, escucha, cercanía preparándolo además para la recepción de los sacramentos; reconciliación, eucaristía, unción de los enfermos. Son muchos los hombres y mujeres que a lo largo de la historia han tomado con pasión este ministerio que lleva consigo la dimensiónmística y profética de la Iglesia.

Palabras clave:
Latinoamérica, Vida consagrada.

Through the centuries, the Church has taken man's essence seriously and respectfully, and has been concerned about encouraging and accompanying those vulnerable to illness, suffering and death; offering ways to strengthen all the aspects of the person, through walking with them on a journey of faith and hope, especially when facing the experience of human pain. It is then the way how consecrated life prolongs the life of the suffering Man - not a physical way - but leading them to meet God from whom strength, mercy and relief of soul emanate - showing attitudes of acceptance, listening, and proximity and also preparing them for the reception of the sacraments; Reconciliation, Eucharist, Anointing of the Sick. Many men and women throughout history have taken this ministry - which implies the mystical and prophetic dimension of the Church - passionately.

Key words:
Consecrated life, Latin America.

1/

Preocupación de la Iglesia por el mundo de la salud.

El mundo de la salud, en sus diferentes expresiones, ha ocupado un lugar privilegiado en el corazón de la Iglesia, pues atenta al llamado de Jesucristo “Proclamen que el Reino de Dios está cerca. Curen enfermos, resuciten muertos, purifiquen leprosos, expulsen demonios” (Mt 10, 8); se sabe comprometida en su acción evangelizadora y a través de los siglos ha permanecido sensible ante el sufrimiento humano, acompañando al enfermo que pasa por la difícil experiencia del dolor, la enfermedad y la muerte.

Es a través de la asistencia religiosa en los hospitales, donde por medio de cuidados espirituales y corporales se presenta un nuevo rostro de esperanza y consuelo para el hermano que adolece en medio de la crisis del sufrimiento.

¿Y por qué es el sufrimiento humano el objeto de la compasión de religiosos y religiosas que han sido consagrados a este ministerio?

Es razonable que la medicina busque por todos los medios la sanación del cuerpo y del dolor físico, pero la verdad es que dichos avances son

siempre limitados, pues, “el terreno del sufrimiento humano es mucho más amplio y pluridimensional (Juan Pablo II, 1984); no se reduce al dolor corporal; también existen las penas del alma: las diferentes formas de duelo, el fracaso, la incompreensión, la soledad y la desilusión”. Ahora bien, como puede observarse, el rostro del dolor es multifacético, lo que lo hace más inalcanzable para la terapéutica convencional que, en ocasiones, puede reducirse al alivio de un padecimiento o síntoma corporal.

2/

La vida consagrada y los enfermos.

Es aquí donde la Vida consagrada capacitada también en conocimientos científicos, y preparada en un orden profesional, extiende su atención en cuidados espirituales, que vienen a reflejarse en el contacto con el enfermo, a través de la oración junto a él, de la cercanía amorosa por medio de una mirada, en la escucha atenta, así como en la preparación para la recepción de los sacramentos especialmente la reconciliación, la eucaristía y la unción de los enfermos, que lo llevan a un proceso de auténtica conversión que, apoyada en la fe, hace vida la Bienaventuranza “Dichosos los que sufren, porque serán consolados” (Mt 5, 5).

De esta manera los religiosos y religiosas consagrados al servicio de los enfermos actúan como puente de la gracia divina, pues llevan hasta ellos un aliento de paz y esperanza en medio de su sufrimiento, no solo en la vida del enfermo sino también a su familia y personas cercanas que padecen junto a él.

Por esta razón, el universo que abarca un hospital, permite el ejercicio de la caridad de manera

amplia y constante, comúnmente se ha definido como la institución más tradicional al servicio de la salud de las personas; que desde una visión holística se compromete a la recuperación del bienestar integral del ser humano.

Desde los inicios de la Vida consagrada la atención a los enfermos aparece como un apostolado preferente, dando comienzo con los anacoretas y cenobitas, quienes los atendían ocasionalmente y compartían con ellos sus bienes. Posteriormente todos los monasterios, bajo la regla de San Benito, tenían dependencias dedicadas a los enfermos cercanos, e igualmente atendían a los que venían desde lejos (Sánchez, 2003, p. 279).

Luego, en el siglo XII, con el incremento de las peregrinaciones a lugares como Jerusalén, Roma y Santiago de Compostela se presenta una marcada aparición de epidemias entre la gente de campo que habitaba en las zonas marginadas de las ciudades. Las órdenes militares comienzan a fundar hospitales donde sobresalen los Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, los Templarios y los Caballeros de Santiago.

A partir del siglo XIII, las órdenes mendicantes establecen importantes obras en favor de los enfermos atendidas especialmente por los religiosos y religiosas. Sin embargo, en la época de la Edad Media decae la acción sanitaria, restableciéndose hacia el siglo XVI, donde florecen de nuevo las órdenes y congregaciones hospitalarias quienes fundan una multitud de establecimientos para el cuidado y atención de los enfermos.

En estos tiempos, surge de manera novedosa una nueva tendencia en el servicio a los enfermos mentales, destacando los hermanos de San Juan de Dios. Y es en el siglo XIX cuando se plantea fuertemente la cuestión social, donde las familias religiosas responden en el terreno de la sanidad especialmente para atender las necesidades de la sociedad civil (Sánchez, 2003, p. 280-281). Con más cercana proximidad a la era actual puede observarse que en el siglo XX la Vida Consagrada ha mantenido su firme com-

promiso con los enfermos a través de diferentes formas, y se empeña por estar a la altura de los adelantos de la ciencia y la tecnología, que en el combate de la enfermedad ha hecho avances extraordinarios.

Durante el siglo XX hay un considerable aporte por parte de las órdenes religiosas a la humanidad entera, ya que hacen fecundar en el mundo las actitudes compasivas de misericordia, caridad y humanismo a través de la erección de instituciones públicas y privadas que se caracterizan por la atención a los enfermos, considerando de manera especial a aquellos que son desahuciados por enfermedades terminales, o bien están afectados por la pobreza extrema.

Un claro ejemplo será la Beata Madre Teresa de Calcuta (Misionera de la Caridad), quien con su vida de servicio a los más pobres y necesitados busca la dignificación de la persona hasta el último instante de su vida terrena, atendiendo sus necesidades más básicas y otorgándoles su dignidad de hijos de Dios, sin importar su ideología, raza, credo o condición social (Sánchez, 2003, p. 282).

Los Institutos de Vida Consagrada dedicados al servicio de los enfermos han hecho de este apostolado una experiencia mística acogiendo generosamente la invitación de Jesús que dice: “Vete y haz tú lo mismo” (Lc 10, 37), reflejando el rostro de la compasión con los hermanos que más sufren y hacen de este encuentro el sentido de su consagración, sirviendo a los más débiles.

Es por esto que los grandes interrogantes en el mundo de la salud, replantean la misión de la consagración religiosa, que constantemente se siente confrontada e interpelada ante la cultura de la muerte fuertemente marcada en nuestra sociedad actual y que se manifiesta por la delincuencia, el crimen organizado, violencia intrafamiliar, aborto, suicidio, eutanasia, narcotráfico, pena de muerte, entre otros; su misión implica entonces responder a cambio con una actitud profética, anunciando el Evangelio de la Vida:

LH n.312

“Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia” (Jn 10, 10).

Muchos son los hombres y mujeres que a lo largo de la historia han dedicado y consagrado su vida mostrando su amor preferente por el enfermo víctima incluso de padecimientos contagiosos y terminales otorgándole a su servicio un carácter de índole místico.

La Iglesia, dentro de su misión salvífica, ha proyectado su opción preferencial por la vida, **tocando las realidades más hondas del ser como es el nacimiento y la muerte, la salud y la enfermedad, el niño y el anciano (Consejo Episcopal Latinoamericano, 2007).** De tal manera considera importante el encuentro personal con el enfermo, y retoma seriamente aquellas palabras de Jesucristo cuando dice: **“Estuve enfermo, y me visitasteis” (Mt 25, 36).**

Es conciente de la presencia de Dios en cada hombre que sufre, **“En verdad os digo que cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis” (Mt 25, 40),** así pues, mantiene su actitud fiel en la atención y cuidado del hombre enfermo y necesitado.

La identificación de la Iglesia con el ser sufriente constituye una de las dimensiones más trascendentales dentro de la Revelación divina, la ayuda y cercanía al débil, son actitudes que dentro del Reino de los Cielos confieren una medida segura y luminosa de amor por el Maestro.

Dentro del ejercicio de esta misión, se encontrará el claro ejemplo de Jesús quien muestra siempre su actitud cercana y compasiva frente al que sufre en cuerpo y alma, pues para Él lo primero es la vida de las personas, toca la piel de los leprosos, abraza a los más débiles y pequeños, libera a los poseídos de espíritus malignos, acoge a los pecadores, proclama de esta manera al Dios de la Vida.

Un motivo más importante para expresar el amor a los enfermos es ver en ellos a Cristo que sufre; en sus dolores, en sus heridas, en sus an-

gustias y soledad. De aquí se deriva la mística en el servicio al enfermo, la persona consagrada a esta misión, contempla en el cuerpo doliente a Cristo, y hace brillar su testimonio profético, haciendo de esta experiencia un momento de encuentro profundo con Él.

Una reflexión más para el campo de la vida consagrada en la Pastoral de la salud, es la parábola del Buen Samaritano, donde los gestos de caridad y acogida ante la necesidad del prójimo aparecen con especial relevancia.

En este pasaje se destaca la sensibilidad del corazón que se conmueve hacia el que sufre, y hace de sí mismo una donación de servicio, no solo en el ámbito material, sino que abarca la integridad de la persona herida.

“Pero un samaritano que iba de camino llegó junto a él, y al verle tuvo compasión. Acercándose, vendó sus heridas, echando en ellas aceite y vino; y le montó luego sobre su propia cabalgadura, lo llevo a una posada y cuido de él” (Lc 10, 34,35). En este sentido, la enfermedad y el sufrimiento son desafíos que la Iglesia considera para la extensión del Reino de los Cielos y le hacen reconocer su misión de Madre que vela por el bienestar de todos sus hijos, especialmente los más débiles y necesitados o aquellos que se aproximan a la muerte.

Asimismo, la participación de la vida consagrada en el mundo de la salud le compromete a dar respuesta a inquietudes de carácter moral, ético y bioético. La sociedad postmoderna y la globalización ha permitido la instalación de valores como la indiferencia, o el relativismo que dan una solución pronta y carente de la práctica misericordiosa al ser humano que adolece o agoniza; tal es el caso de la eutanasia, la distanasia o el aborto que se antepone a los valores del Reino; esperanza, salvación, vida.

Situaciones como la enfermedad terminal generan una serie de sentimientos inimaginables, rabia, angustia, rencor, rebeldía ante Dios, desesperanza; que ponen de manifiesto la impo-

La participación de la vida consagrada en el mundo de la salud le compromete a dar respuesta a inquietudes de carácter moral, ético y bioético

tencia y limitación del hombre ante la muerte, algunos de estos procesos implican tratamientos largos, dolorosos y costosos que ocasionan un gran deterioro en las dimensiones componentes de la persona, física, emocional y espiritual; por lo tanto, el enfermo reclama una atención integral que le permita asumir sanamente su padecimiento y sobre todo una reconciliación consigo mismo, con Dios o con su familia. La vida consagrada permanece entonces fiel, a veces consolando o en ocasiones guardando un silencio orante al pie de la cama y otras tantas compartiendo el llanto junto con el enfermo.

3/

Breve radiografía y su repercusión en la salud.

Ubicándonos dentro de nuestro contexto sociocultural, podemos contemplar una realidad similar a la que ha estado presente a través de los siglos; el porcentaje de enfermos que sufren soledad, abandono y marginación es cada vez más alto en las zonas urbanas y muchos de ellos no tienen acceso a los servicios de salud, ni siquiera en una atención de primer nivel, (prevención y detección de enfermedades), esto debido a los altos costos que implican o a las dificultades del transporte.

Otro de los factores importantes que desafían al mundo sanitario son los problemas relacionados con la salud pública, hablamos de embarazos en adolescentes donde las niñas pasan de su tierna infancia a la maternidad dando lugar a un deterioro del grupo social primario por excelencia como es **“la familia”**, otro de los fenómenos sociales es la drogadicción y el alcoholismo, las enfermedades de transmisión sexual principalmente el VIH, u otras enfermedades de índole psicoemocional como es la depresión, o el suicidio.

Como podemos observar, las crisis en materia de salud han generado, cada vez más, nuevos retos que nos conducen a desarrollar una formación más especializada que responda a las necesidades de un importante porcentaje de la población.

Las muertes trágicas ocasionadas por el narcotráfico o la violencia, las diferentes manifestaciones del cáncer aún en edades tempranas, los ancianos que son olvidados en sus domicilios o asilos e ingresan a nuestros hospitales con marcadas heridas de rechazo y abandono por parte de sus familias, las crisis de ansiedad que desembocan en depresiones y suicidios, los migrantes que sufren accidentes en ocasiones incapacitantes o los indigentes víctimas de la pobreza extrema, son situaciones que deben ponernos en marcha para seguir recibiendo con los brazos abiertos y un corazón compasivo, a quienes ingresan a los hospitales buscando la sanación de cuerpo y alma.

En los últimos tiempos, el campo hospitalario ha experimentado una gran evolución que ha modificado su función, estructura y organización, la participación de un equipo multidisciplinario en las diferentes áreas médicas, ha llevado a brindar una atención cada vez más profesional y especializada que permite llegar de manera asombrosa a problemas reales o potenciales de salud jamás imaginados.

La realidad, sin embargo, nos presenta un panorama en ocasiones desolador, las instituciones de salud pública que atienden un elevado porcentaje de la población carecen de los recursos necesarios tanto humanos, financieros, materiales que limitan un servicio de calidad para los derechohabientes, debido a la sobrepoblación que se maneja.

Por otro lado, el servicio de atención privada atiende un menor porcentaje de enfermos; sin embargo, los costos son elevados lo que ocasiona un alcance difícil por parte de las clases bajas de la población.

LH n.312

4/

Un reto a la vida consagrada: su presencia.

Así es como nuevamente los consagrados y consagradas acompañan el proceso de la vida dentro del área hospitalaria, alientan, animan, comparten, buscan por diferentes medios el bienestar del enfermo, ya que con admiración y profundo respeto contemplan al ser humano desde su concepción, crecimiento y muerte, celebrando junto a la familia la llegada de un nuevo ser, la recuperación del hombre frente a la enfermedad y, finalmente, el encuentro definitivo con Dios a través de la muerte. El ser parte de un equipo de trabajo, que busca incansablemente la sanación del hombre en situaciones límites de dolor y enfermedad, despertando en su interior la fe y la esperanza hacen posible la dimensión profética de la Iglesia, y favorece el encuentro con un Dios que se ha proclamado como la Resurrección y la Vida.

Toca pues a la vida consagrada ser testimonio viviente del amor de Dios en aquellos ambientes donde la desolación y la tristeza hacen su predominio. El acompañamiento a los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, intendentes, miembros de los diferentes departamentos del hospital), es también parte del encuentro pastoral que permite la solidez de un servicio humanista y cálido que contribuye a una recuperación más pronta y segura del enfermo así como en la celebración de la vida nueva del ser humano.

Otro de los rasgos sobresalientes de la asistencia religiosa en los hospitales es su atención universal a la población de enfermos, los cuales proceden de distintos círculos sociales y niveles socioeconómicos: niños, jóvenes, ancianos, creyentes y no creyentes, practicantes y alejados. La vida consagrada se encuentra con cada uno de ellos de modo cercano y directo, contemplando

no solo su situación externa, sino su necesidad de ser sanado, escuchado y acompañado. Por medio de este servicio la Iglesia católica se hace presente a los miembros de la comunidad cristiana y entra en contacto con los enfermos no creyentes para comunicar a todos ellos con su testimonio y palabras la Buena Nueva del amor de Dios manifestado en Jesucristo.

Finalmente, es así como el hospital se convierte en un campo fértil para la propagación del Evangelio, especialmente en la catequesis de la Pasión, muerte y Resurrección del Señor. El encuentro diario en una jornada de trabajo, permite la contemplación del rostro del sufrimiento, que no endurece el corazón de los consagrados y consagradas; por el contrario lo sensibiliza y lo acerca a su propia realidad, sabiéndose que, en ocasiones, el camino de la cruz, del dolor, de la incompreensión serán la antesala de la esperanza, la fe y la vida eterna. El enfermo que ha vivido su proceso de enfermedad a la luz de Dios, se convierte en verdadero maestro de fortaleza, paciencia y humildad que hace posible la extensión del Reino de los Cielos a través del amor de Dios.

Bibliografía

- ▶ **Juan Pablo II, 1984,**
“Salvifici Doloris”,
Roma, Italia, San Pablo.
- ▶ **Consejo Episcopal Latinoamericano, 2007,**
“Documento de Aparecida”,
Paulinas, Venezuela.
- ▶ **Sánchez Enrique, 2003,**
“Nacer de Nuevo”,
México, La Cruz.





05/ La vida consagrada y su atención a los religiosos ancianos-enfermos.

Miguel Ángel Millán Asín,
director del Programa de Atención a la Vida Consagrada.
Fundación Hospital Residencia San Camilo. Zaragoza.

Los institutos religiosos en España tienen un gran número de miembros en edades muy avanzadas y con necesidad de algún tipo de cuidados. Se les suele atender en un tipo de comunidades especialmente preparadas para atenderles de la mejor manera posible (que suelen llamar "enfermerías"). A la hora de organizar este tipo de comunidades las congregaciones se encuentran ante diversos dilemas y, de hecho, en la práctica se han tomado decisiones muy distintas no sólo entre congregaciones sino entre provincias canónicas de la misma congregación. El esfuerzo económico y humano que están dedicando a esta situación es ingente. Pero el debate de fondo más relevante gira en torno a dos modelos: **a)** el modelo de envejecimiento que se tiene como referencia y **b)** el modelo de atención que se aplica a la hora de gestionar este tipo de comunidades de mayores.

Palabras clave:

religiosos mayores", "enfermerías religiosas", "religiosos enfermos".

The religious institutions in Spain have a large number of elderly people who need attention and care. They are usually attended in a sort of communities specially prepared to look after them in the best possible way (frequently called "infirmaries"). However, the management of these communities generates several challenges to the religious institutions; in fact some very different measures have been taken into practice not only among congregations but even among canonical provinces of the same congregation. The human and economic effort that they are devoting to such situation is being bigger and bigger. But the real debate revolves around two models: **a)** the model of aging that is given as a reference and **b)** the model of healthcare that is implemented to run this sort of senior communities.

Key words:

religious elders", "religious infirmaries", "religious sick".

1/

El envejecimiento en la vida consagrada: datos.

No conocemos que haya estudios sociológicos publicados -al menos en España- sobre el envejecimiento en la vida religiosa y sobre los sistemas de apoyo que tienen los religiosos ante situaciones de enfermedad y dependencia.

El envejecimiento de los religiosos (usamos el término refiriéndonos tanto a varones como a mujeres) en España debiera preocupar a toda la sociedad. La mayoría de ellos trabajan en el campo educativo, sanitario o con colectivos socialmente vulnerables, especialmente con los más marginados, con un beneficio para la sociedad significativo.

Y esto sin restar importancia a la labor espiritual que desempeñan los religiosos de vida contemplativa. Pero, a pesar de todo su encomiable sacrificio personal, su envejecimiento pone en riesgo la continuidad de muchos de sus centros y servicios. Incluso la posible desaparición de algunas de las congregaciones por falta de revelo generacional.

En este contexto, adquiere una especial relevancia la situación de los religiosos que se encuentran enfermos o, más aún, en situación de depen-

dencia. La dependencia, aunque abarca todas las edades, incide especialmente en la población mayor de 65 años. Lo que, en el caso de los religiosos, considerando los datos anteriores, significa que repercute en la vida de las diferentes comunidades religiosas de modo significativo.

No hay datos estadísticos públicos sobre el porcentaje de religiosos que superan los 65 años ni sobre su estado de salud. Según nuestros contactos con gran número de Superiores/as Provinciales o Generales, en la mayoría de las congregaciones **los religiosos mayores de 65 años suponen entre el 70% y el 80 % del total** (al menos en España).

En algunas congregaciones sabemos que ese dato llega al 100%. Si tenemos en cuenta que, según los datos del 2014, en España hay aproximadamente 59.000 religiosos (contando los misioneros), estimamos que puede haber al menos 42.000 religiosos mayores de 65 años (aplicando el dato del 70% para ser prudentes).

Según el Libro Blanco de la Dependencia, el 32 % de los mayores de 65 años poseen algún tipo de discapacidad. Aplicado a la estimación anterior, esto supondría un total de **13.440 religiosos con algún tipo de discapacidad**. Si nos centramos específicamente en las situaciones de dependencia, el mismo Libro Blanco afirma que un 19,6 % de los mayores de 65 años son dependientes (no toda discapacidad implica dependencia).

En el caso de los religiosos, esto nos da una cifra de **8.232 religiosos en situación de dependencia para las actividades de la vida diaria**. Así pues, estaríamos hablando de que puede haber en España entre 8.232 y 13.440 religiosos necesitados de algún tipo de cuidados.

En general, conforme han ido aumentando los casos de demencias y trastornos de conducta, así como la gravedad de la necesidad de cuidados, ha aumentado la tendencia de las congregaciones a crear comunidades o centros específicos (enfermerías o casas de mayores) para atender

estas situaciones. No hay datos conocidos, pero estimamos que puede haber **400 comunidades** de este tipo en España, la mayoría de ellas con personal contratado, sea directamente o a través de proveedores externos.

Las reflexiones y planteamientos que realizo en esta publicación surgen de mi relación con múltiples congregaciones religiosas y de haber visitado aproximadamente 180 enfermerías o casas de religiosos mayores. Todo un privilegio que me ha permitido conocer con cierta amplitud la manera en que las congregaciones abordan el cuidado de sus mayores.

Desde esta experiencia he podido constatar que las comunidades religiosas enfocan el cuidado de sus mayores desde opciones muy diversas, pero que todas tienen en común la preocupación por cuidar bien a sus mayores y hacer todos los sacrificios que hagan falta por ellos. Como dicen algunos fundadores: **“aunque haya que vender los vasos sagrados del altar”**.

Y el coste de estos cuidados es muy alto. Según los datos del 2014 que nos han pasado diferentes congregaciones, el coste de atender a los religiosos mayores necesitados de cuidados oscila entre 1.000 y 2.000 euros al mes por persona.

La moda entre las diferentes congregaciones estaba en **1.200 € por persona y mes** (sin contar amortizaciones). La amplia diferencia de costes depende de variables como el número de personas contratadas, la calidad de los cuidados, el número de personas a atender, las dimensiones de los edificios, etc.

Si cogemos el dato de la moda y lo aplicamos a 10.000 religiosos, esto supone un gasto mensual básico de 12.000.000 € al mes. Aun siendo prudentes con los datos, es una cifra muy importante y que pone de manifiesto al gran esfuerzo económico y humano que están haciendo las comunidades religiosas para atender a sus mayores.

2/

El modelo de envejecimiento y sus consecuencias.

La situación que encontramos en muchas “enfermerías” o comunidades de religiosos mayores depende mucho del modelo de envejecimiento que se tenga. Algunos religiosos comparten un modelo social de envejecimiento que lo considera como algo triste y muy negativo. Es un modelo antiguo que se intenta superar, pero todavía muy extendido. Quien comparte esta visión, lo más probable es que lo manifieste en los siguientes comportamientos:

- A) Abandono personal, con conductas pasivas, pereza y hábitos poco saludables
- B) Desinterés mental, que conlleva apatía, aburrimiento y tristeza
- C) El aislamiento personal que fomenta soledad, incomunicación y desinterés por las relaciones grupales.
- D) Pesimismo, irritabilidad, instalación en la queja y la crítica excesiva.

En preguntas realizadas por mí a religiosos en diferentes cursos de formación ha habido un gran porcentaje de coincidencia en identificar tres problemas principales en las comunidades de religiosos mayores: el individualismo, el aislamiento y la pasividad. Puede ser un síntoma de varias cosas, pero también puede responder a tener interiorizado este modelo negativo del hecho de envejecer. Gestionar el cuidado a los religiosos mayores es difícil cuando nos encontramos con comunidades con un número importante de miembros compartiendo esta visión.

Pero también hay un modelo positivo del envejecimiento. Este modelo se fundamenta en que envejecer bien es posible y depende de uno mismo. Requiere seguir convencidos de que la actividad es un aspecto relevante en la vida. Esto es lo que queremos decir cuando hablamos de “envejecimiento activo”. Activo para conservar la vitalidad, activo para sentirse útil, activo para participar en la vida social. Activo como persona, activo como grupo de mayores dentro de la congregación (aun estando enfermos).

La Organización Mundial de la Salud define así el Envejecimiento Activo:

- Es el **proceso de optimización de las oportunidades en relación** con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la **calidad de vida** a medida que se envejece. Permite a las personas **desplegar el potencial de bienestar físico, social y mental** a lo largo de todo el ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidado adecuados cuando necesitan asistencia.

En definitiva, es un modelo que se centra en las fortalezas y oportunidades en la vejez y no tanto en las carencias y debilidades. Cuando uno mismo tiene esta percepción del envejecimiento, el hecho de tener problemas de salud y necesitar de cuidados asistenciales (salvo en situaciones extremas) no le impide trabajar sobre sus capacidades preservadas y optimizar todas las oportunidades que la vida le brinda.

Aunque esto requiere que el Superior de la comunidad de mayores (y la curia provincial) crea sinceramente en este modelo de envejecimiento y tome las decisiones operativas coherentes con este enfoque.

Este planteamiento que defendemos está precisamente expresado en el siguiente testimonio del **P. Cosme Robredo**, un misionero salesiano español que trabajó muchos años en Perú y que era una gran músico. A los 83 años de edad, pocos meses antes de morir, le hicieron una entre-

vista y, entre otras cosas, le preguntaron cómo se sentía al estar en silla de ruedas. Respondió:

“Cosas de la vejez. Sigo teniendo muchas músicas en el alma y muchas notas en el corazón, pero ya no soy capaz de dirigir una orquesta. Dios me ha dado la claridad de mente y espíritu despierto, pero el cuerpo ya no acompaña. No lamento lo que no puedo hacer, hago todo lo que puedo en esta situación. Puedo arrastrar los pies, no quiero arrastrar el espíritu, ni quiero que mi espíritu camine en silla de ruedas.”

3/

La percepción de las enfermería por los religiosos.

Al hablar de “enfermería” nos referimos a los espacios donde se atiende a los religiosos con necesidad de cuidados asistenciales, sea en una comunidad específica o formando parte de una comunidad más amplia. Es una manera de entendernos. También se usa a menudo la expresión “**casa de hermanas/os mayores**”, aunque es difícil encontrar hoy día en España una comunidad de religiosos que no sean mayores. En fin, se buscan expresiones alternativas a la de enfermería porque esta palabra tiene una connotación negativa para muchos y, de hecho, la mayoría de religiosos no quieren ser destinados a este tipo de comunidades. ¿Por qué este rechazo? ¿Qué sienten y piensan los religiosos ante la perspectiva de ser destinados a una enfermería o casa de mayores? Veamos algunos testimonios:

- *Me da miedo que me destinen a la comunidad de enfermería: allí nos llevan para morir, es el corredor de la muerte.*

- *Me han educado para servir y cuidar a otros, no para que me cuiden a mí. Llevo muy mal el depender de otros y me angustia estar en una comunidad de dependientes.*

- *Me cuesta aceptar mis limitaciones. Me siento inútil y una carga para la comunidad.*

- *Es mi fin, me siento abandonada y rechazada por la congregación si me envían a la enfermería.*

- *Siento frustración, rabia, ansiedad sólo de pensar en que me destinen a una enfermería.*

Pero no todos tienen esta percepción. Aquí expongo testimonios en otra línea totalmente distinta ante la misma pregunta:

- *Ahora ya podemos realmente priorizar el SER sobre el HACER y prepararnos con paz al encuentro con el Padre.*

- *Por primera vez en mi vida religiosa estoy en una comunidad donde dispongo de tiempo libre. ¡Qué gran riqueza y don disponer de tiempo!*

- *Me alegra y me da seguridad el poder ir a una comunidad donde todo está preparado para poder estar bien atendida ante problemas de salud.*

- *Lo importante es no perder la ilusión con los años y las enfermedades. La clave de un buen envejecimiento es mantener la ilusión, la mente abierta y la mirada positiva en una comunidad.*

- *Es la única comunidad de la provincia realmente preparada para acogernos a quienes tenemos algún problema de salud. Es un lujo que tenemos que valorar y saber aprovechar.*

¿Cómo puede haber percepciones tan distintas? Está claro que en buena medida esto depende de factores de personalidad de cada sujeto, pero

también se adivina detrás de estas expresiones que hablamos de modelos de enfermería muy distintos. Basta visitar estas comunidades y, nada más entrar, se percibe la diferencia.

Lo que sí es cierto es que estas casas de mayores necesitados de cuidados no siempre responden a lo que los propios religiosos mayores desean.

Cuando les pregunto a los religiosos cómo querían que fuesen este tipo de comunidades me encuentro con respuestas como las que expongo a continuación (recuerdo que con un sesgo de género, ya que han respondido más religiosas que religiosos):

3/1

¿Cómo sería tu comunidad de mayores deseada?

- Una comunidad que promueve la creatividad, expansión, estímulos, alegría... para crear un ambiente feliz.

- Vivir con personas positivas, vitales, que mantengan la ilusión por la vida, el carisma... Prohibido hablar de enfermedades. Potenciar la “positividad” (las “riquezas” frente a las carencias)

- Tener cubiertas las necesidades vitales y un buen nivel de cuidados asistenciales en caso de necesidad.

- Una comunidad en la que se conjugue la calidad de cuidados con la calidez en las relaciones.

- Que se tenga en cuenta mi historia personal, mi “biografía”, a la hora de cualquier “planificación” que me afecte. Sentirme valorada y querida.

- Tener TIEMPO disponible para mí mismo y para los demás. Tiempo sereno lleno de saberes vivenciales que pueden enriquecer a otros. Qué hermoso regalo es el tiempo.

- Asumir tareas y responsabilidades, aunque sean pequeñas, que me permitan sentirme útil.
- Tener como referente a Jesús y valorar el sentido de testimonio, “ofrenda” y mediación salvífica que tiene nuestro dolor, enfermedad, sufrimiento, postración...hasta la muerte.
- Crear espacios para el encuentro, el diálogo, la reflexión, la oración, el juego... que nos permitan expresarnos y escucharnos.
- Mantenernos conectados con la vida de la congregación y con lo que ocurre en la Iglesia y en la sociedad. Aprovechar internet y las nuevas tecnologías.
- Seguir participando en la vida comunitaria y que se nos tenga en cuenta en la toma de decisiones.
- Que venga gente de fuera a vernos y salir nosotros al exterior, relacionarnos con el entorno.
- Mirar de cara y sin miedo a la muerte y prepararnos espiritualmente, con serenidad y esperanza, para este proceso de morir. Así damos testimonio de nuestra fe hasta el final.
- Tener un tiempo estructurado y un proyecto comunitario.
- Es muy importante la figura del Superior. Ha de ser un animador de la vida personal y comunitaria y saber “acompañarnos” con cariño y cercanía en esta etapa vital tan transcendental.
- Una comunidad en la que nos tratarán siempre respetando nuestra dignidad en todos los sentidos, aunque estemos encamados o tengamos una demencia avanzada.
- El paso a este tipo de comunidad no ha de ser brusco, necesita hacerse un proceso previo.
- Que el edificio y las instalaciones estén adaptados a las características propia de esta comunidad: accesibilidad, luz, color, olores, espacios amplios, flores y plantas...

Y termino con un último testimonio de una religiosa que quiero resaltar porque expresa mi propio convencimiento de lo que deberían ser este tipo de comunidades y supone todo un reto para las congregaciones:

- *La comunidad de mayores dentro de la congregación ha de ser un espacio de vida y de testimonio de la belleza y alegría de una vida consagrada al seguimiento de Jesús. Con nuestra manera de vivir la enfermedad, la vejez y la cercanía de la muerte hemos de ser testimonio misionero y motores de ilusión que muestren al mundo –especialmente a los jóvenes- que vale la pena consagrarse a Dios. No sentirnos como una comunidad “aislada”, de “terminales”, sino como el corazón de nuestra congregación que bombea vida al resto de la congregación, a la Iglesia y a la sociedad.*

4/

Los dilemas institucionales en la toma decisiones.

Desde el punto de vista institucional, los diferentes institutos religiosos no lo tienen fácil a la hora de tomar decisiones sobre la mejor manera de atender a sus miembros necesitados de cuidados. En general, las comunidades se enfrentan a los siguientes dilemas:

- a) **¿Envejecer en las propias comunidades o en comunidades específicamente preparadas para esta situación de enfermedad o dependencia?** Para algunos, sacar a los mayores de “casa” y llevarlos a una “enfermería” es un acto de abandono y contrario a la caridad fraterna.
- b) **¿En pequeñas comunidades dispersas geográficamente o agrupando en comunidades**

más numerosas? Es un difícil equilibrio entre la parte afectiva/emocional (permanecer cerca de entornos conocidos) y la racional que nos indica que el agrupar en comunidades de mayor tamaño rentabiliza los costes y mejora la calidad del servicio.

c) **¿Centros sólo para los propios religiosos o abiertos a personas del exterior?** ¿Incluimos a los familiares y colaboradores laicos de la institución? ¿Compartimos espacio con otras congregaciones?

d) **¿Qué perfil ha de tener el Superior o superiora que se va a destinar a estas comunidades?** ¿Estará solo o con un equipo de apoyo? Cada vez es más difícil elegir la persona adecuada ante la falta de vocaciones y de personas disponibles y preparadas para esta función.

e) **¿Gestionamos el personal y el servicio directamente o recurrimos a proveedores externos?** ¿A qué tipo de empresas pedimos presupuesto? ¿Con qué criterios? Esto no exime a la congregación de la responsabilidad moral de preocuparse por las condiciones laborales en que están los trabajadores.

f) **¿Nos conformamos sólo con la calidad asistencial (que los religiosos estén aseados, coman bien y se tomen sus medicinas) o aspiramos a que sean comunidades ricas de estímulos, donde se pueda vivir en plenitud hasta el final de la vida desde una visión holística de la salud?** Es el problema de fondo de los modelos que ya hemos mencionado y que condiciona el resto de decisiones.

5/

Conclusión.

La vida consagrada está volcada en el cuidado de sus miembros ancianos, frágiles o en situación de dependencia. Siempre ha sido así, pero cada día son más los religiosos en esta situación y su porcentaje aumentará en los próximos años. Esto plantea grandes retos a los institutos religiosos: la visión que se tiene del envejecimiento, el modelo de atención a prestar, la sostenibilidad económica de las “enfermerías”, la falta de religiosos “jóvenes”, la necesidad de apoyarse en los laicos, el futuro de sus obras, etc. En todo caso, el futuro está siempre abierto a las sorpresas.



06/Experiencias

06/1

Experiencia con enfermos mentales en pastoral de la salud.

Hna. Guadalupe Martínez Bravo,

diplomada en Enfermería y Psiquiatría.
Hospital Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen. Garrapinillos (Zaragoza).

Palabras clave:

Enfermo mental, Pastoral, Jesús, Persona.

Key Words:

Mental sick, Pastoral, Jesus, Person

¿Qué es ser Hospitalaria? Nuestras Constituciones dicen que “este nombre es expresión de nuestro Carisma que nuestra razón de ser en la Iglesia es el ejercicio de la caridad vivida en estado de consagración y según el modelo de Cristo Jesús, reproduciendo sus sentimientos y continuando en la Iglesia su misión a favor de los enfermos mentales. Llamada, pues, a ser testigo de que el Cristo compasivo y misericordioso del Evangelio permanece vivo entre los hombres”.

Me van a permitir que les hable de **San Benito Menni**, nuestro Fundador, por la importancia que tuvo para la psiquiatría en España, por su grandeza como persona y, sobre todo, porque estamos celebrando el Centenario de su muerte.

Nace en Milán en 1841. La llamada de Dios la siguió pronto. Altruista ante el que sufre, se ofreció a ayudar al traslado de los soldados heridos que llegaban de la batalla de Magenta, cerca de Milán. Admirado de la entrega que entonces descubrió en los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, a los 19 años pidió el ingreso en la Orden Hospitalaria.

España, cuna de la Hospitalidad, vivía momentos convulsos y prácticamente estaba extinguida la Orden, necesitaba un impulso renovador y Benito Menni será la persona providencial para su realización. Destinado a España en 1867, llevó a cabo sus dos grandes obras: la restauración de la Orden de San Juan de Dios y la fundación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

Fundación a la que se resistió bastante pero, al no encontrar una Congregación que atendiera a las enfermas mentales, tuvo que admitir que era él el llamado a poner los cimientos del nuevo edificio, de la nueva obra.

Su espíritu grande, su capacidad creativa, su disposición sin fronteras, le ayudaron a superar muchas dificultades y tomar grandes iniciativas de especial consideración en favor de los enfermos y su asistencia integral.

Era él un hombre de fuerte voluntad, espíritu decidido, fe profunda y de una fuerza apostólica desbordante, amigo de Dios y emprendedor poseía la fuerza de la caridad hospitalaria y una concepción integral del hombre que tenía algo de profética en el ambiente de su época, estuvo siempre en función del hombre enfermo mental.

Su labor dentro de la Psiquiatría española fue muy importante, comprendió que los hospitales Psiquiátricos debían ser centros especializados, puesto que sería más fácil ofrecer una asistencia de calidad en una rama médica concreta, sin olvidar que la Psiquiatría debía estar incorporada al conjunto de las Ciencias Médicas.

Menni apostó decididamente por la aplicación de los principios terapéuticos más avanzados para su tiempo, entre los que destacan el empleo de la Terapia Ocupacional.

Optó por “la conversión del asilo de locos en hospital de enfermos”, “la sustitución de los llamados medios físicos de contención por los tratamientos morales”. Él nos decía que “la ciencia y la caridad deben ir unidas” y estos han sido nuestros objetivos o consignas, ya que desde los orígenes la Orden Hospitalaria que él restauró y la Congregación de Hermanas Hospitalarias que fundó han tenido una especial atención hacia el enfermo mental, dedicando toda clase de recursos: humanos, económicos, organizativos, estructurales, espirituales.

Fue testigo de la Hospitalidad, con tacto, olfato, con mirada.

Hablando de los enfermos mentales, decirles que mi trayectoria hospitalaria por ellos y para ellos ha sido larga, en todos los sitios son iguales, necesitan cuidados ya que la persona tiene muchas dimensiones a satisfacer, pero sobre todo son personas necesitadas de humanidad, esa es nuestra labor preferentemente, desarrollar ternura, compasión, acogida, disponibilidad, entrega, generosidad, ellos son el centro de nuestra misión y cuidados. Cada tiempo y lugar

tiene su peculiaridad, todo cambia, evoluciona, las necesidades humanas básicas de las personas, la sociedad, los contextos económico, cultural, social, ambiental, religioso...van generando otras formas de enfermar a las ya existentes.

Hoy podemos hablar de enfermedades mentales en los niños que desde pequeños maduran una enfermedad mental psíquica por falta de afecto; de adolescentes víctimas de las adicciones, familias desequilibradas afectiva y socialmente, de violencias, de carencia de hondura, de profundidad, superficialidad, lo que está creando personas amorfas, insensibles, sin valores. Éstas son las enfermedades que piden atención humana, sanitaria, psicológica, social, pastoral. Importa mucho tener en cuenta estas transformaciones de las necesidades humanas, porque estas son nuestras nuevas miradas, con corazón, por supuesto.

Con nuestra vida Dios sigue preocupándose de cada hombre necesitado, vivimos para intentar ser “Hospitalidad” en nuestro mundo. “Sed para ellas como verdaderas madres”, nos decía **M^a Josefa Recio**, nuestra Fundadora. Nos toca seguir humanizando, dignificando al enfermo. Tener la fuerza, el intento de sacar lo mejor de cada uno. Estar convencidos que es posible.

Hoy deseamos, necesitamos, muchas cosas, porque vemos, tenemos, nos ofrecen y hay que saber encauzar todo eso, tener talante para aceptar, ser conscientes de nuestras limitaciones y logros. Aprender a equilibrar la frustración y el éxito cómo forma de vivir en armonía.

La Pastoral de la salud está integrada en el derecho que tiene la persona a una asistencia integral. Sabemos que el hombre es cuerpo y espíritu. La OMS ya incorpora a su definición de Salud no solo aspectos físicos y orgánicos, sino también la dimensión psíquica/mental/emocional, la social/las relaciones interpersonales/ambientales y la espiritual/religiosa de la persona, ya que todo está conectado y la alteración de cualquiera de estas partes, inhibe y frustra nuestro equilibrio, estabilidad, perfeccionamiento, nuestro orden.

Por eso definimos la salud como el estado de bienestar bio-psico-social y espiritual del organismo.

Cuando hablo de mi experiencia en Pastoral de la Salud me gusta apoyarme en el texto de Lucas 24,32 porque ahí podemos deducir los elementos para hacer Pastoral. ¿No ardía nuestro corazón? Iban caminando, conversando.

Dos personas decepcionadas, alejándose del lugar, llenas de sufrimiento, frustración, lo bueno es que van juntos, hablando de su dolor, dificultades, desilusión, fracaso, vaya chasco que nos hemos pegado, nosotros esperábamos... otra cosa, ¿verdad? Pero lo que les espera al final va a ser fantástico, más impresionante, ¡menuda sorpresa se van a llevar!

La evangelización acontece en la medida en que se **comparte camino** y se **percibe la presencia de Jesús**; cuando dialogamos y somos **capaces de transmitir a Dios**. El sufrimiento les ha producido decepción; Jesús era todo para ellos. No pueden aceptar lo que les está pasando.

El momento de la enfermedad, la dificultad es duro: familia, amigos, trabajo... Todo un vuelco, todo un cambio. Es preciso profundizar en el diálogo, la escucha, el conocimiento, cuidar la comunión, robustecer la fe, la cercanía, la comunicación, la participación responsable, dejarnos acompañar por Jesús, creyendo firmemente que también en nuestras debilidades, dificultades, encrucijadas se hace más presente. El enfermo nos evangeliza nos hace mirar la vida desde otros niveles, posibilidades.

La interpretación de la Escritura por parte de Jesús es lo que enciende el corazón de los discípulos, tenemos que orar, escuchar, encontrar en la Palabra el gran tesoro y la luz para descubrir y seguir a Jesús. No damos lo que no tenemos.

Los discípulos destinatarios del diálogo con Jesús toman ahora la iniciativa e invitan al desconocido a compartir pan, techo: **“quédate con nosotros”**; todos conocemos el texto... partió

el pan, y bueno, ¡fue la certeza! ¡el colofón! ¡el impulso! ¡la seguridad!

La evangelización no se completa hasta que el evangelizado se vuelve **apóstol, enviado: “levantándose al momento, se volvieron a Jerusalén”**. La **experiencia del encuentro con Jesús** no es para ser guardada, hay que transmitirla; tras el encuentro con Jesús los discípulos se convierten en agentes de pastoral, que comunican y anuncian que Jesús vive y comunica vida. Y esa es nuestra labor como Agentes de Pastoral.

Nuestros modelos de identificación podían ser: Jesús de Nazaret **“pasó curando” (Lucas 10, 29-37)**. Juan de Dios **“Tened siempre caridad porque donde hay caridad hay Dios, aunque Dios en todo lugar está”**.

San Benito Menni **“Tratadlos como a niños, respetadlos como a hombres”**. Nuestro servicio de Pastoral trata de **acompañar a los enfermos** a ir redescubriendo esta dimensión espiritual y religiosa que habita en lo profundo de la persona.

Realizamos **talleres de biblia y oración**. Con ésta actividad, que parte de la lectura de un pasaje bíblico, el evangelio del día, se pretende analizar, reflexionar, estimular, compartir, poner en práctica las actitudes de Jesús para que las vayan haciendo suyas.

De aquí surgen momentos de oración, de comprensión y respeto mutuo, de posibilitar el encuentro con uno mismo y su realidad, promover vivencias religiosas sanas, aceptando a Dios como Padre bueno que está con nosotros.

Catequesis: Para esta actividad tenemos grupos ya establecidos según niveles de conocimiento y capacidad; se fomenta el autoconocimiento, las relaciones interpersonales, la proyección social y la vivencia de la fe.

Celebraciones litúrgicas y preparación para las fiestas. Consiste en estimular, potenciar la participación haciéndoles protagonistas en los

actos litúrgicos, de experimentar los sacramentos como encuentros que sanan.

Se **administran los Sacramentos**. Todo ello acomodado, integrado a las posibilidades de cada persona. Sobre todo hacemos **acompañamiento personal y diálogo**.

Con el personal asistencial. Tenemos un equipo que es el que más directamente trabaja estas acciones. Este año la formación específica del grupo se está centrando en el estudio del libro **“Pastoral en el mundo del sufrimiento psíquico”**.

La formación en pastoral está abierta a todo el personal, ya que el objetivo es atender las necesidades espirituales y religiosas de las personas asistidas, recreando los gestos y actitudes de Jesús de Nazaret con las personas enfermas y vulnerables, contribuyendo a la misión evangelizadora del Centro. Todos estamos llamados y enviados, desde nuestra propia vocación, a vivir la Hospitalidad impulsando el sentido de pertenencia, promoviendo los valores hospitalarios y asegurando llevar a cabo la misión con calidad profesional, creatividad y humanización.

En el Centro. La pastoral está inserta en el Plan de Gestión y en los Programas Individualizados de Rehabilitación y Reinserción (PIRR).

Estamos llamados a estar alerta, a dejarnos sorprender, a aprender, a dar fruto, a ayudar. Que María nos dé ese corazón de madre que tanto necesitan nuestros enfermos.

06/2

Sanadores de cuerpos y almas.

Julián del Olmo,
Periodista TVE.

Palabras clave:
Enfermo mental, Pastoral, Jesús, Persona.

Key Words:
Mental sick, Pastoral, Jesus, Person

1/

Vidas entregadas.

Estuve con los Hermanos de San Juan de Dios, en el St. Joseph's Catholic Hospital de Monrovia (Liberia), unos meses antes de que el Ébola causara estragos en la comunidad. Conviví con los hermanos **Miguel Pajares**, **Patrick** y **George**, los tres dedicados en cuerpo y alma a los enfermos y los tres muertos en acto de servicio.

El temible virus los pilló desprevenidos y sin medios para hacerle frente y se los llevó por delante. Al hermano Miguel hay que agradecerle que “**trajera**” el virus a Europa para que tomáramos conciencia de la gravedad y globalidad del problema porque a los virus no se les puede poner fronteras. En el Hospital de St. Josep's había también una comunidad de cuatro religiosas Misioneras de la Inmaculada Concepción compartiendo trabajos y responsabilidades con los hermanos. El virus se cebó con dos de ellas: la hermana Chantal murió y la hermana Paciencia después de estar desahuciada logró sobrevivir.

“Yo estaba en un catre, en el “mortuorio” de Elwa, con la fiebre muy alta cuando me enteré que el hermano Miguel, que habían repatriado a España, había muerto (12 de agosto de 2015). Su muerte me dio aún más valor para no hundirme en la enfermedad, como si desde el cielo él estuviera dándome la fuerza que yo necesitaba para renacer de nuevo”.

Una vez limpia de Ébola, la hermana Paciencia vino a España para donar su sangre al hermano de San Juan de Dios, Manuel García Viejo, que había sido evacuado desde Sierra Leona donde

ejercía de médico-cirujano, pero cuando llegó el hermano había muerto. Su venida no fue inútil porque su sangre fue trasfundida a Teresa Romero, la enfermera que se había contagiado mientras atendía al hermano Miguel Pajares en el Hospital Carlos III de Madrid, que finalmente salvó la vida. “**Cúrenme pronto porque mis hermanos africanos se están muriendo y me necesitan**”, dijo el hermano Manuel García Nieto a los médicos que fueron a Sierra Leona para traerlo, en un avión medicalizado, a España.

2/

El milagro de la Hermana Isabel.

Conocí a la hermana **Isabel Sola**, religiosa de Jesús y María, a raíz del terremoto de Haití que arrojó un saldo de 300.000 muertos y millón y medio de damnificados. Ella vivía en Puerto Príncipe y salió ilesa de puro milagro porque su casa también se derrumbó.

“Al oír el estruendo lo primero que pensé fue en los niños de una escuela cercana y al salir a la calle vi que todo estaba destruido. En ese momento me pareció que había llegado el fin del mundo. Me metí entre los escombros y oía los gritos desgarradores de los niños heridos. Pude sacar a varios, algunos con vida, otros heridos y mutilados y otros muertos. Desconsolada me dirigí a Dios y le dije: “¿Por qué has permitido esto?”. No teníamos herramientas para hurgar entre los escombros, ni medios para curar a los heridos, ni siquiera espacio para enterrar a los muertos”.

La hermana Isabel me confesó que el terremoto puso a prueba su fe y su compromiso con los pobres y ambos salieron fortalecidos. Como muchos niños se dejaron piernas y brazos entre los escombros, la hermana Isabel tuvo la feliz idea de montar, en Puerto Príncipe, un taller de prótesis y para que cuesten menos las importa de segunda mano de España. La hermana Isabel ha conseguido que centenares niños y niñas haitianos hayan rehecho sus vidas y su cuerpos rotos.

3/

El coraje de la Hermana Rosa.

Conocí a la hermana **Rosa Cadavid**, Misionera de la Madre Laura, en los momentos más violentos de Colombia, cuando la “**guerrilla**” masacraba a las poblaciones campesinas. Los “**guerrilleros**” mataban a sangre fría a la gente y tiraban los cadáveres en los caminos. Los familiares no podían enterrar a sus muertos porque correrían su misma suerte que ellos. La hermana Rosa, jugándose el tipo, salía por la noche a recoger los cadáveres y les daba sepultura.

“Si me matan será cumpliendo con mi deber de religiosa, también mataron a Jesús por hacer el bien”.

La misionera ha limpiado muchas heridas de bala y enjugado muchas lágrimas.

“Yo sufro pero la gente sufre mucho más que yo porque ha perdido familiares,

06/2

Sanadores de cuerpos y almas.

Julián del Olmo,
Periodista TVE.

Palabras clave:
Enfermo mental, Pastoral, Jesús, Persona.

Key Words:
Mental sick, Pastoral, Jesus, Person

1/

Vidas entregadas.

Estuve con los Hermanos de San Juan de Dios, en el St. Joseph's Catholic Hospital de Monrovia (Liberia), unos meses antes de que el Ébola causara estragos en la comunidad. Conviví con los hermanos **Miguel Pajares**, **Patrick** y **George**, los tres dedicados en cuerpo y alma a los enfermos y los tres muertos en acto de servicio.

El temible virus los pilló desprevenidos y sin medios para hacerle frente y se los llevó por delante. Al hermano Miguel hay que agradecerle que “**trajera**” el virus a Europa para que tomáramos conciencia de la gravedad y globalidad del problema porque a los virus no se les puede poner fronteras. En el Hospital de St. Josep's había también una comunidad de cuatro religiosas Misioneras de la Inmaculada Concepción compartiendo trabajos y responsabilidades con los hermanos. El virus se cebó con dos de ellas: la hermana Chantal murió y la hermana Paciencia después de estar desahuciada logró sobrevivir.

“Yo estaba en un catre, en el “mortuorio” de Elwa, con la fiebre muy alta cuando me enteré que el hermano Miguel, que habían repatriado a España, había muerto (12 de agosto de 2015). Su muerte me dio aún más valor para no hundirme en la enfermedad, como si desde el cielo él estuviera dándome la fuerza que yo necesitaba para renacer de nuevo”.

Una vez limpia de Ébola, la hermana Paciencia vino a España para donar su sangre al hermano de San Juan de Dios, Manuel García Viejo, que había sido evacuado desde Sierra Leona donde

ejercía de médico-cirujano, pero cuando llegó el hermano había muerto. Su venida no fue inútil porque su sangre fue trasfundida a Teresa Romero, la enfermera que se había contagiado mientras atendía al hermano Miguel Pajares en el Hospital Carlos III de Madrid, que finalmente salvó la vida. “**Cúrenme pronto porque mis hermanos africanos se están muriendo y me necesitan**”, dijo el hermano Manuel García Nieto a los médicos que fueron a Sierra Leona para traerlo, en un avión medicalizado, a España.

2/

El milagro de la Hermana Isabel.

Conocí a la hermana **Isabel Sola**, religiosa de Jesús y María, a raíz del terremoto de Haití que arrojó un saldo de 300.000 muertos y millón y medio de damnificados. Ella vivía en Puerto Príncipe y salió ilesa de puro milagro porque su casa también se derrumbó.

“Al oír el estruendo lo primero que pensé fue en los niños de una escuela cercana y al salir a la calle vi que todo estaba destruido. En ese momento me pareció que había llegado el fin del mundo. Me metí entre los escombros y oía los gritos desgarradores de los niños heridos. Pude sacar a varios, algunos con vida, otros heridos y mutilados y otros muertos. Desconsolada me dirigí a Dios y le dije: “¿Por qué has permitido esto?”. No teníamos herramientas para hurgar entre los escombros, ni medios para curar a los heridos, ni siquiera espacio para enterrar a los muertos”.

La hermana Isabel me confesó que el terremoto puso a prueba su fe y su compromiso con los pobres y ambos salieron fortalecidos. Como muchos niños se dejaron piernas y brazos entre los escombros, la hermana Isabel tuvo la feliz idea de montar, en Puerto Príncipe, un taller de prótesis y para que cuesten menos las importa de segunda mano de España. La hermana Isabel ha conseguido que centenares niños y niñas haitianos hayan rehecho sus vidas y su cuerpos rotos.

3/

El coraje de la Hermana Rosa.

Conocí a la hermana **Rosa Cadavid**, Misionera de la Madre Laura, en los momentos más violentos de Colombia, cuando la “**guerrilla**” masacraba a las poblaciones campesinas. Los “**guerrilleros**” mataban a sangre fría a la gente y tiraban los cadáveres en los caminos. Los familiares no podían enterrar a sus muertos porque correrían su misma suerte que ellos. La hermana Rosa, jugándose el tipo, salía por la noche a recoger los cadáveres y les daba sepultura.

“Si me matan será cumpliendo con mi deber de religiosa, también mataron a Jesús por hacer el bien”.

La misionera ha limpiado muchas heridas de bala y enjugado muchas lágrimas.

“Yo sufro pero la gente sufre mucho más que yo porque ha perdido familiares,

LH n.312

casas y cosechas; comparto su sufrimiento y estando a su lado sienten que Dios también está con ellos”.

4/

La “Pietà” de Malawi.

Han pasado unos años y todavía tengo grabada en mi mente y en mi corazón la escena de aquella madre que conocí en un poblado de Malawi acompañando a la **hermana Brígida**, Carmelita Misionera, que iba por los poblados atendiendo a los enfermos de sida que no cabían en el hospital de “Mtengo Wantenga”.

La mujer estaba sentada en el suelo recostada sobre la pared de su choza. Su cuerpo era un puñado de huesos consumidos por el hambre y el sida. En sus brazos sostenía a su hijo famélico que chupaba del pecho acartonado de su madre buscando, inútilmente, unas gotas de leche.

La hermana Brígida me susurró al oído. “Esta “Pietà” es más impresionante que la de Miguel Ángel que está en el Vaticano”. La hermana acarició a la madre y al hijo, los bendijo y les dejó una bolsa con comida y medicamentos.

“El único hospital que hay en muchos kilómetros a la redonda es el nuestro y las 140 camas siempre están siempre ocupadas la mayoría por enfermos de VIH/SIDA. Somos una pequeña comunidad de hermanas que estamos ayudando a los últimos, a los más pobres, a los que no tienen nada”.

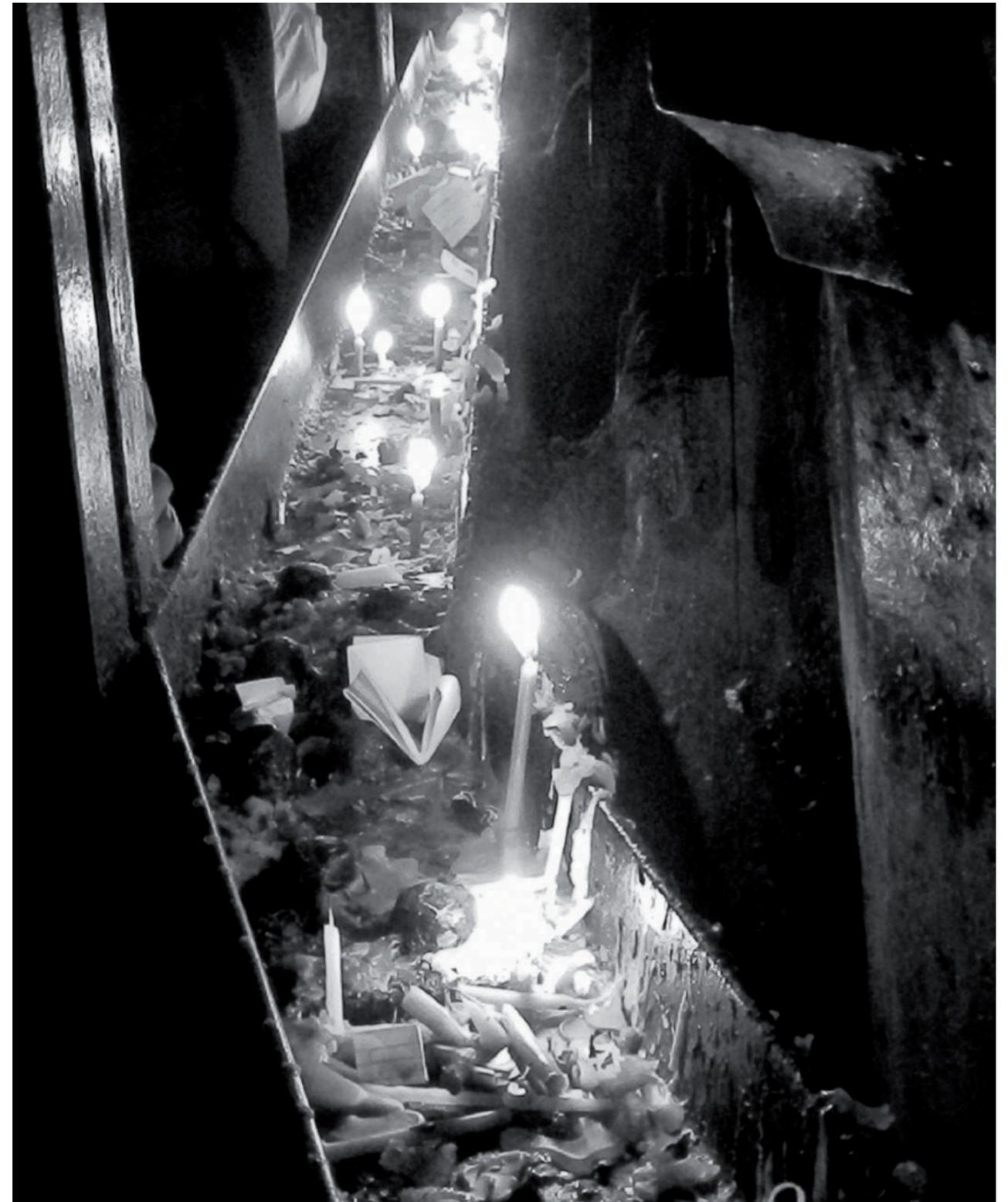
5/

El invento del Hermano Germán.

El **hermano Germán Moreno** no tiene edad porque la alegría y la ilusión que le desborda su cuerpo y su alma no le dejan cumplir años. Sus dos grandes amores son: San Juan de Dios y las personas con enfermedad mental. Ahí está en el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid) inventando cada día un mundo nuevo en el que enfermos mentales puedan sentirse cómodos. Y lo está consiguiendo, que yo lo he visto.

El hermano acompaña a los enfermos por los oscuros pasillos de la soledad para que no tengan miedo y despierta cariñosamente sus sueños imposibles para que la vida no les haga demasiado daño. Y por encima de todo el hermano es feliz.

“Soy feliz haciendo lo que hago con gusto que no es más que hacer en cada momento lo que Dios quiere que haga”.



06/3

La vida consagrada en el mundo sociosanitario.

Padre Julián de Armas,
Presidente de la Federación Lares.

Palabras clave:
Atención, Personas mayores, Cuidar, Religiosos

Key Words:
Attendance, Antient, Care, Religious

“Hay que saber escuchar y saber dar respuesta a los interrogantes que nuestros mayores se hacen en esta etapa de su vida. En la escucha y el tiempo que dedicamos a cada mayor están esas respuestas. Porque escuchar no es oír, es prestar atención”.

Esta fue una de las primeras reflexiones que compartí con nuestros centros pocos días después de ser elegido presidente de Lares Federación. Mi intención no era otra que reseñar el camino que debe guiar cada una de las actuaciones de religiosos y laicos en la atención que prestan a los mayores que viven con nosotros.

Porque esta es la idea inspiradora que ha ido fraguando el modelo de atención en los centros de Lares, que no es otro que dar primacía a la acogida espiritual, psicológica y humana de cada persona. El objetivo es que cada mayor se sienta plenamente realizado en el momento que le ha tocado vivir, en su contexto personal y comunitario. Pero este modelo no es nuevo. No hace más que recoger la tradición centenaria, milenaria en ocasiones, que las congregaciones religiosas han imprimido a la atención que han brindado a los más vulnerables y, a los mayores que nos ocupan, en especial.

Y es que el nombre de Lares es, en sí mismo, una declaración de principios. Lares mantiene en español su significado original del latín y el vocablo nos habla de “*casa propia u hogar*”. Y esa es la sagrada aspiración que comparten las 970 instituciones que, amparadas bajo la denominación de Lares estamos presentes en toda España: la de convertirse en auténticos hogares para las personas mayores más vulnerables. Y la vulnerabilidad, en combinación natural con la edad, tiene muchas caras: la física, la psíquica, la emocional, la social y, por supuesto, la espiritual. Y atender cada una de estas cinco facetas del ser humano, en una concepción holística del mismo, donde cada persona es única,

singular e irreplicable y como tal debe ser cuidada, tratada y considerada, es la ingente tarea que desde hace siglos llevan a cabo los miembros de congregaciones religiosas, cuya bandera no ha sido otra que cuidar y atender a los enfermos, los débiles y los vulnerables volcando en ellos inspiración, dedicación y medios. El concepto de sociosanitario -ahora en la vanguardia- emana del entorno religioso, de la vocación de servicio de las congregaciones que desde tiempos pretéritos se han dedicado a la atención de los más débiles. Una atención que acometía primero las necesidades básicas, desde el punto de vista puramente asistencial, pero que en constante progresión iba dando cobertura todas las facetas de cada persona, de cada ser humano en su singularidad.

1/

La sociedad y la familia han cambiado.

La sociedad ha cambiado y las residencias de mayores han pasado de ser una solución “*in extremis*” para casos de vulnerabilidad, enfermedad y abandono, a ser un recurso social y asistencial que da respuesta a las nuevas necesidades de las familias.

Y es que el papel de los mayores en el entramado de esta sociedad nuestra de principios de siglo ha cambiado radicalmente. El lugar privilegiado que el anciano ocupaba a diferentes niveles se ha difuminado. Son al menos cuatro las claves que han intervenido en este fenómeno:

- El avance de las técnicas de producción: el mayor ya no es el “*maestro*”.
- El aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad que han invertido

la pirámide de población en las sociedades desarrolladas.

- La conciencia mercantilista global imperante, donde sólo tiene valor lo que produce y tiene un uso inmediato.
- La evolución de las familias del modelo patriarcal al modelo nuclear.

Y con la sociedad, ha cambiado la estructura misma de las familias pasando de los grupos patriarcales a la familia nuclear, que vive en pequeños pisos en zonas urbanas en el que la mujer -que tradicionalmente desarrollaba el papel sagrado de los cuidados- se ha incorporado al mundo del trabajo. La longevidad de sus mayores lleva aparejada limitaciones, deterioros y patologías que hace más difícil su cuidado en el hogar. Así las cosas, las residencias, los centros de día y los servicios de apoyo en los domicilios, se consolidan como recursos imprescindibles, cuando secularmente han sido recursos extraordinarios. Y es aquí donde la experiencia de Lares, que reúne en sus filas residencias centenarias en las que participan congregaciones con diferentes carismas puede, a partir de su experiencia, aportar a las páginas de Labor Hospitalaria algunas de las claves de cómo tiene que ser una residencia y cómo esos rasgos se han ido plasmando en un modelo de atención propio, donde la persona está en el centro.

2/

La experiencia de Lares: Qué debe contemplar un centro para mayores

Todos y cada uno de los centros Lares tienen en común como rasgo inherente su gestión solidaria

LH n.312

- sin ánimo de lucro - para atender hasta los límites de lo posible -y en muchas ocasiones de lo imposible-, a los mayores más necesitados y donde todo beneficio se reinvierte en beneficio de los mayores que allí viven.

Siendo esta la base sobre la que se sustenta la atención y la gestión, cada centro debe tener en cuenta y adoptar los siguientes criterios en su devenir:

- Deben acoger a personas con graves carencias sociales, familiares y económicas, respetando así la sagrada función que las congregaciones llevaron a cabo en asilos, conventos y casas de acogida.

- Practicar la atención con una “ética de máximos” donde las decisiones y actuaciones de todas las personas implicadas en la atención estén basadas en el respeto a la autonomía, la no maleficencia, la búsqueda del beneficio y de la justicia del mayor.

- Los centros deben estar insertados en su entorno, interactuar con la comunidad en la que viven, siempre activos contra el ostracismo. Porque comunidad y residencia deben mantener vivo un contacto que les permita enriquecerse y nutrirse mutuamente, donde el voluntariado debería estar siempre presente como agente integrador.

- Un lugar donde se respete la psicología del anciano, evitando infantilizarlo o someterlo a esfuerzos excesivos.

- Donde la organización institucional no impida la creatividad de mayores ni tampoco de sus cuidadores. Un lugar permeable a tendencias y nuevas técnicas de atención para mantener siempre su rasgo humanizador.

- Con respeto absoluto por las ideas religiosas y su práctica. Pero también por las ideas políticas y filosóficas.

- Un lugar donde se enfoque el hecho de la muerte con respeto a la verdad, sin tácticas

hipócritas y donde el acompañamiento en ese tránsito sea un hecho diferenciador reconocido.

- Una residencia debe trabajar desde su planteamiento institucional - pero también desde su programación diaria - en el fomento de la autonomía personal, desde la perspectiva de mantener a los mayores activos y útiles de forma que ejerciten al máximo sus capacidades individuales, sus vínculos familiares y sus capacidades sociales.

3/

El modelo de atención Lares.

Y si estos son, en la experimentada opinión de Lares, los componentes con los que se debe “construir” un centro sociosanitario, el paso siguiente es concretar un modelo de atención que “contamine” a todas las áreas de la actividad: desde gestión a la atención médica, la programación, la presencia de voluntarios y familiares o la participación en el entorno, donde el “El valor de cada persona” sea el motor.

Así, desde los centros Lares de toda España impulsamos un modelo de atención desde los retos del humanismo cristiano, donde lo que importa es “El valor de cada persona” donde la atención integral de las personas se basa en poner en valor su dimensión psicológica, espiritual, trascendental y humana. Estamos trabajando para definir este modelo de atención que concilie nuestra identidad y el carisma de cada una de las congregaciones presentes en Lares con las tendencias más avanzadas en la atención a los mayores, principalmente dependientes.

Así hay un claro consenso en cuáles son los tres ejes que identifican el modelo de atención en los centros Lares y que constituyen nuestro valor diferencial y que son:

- La persona - su singularidad e integralidad - como centro de la atención y los cuidados

- Las personas cuidadoras. El “factor humano”, imprescindible y diferenciado como agentes del valor añadido en los cuidados.

- El entorno. Donde los centros Lares son promotores de sana y pacífica convivencia.

Este trabajo de búsqueda institucional es un proceso tan vigente y actual que nos llevó a dedicarle nuestro último Congreso Lares que se celebró en Salamanca en mayo del 2014 y en el que bajo el lema “El Valor de cada persona. La inspiración de un modelo” más de 500 profesionales-religiosos y laicos- reflexionaron, opinaron e intercambiaron ideas sobre qué hacer y cómo llevarlo a la práctica diaria. El objetivo último de esta gran reunión era rescatar el valor de las personas vulnerables, la riqueza que aportan a la sociedad que es capaz de atenderlos, respetando su valor como individuos.

4/

El Modelo en la práctica.

Y ha llegado el momento de que el modelo de atención de Lares abandone el entorno teórico en el que se ha concretado y descienda hacia el terreno de la práctica, donde deberá superar la prueba suprema del día a día. Es este el momento en que debemos exigir al Modelo respuestas ineludibles a las siguientes necesidades de los mayores:

- Necesidades fisiológicas: Comer, dormir, mantener unos niveles de higiene adecuados influirán positivamente en el bienestar del mayor.

- Necesidad de seguridad: la estabilidad, el orden cotidiano, tener la certeza de que serán

atendidos siempre, con dignidad y a salvo de vicisitudes económicas.

- Necesidad de amor y pertenencia: mantener vivos los lazos familiares, las amistades y vivir en un clima que favorezca nuevas relaciones de amistad.

- Necesidad de consideración y estima: siendo respetados, pudiendo expresar aquello que necesitan y cómo lo necesitan. Ayudando a que cada mayor viva su presente sin renunciar a su pasado.

- Fomentando la autorrealización de forma que cada persona pueda mantener su crecimiento personal según sus capacidades en cada momento, porque la tarea de crecer como persona no acaba sino con la muerte.

- Necesidad de un Dios entrañable: los mayores creyentes necesitan poner su confianza en Dios.

5/

El final de la vida en Lares.

Preparación para el encuentro con el Ser Superalativo que es la muerte. Ayudar a morir bien.

Cómo estamos al lado del paciente para garantizar su calidad de vida.

Cómo estamos al lado del paciente para garantizar su calidad de muerte

Valores referenciales.

- **Relación de ayuda.**

- **Muerte digna.**

- **Respeto a los derechos de todo ser humano.**

06/4

Las Hermanitas de los Pobres y su servicio a los ancianos.

Hermanitas de los Pobres,
Comunidad de Almagro. Madrid.

Palabras clave:
Pobres, Vocación, Servicio, Ancianos

Key Words:
Have-nots, Vocation, Service, Ancients

Las Hermanitas de los Pobres, existimos gracias a Santa Juana Jugan, nuestra fundadora. Les contamos un breve resumen de su vida.

Nace en Cancale (Francia) durante la Revolución Francesa. La pobreza de su familia aumenta con la muerte de su padre. A los 24 años siente la llamada del Señor y dice a su madre:

“Dios me quiere para él. Me guarda para una obra que no es conocida, para una obra que aún no está fundada”.

Deja su casa y se entrega como laica consagrada con una vida de oración intensa y servicio a los pobres; hasta que un día acoge en su apartamento a una anciana ciega y abandonada, cediéndole su propia cama. También es pobre y pronto recurre a mendigar para cuidar a sus protegidos.

Es elegida superiora por sus compañeras, toma el nombre Sor María de la Cruz pero pronto alguien se erige como fundador, relegándola al último lugar. Ella nunca se atribuirá el protagonismo de la obra, entregándose con humildad.

Pasa sus últimos 27 años en la Casa Madre, en un arrinconamiento total, vive entre las novicias sin que ellas sepan que es la fundadora. Muere el 29 de agosto de 1879. Fue beatificada por el **Papa San Juan Pablo II** en 1983 y es canonizada por el **Papa Benedicto XVI** en 2009. Su fiesta litúrgica es el 30 de agosto.

Santa Juana Jugan no tiene escritos, pero tenemos los testimonios de las hermanitas que estuvieron con ella durante su noviciado y son una verdadera expresión de su espiritualidad.

“Saber desaparecer por la humildad en todo lo que el buen Dios quiere de nosotras.» «Solo tengo a Ti, Jesús”.

La humildad como medio para llegar a la intimidad con Dios, y asimilarse a los pobres como hizo Jesús en la Encarnación.

“No olviden nunca que el pobre es Nuestro Señor”.

Además de Castidad, Pobreza y Obediencia, hace el voto de Hospitalidad, consagrándose al humilde servicio que une en una misma familia a los Ancianos pobres y a las Hermanitas. Es fruto de la caridad y testimonio de la misericordia de Dios.

“Es tan hermoso ser pobre, no tener nada, esperarlo todo del buen Dios”.
“No somos sino los instrumentos de su obra”.

Dependencia total en Dios. Funda la congregación sin medios, mendigando el pan y las almas, pues la colecta es medio de evangelización.

Las Hermanitas de los Pobres, hoy aspirando a una unión íntima y personal con Cristo, le buscamos sencillamente en la fe, la esperanza y la caridad y le descubrimos en la oración.

“El Pobre” define nuestra vocación, Cristo nos espera en cada uno de los ancianos, y al mismo tiempo nosotras Lo encontramos y reconocemos en “el Pobre”, a quien servimos.

Como cristianas y consagradas, las Hermanitas de los Pobres no perdemos de vista el mandato de Jesús “**id por todo el mundo y anunciad el Evangelio**”. En nuestras casas la vida es sencilla, como la de una gran familia. A ellas tienen acceso los ancianos pobres de cualquier raza, cultura o religión. Un gran reto hoy día es dar testimonio del respeto por la vida de la que Dios sólo es el dueño.

Para atender a sus pobres Juana no dudó en mendigar, cimentando así el porvenir de su obra sobre este desafío evangélico: vivir al día, abandonándose confiadamente en Dios Padre, que cuida de sus pobres. Las Hermanitas hacemos “**la colecta**”; todos los días dos hermanitas salen a pedir y tender la mano para la subsistencia de nuestras casas. Este hecho manifiesta nuestra confianza en la Providencia de Dios al mismo tiempo que nos da la oportunidad diariamente, de hacer presente la Iglesia allí donde pedimos.

Depositarias de un carisma, estamos llamadas a transmitir el amor de Dios por los pobres y hacer descubrir a los ancianos, a través de su pobreza y de las limitaciones de la vejez, la belleza y el valor de la vida. Las Hermanitas de los Pobres estamos presentes en 31 países de los cinco continentes.

Compartimos el testimonio de una Hermanitas de Los Molinos (Madrid):

“*Mi nombre es Sor Peter Marie. Nací en New Jersey, EE.UU.; llevo destinada en España 18 años, de los cuales más de 15 en Madrid.*”

De pequeña muchas veces pensaba en los cristianos, y cómo algunos tenían incluso que morir por amor a Jesús. Me preguntaba cómo se podría vivir la fe católica con tanta fortaleza y deseaba tener esta fe y poder practicarla libremente. Antes de sentir la vocación a una consagración especial, fui consciente de mi vocación bautismal de amar a Jesucristo sobre todas las cosas.

Mi hermana sí que se planteaba una vocación religiosa, pero yo no. A los 19 años fui a una convivencia vocacional solamente para acompañar a unas amigas. Ellas, como mi hermana, han seguido la llamada al matrimonio cristiano, y yo, que iba solamente por pura curiosidad, percibí entonces que el Señor me llamaba, aunque lo negaba.

Conocí a las Hermanitas en la facultad durante mis estudios de enfermera. Tuve que hacer

prácticas y fue en la casa de las Hermanitas. Todas nuestras casas son residencias para ancianos pobres. Allí descubrí una vida de oración personal y comunitaria muy fuerte y dinámica. No era una residencia, ¡era una familia!

Me sentía incapaz de dedicar toda mi vida al Señor... Antes de decir "Sí" pasé 5 años luchando conmigo misma. Sin embargo, desde que sentí que el Señor me quería para Él, ya nada me llenaba. Experimentaba que cuando Lo seguía tenía mucha paz; pero cuando me alejaba, malestar. En el fondo no somos capaces, pero el Señor nos llama y después nos capacita.

Profundicé mi vida de oración, terminé los estudios, y fui al Noviciado, en New York. Llevo desde mis votos perpetuos en España.

Soy feliz compartiendo la vida con los ancianos pobres. Es vivir el día a día en una familia, ritmada por la oración y la vida de comunidad. Me han confiado una misión muy especial: "la colecta". Es un apostolado que lleva a Jesús donde no siempre llega. Al mismo tiempo de pedir una ayuda, estamos buscando una oportunidad para hablar de Dios y esto me encanta. Muchas personas no pueden dar nada, pero todas tienen hambre de Dios, aunque lo niegan. Rezamos mucho, también con la personas que encontramos, y esta dimensión contemplativa-evangelizadora alimenta muchísimo mi intimidad con el Señor".

Terminamos nuestro testimonio con estas palabras del Evangelio, que resumen el carisma y misión que el Señor nos ha confiado en la Iglesia:

"Jesús dijo a sus discípulos:
-Cuando venga en su gloria el Hijo del hombre y todos sus ángeles con él, se sentará en el trono de su gloria y serán reunidas ante él todas las naciones...

Entonces dirá el rey a los de su derecha:
Venid vosotros, benditos de mi Padre;
heredad el reino preparado para vosotros

desde la creación del mundo. Porque tuve hambre y me disteis de comer, tuve sed y me disteis de beber, fui forastero y me hospedasteis, estuve desnudo y me vestisteis, enfermo y me visitasteis, en la cárcel y vinisteis a verme.

Entonces los justos le contestarán:
-Señor, ¿cuándo te vimos con hambre y te alimentamos, o con sed y te dimos de beber?; ¿cuándo te vimos forastero y te hospedamos, o desnudo y te vestimos?; ¿cuándo te vimos enfermo o en la cárcel y fuimos a verte?

Y el rey dirá: -Os aseguro que cada vez que lo hicisteis con uno de estos mis humildes hermanos, conmigo lo hicisteis. (Mt 25, 31-40)".

"Jesús dijo a sus discípulos:
-Nadie puede estar al servicio de dos amos. Porque despreciará a uno y querrá al otro; o, al contrario, se dedicará al primero y no hará caso del segundo. No podéis servir a Dios y al dinero.

Por eso os digo: no estéis agobiados por la vida pensando qué vais a comer, no por el cuerpo pensando con qué os vais a vestir. ¿No vale más la vida que el alimento, y el cuerpo que el vestido? ¿Quién de vosotros, a fuerza de agobiarse, podrá añadir una hora al tiempo de su vida?...

Sobre todo buscad el Reino de Dios y su justicia; lo demás se os dará por añadidura. Por tanto, no os agobiéis pro el mañana, porque el mañana traerá su propio agobio. A cada día le bastan sus disgustos. (Mt 6, 24-34)".



06/5

La presencia en el mundo infanto-juvenil.

Hno. Joaquim Erra,

Superior Comunidad del Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Esplugues (Barcelona).

Palabras clave:

Niños, Compartir, Ayuda, Necesitar

Key Words:

Children, Share, Aid, Need

Agradezco la confianza y la invitación a compartir algunas reflexiones sobre la presencia en un Hospital pediátrico.

Quisiera iniciar señalando sucintamente dos aspectos previos. El primero es de contexto. El Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues (Barcelona) desde su origen, consideró la atención pediátrica hasta los 18 años.

Es por ello que hablamos de infanto-juvenil. Es evidente la gran diferencia que dista entre la atención a recién nacidos y la atención a los adolescentes. Lenguajes, vivencias, expresiones,... son totalmente distintas.

Todos sabemos, por ejemplo, lo mal que encaja un adolescente sentirse tratado de manera infantil y en el otro polo, la necesidad de acercar y aproximar expresiones a la realidad pediátrica. Ello ya nos pone en la pista de que **la personalización**, una vez más, será un elemento crucial.

Por otro lado, en este contexto y por tratarse de enfermos menores de edad, “**hospitalizamos**” también a la familia y por tanto la atención y acompañamiento, no puede tener en consideración sólo al niño.

El segundo aspecto, es compartir la limitación y el respeto que comporta poner palabras a este tema. La densidad de sufrimiento que se acumula ante algunas situaciones de salud de muchos niños y jóvenes es de tal magnitud, que se hace difícil expresarse con la adecuación y delicadeza que el tema requiere.

Quisiera rehuir (y no sé si seré capaz de conseguirlo) de los estereotipos, las frases hechas, los tópicos, que tan poco ayudan (y a veces incluso entorpecen) en el acompañamiento a estas realidades. Es un reto y una dificultad, y pido disculpas de antemano, por si no acierto con la expresión adecuada, ante un tema tan sensible y delicado. Tomar como referencia algunos esbozos de situaciones reales, quizá nos pueda ayudar.

1/

El desgaste emocional y “la suerte del no acostumbrarse”.

Compartimos este tema con varios profesionales, hace poco, tras un diagnóstico grave en el Servicio de Urgencias. Hablamos de “**la presencia**”, cuando la realidad golpea fuerte. Es difícil encajar un diagnóstico grave e inesperado y más cuando se trata de un niño o de un joven. Lo lógico y habitual es que los padres se desmoronen.

A veces nos asombra de dónde sacan tanta valentía. Por otro lado, el niño nos necesita, a ellos y a nosotros, con cierta entereza,... la más posible. Es casi imposible quedarse indiferente, ni lo pretendemos. Por otro lado, debemos procurar no traspasar al niño el sentimiento de angustia y sufrimiento. Hay que estar dispuesto a un esfuerzo importante de equilibrio y de estar atentos para una correcta medida en todo. En esta situación, cada palabra, cada gesto, es acogido y a veces interpretado por la familia de manera casi literal. Lo aprendido sobre la comunicación se queda corto.

El efecto contagioso de las emociones actúa sin miramientos. Uno piensa que es cuando más necesita sentir que el Espíritu se hace presente y habla por nuestros gestos y nuestras pocas palabras (siempre más aconsejable que el exceso). Y aunque cueste, no podemos rehuir, hay que estar allí centrado y consciente.

Otro aspecto clave, es complementarse y apoyarse con el equipo. Poder compartir el sentimiento con los compañeros, poder repartir las presencias y distribuirse correctamente. Cuando es posible, ayuda que uno se pueda centrar más en estar con el niño y otro con los padres.

El acontecimiento sigue su curso y la vivencia queda gravada. Es a veces la rebeldía ante la realidad limitada y limitante que una vez más, dispara todos los interrogantes sobre el porqué del mal y más cuando éste se instala en los inocentes. La dificultad para encajar y hacer frente a la realidad. Concluimos con una expresión:

“**¡Cuánto desgaste emocional, pero que bien que no nos acostumbremos**” (expresión literal de una compañera del servicio).

Da miedo pensar que se nos pudiera endurecer el corazón y sabemos que da más sentido compartir el dolor, que vernos impasibles o distantes ante la fragilidad y el sufrimiento. Sería atroz y no nos mereceríamos seguir donde estamos. Una tarea en la que siempre nos queda camino por aprender, cómo ser portadores de esperanza ante situaciones límite que afectan a seres inocentes

2/

“Estos días me cuesta mucho rezar... no puedo”.

Recojo esta expresión de una madre creyente. Nos ayuda a darnos cuenta como la enfermedad de su hijo, como a tantos padres y madres, produce un efecto de trastorno profundo. Aún en aquello más íntimo, hay necesidad de reelaborar los sentimientos y las lógicas. Seguramente es un tema que merece todo un apartado y tampoco disponemos aquí de más espacio, pero sin duda no podemos obviar que el cuestionamiento sobre la imagen de Dios que

06/5

La presencia en el mundo infanto-juvenil.

Hno. Joaquim Erra,

Superior Comunidad del Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Esplugues (Barcelona).

Palabras clave:

Niños, Compartir, Ayuda, Necesitar

Key Words:

Children, Share, Aid, Need

Agradezco la confianza y la invitación a compartir algunas reflexiones sobre la presencia en un Hospital pediátrico.

Quisiera iniciar señalando sucintamente dos aspectos previos. El primero es de contexto. El Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues (Barcelona) desde su origen, consideró la atención pediátrica hasta los 18 años.

Es por ello que hablamos de infanto-juvenil. Es evidente la gran diferencia que dista entre la atención a recién nacidos y la atención a los adolescentes. Lenguajes, vivencias, expresiones,... son totalmente distintas.

Todos sabemos, por ejemplo, lo mal que encaja un adolescente sentirse tratado de manera infantil y en el otro polo, la necesidad de acercar y aproximar expresiones a la realidad pediátrica. Ello ya nos pone en la pista de que **la personalización**, una vez más, será un elemento crucial.

Por otro lado, en este contexto y por tratarse de enfermos menores de edad, “**hospitalizamos**” también a la familia y por tanto la atención y acompañamiento, no puede tener en consideración sólo al niño.

El segundo aspecto, es compartir la limitación y el respeto que comporta poner palabras a este tema. La densidad de sufrimiento que se acumula ante algunas situaciones de salud de muchos niños y jóvenes es de tal magnitud, que se hace difícil expresarse con la adecuación y delicadeza que el tema requiere.

Quisiera rehuir (y no sé si seré capaz de conseguirlo) de los estereotipos, las frases hechas, los tópicos, que tan poco ayudan (y a veces incluso entorpecen) en el acompañamiento a estas realidades. Es un reto y una dificultad, y pido disculpas de antemano, por si no acierto con la expresión adecuada, ante un tema tan sensible y delicado. Tomar como referencia algunos esbozos de situaciones reales, quizá nos pueda ayudar.

1/

El desgaste emocional y “la suerte del no acostumbrarse”.

Compartimos este tema con varios profesionales, hace poco, tras un diagnóstico grave en el Servicio de Urgencias. Hablamos de “**la presencia**”, cuando la realidad golpea fuerte. Es difícil encajar un diagnóstico grave e inesperado y más cuando se trata de un niño o de un joven. Lo lógico y habitual es que los padres se desmoronen.

A veces nos asombra de dónde sacan tanta valentía. Por otro lado, el niño nos necesita, a ellos y a nosotros, con cierta entereza,... la más posible. Es casi imposible quedarse indiferente, ni lo pretendemos. Por otro lado, debemos procurar no traspasar al niño el sentimiento de angustia y sufrimiento. Hay que estar dispuesto a un esfuerzo importante de equilibrio y de estar atentos para una correcta medida en todo. En esta situación, cada palabra, cada gesto, es acogido y a veces interpretado por la familia de manera casi literal. Lo aprendido sobre la comunicación se queda corto.

El efecto contagioso de las emociones actúa sin miramientos. Uno piensa que es cuando más necesita sentir que el Espíritu se hace presente y habla por nuestros gestos y nuestras pocas palabras (siempre más aconsejable que el exceso). Y aunque cueste, no podemos rehuir, hay que estar allí centrado y consciente.

Otro aspecto clave, es complementarse y apoyarse con el equipo. Poder compartir el sentimiento con los compañeros, poder repartir las presencias y distribuirse correctamente. Cuando es posible, ayuda que uno se pueda centrar más en estar con el niño y otro con los padres.

El acontecimiento sigue su curso y la vivencia queda gravada. Es a veces la rebeldía ante la realidad limitada y limitante que una vez más, dispara todos los interrogantes sobre el porqué del mal y más cuando éste se instala en los inocentes. La dificultad para encajar y hacer frente a la realidad. Concluimos con una expresión:

“¡Cuánto desgaste emocional, pero que bien que no nos acostumbremos” (expresión literal de una compañera del servicio).

Da miedo pensar que se nos pudiera endurecer el corazón y sabemos que da más sentido compartir el dolor, que vernos impasibles o distantes ante la fragilidad y el sufrimiento. Sería atroz y no nos mereceríamos seguir donde estamos. Una tarea en la que siempre nos queda camino por aprender, cómo ser portadores de esperanza ante situaciones límite que afectan a seres inocentes

2/

“Estos días me cuesta mucho rezar... no puedo”.

Recojo esta expresión de una madre creyente. Nos ayuda a darnos cuenta como la enfermedad de su hijo, como a tantos padres y madres, produce un efecto de trastorno profundo. Aún en aquello más íntimo, hay necesidad de reelaborar los sentimientos y las lógicas. Seguramente es un tema que merece todo un apartado y tampoco disponemos aquí de más espacio, pero sin duda no podemos obviar que el cuestionamiento sobre la imagen de Dios que

LH n.312

se tenga y la que a veces se ha promovido y no siempre con acierto, es un tema que aparece con fuerza. Es sobre todo el momento de la escucha y del respeto. Es una de las situaciones donde no es oportuno elucubrar y molesta el recurrir a tópicos. Más vale callar y comprender, no dramatizar ni banalizar. En todo caso, las personas creyentes tenemos la oportunidad de rezar ante estas situaciones, como un verdadero servicio de creyentes que interceden por quienes más necesitan de la ayuda de Dios y no siempre pueden pedirla. Es cubrir esta necesidad de quien en estas circunstancias no puede hacerlo por sí mismo. Otra madre comentó:

“Yo no soy creyente y estos días me pregunto si las personas que creen sienten el mismo dolor que yo siento”.

Una ocasión para intentar ayudar a situar el lugar de la fe y de la creencia en el punto adecuado y para intuir cuál es la preocupación. La oportunidad para, en el momento adecuado, poder retomar el tema y enriquecerse mutuamente. El diálogo abierto, llano y sincero que propician estas situaciones, genera complicidad y comunión.

3/

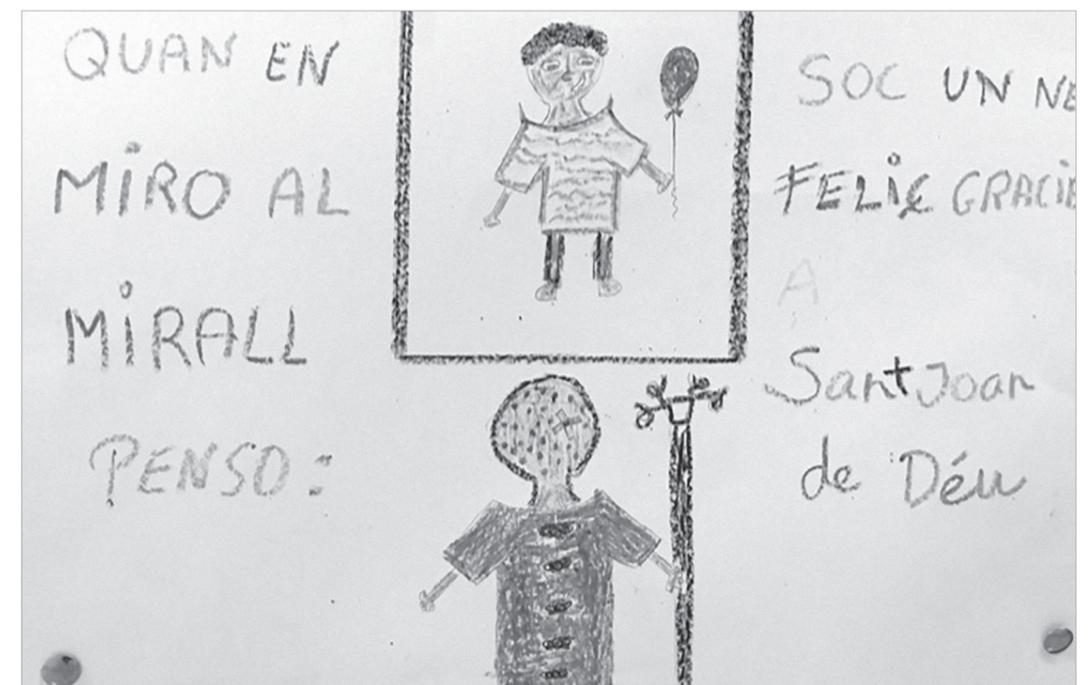
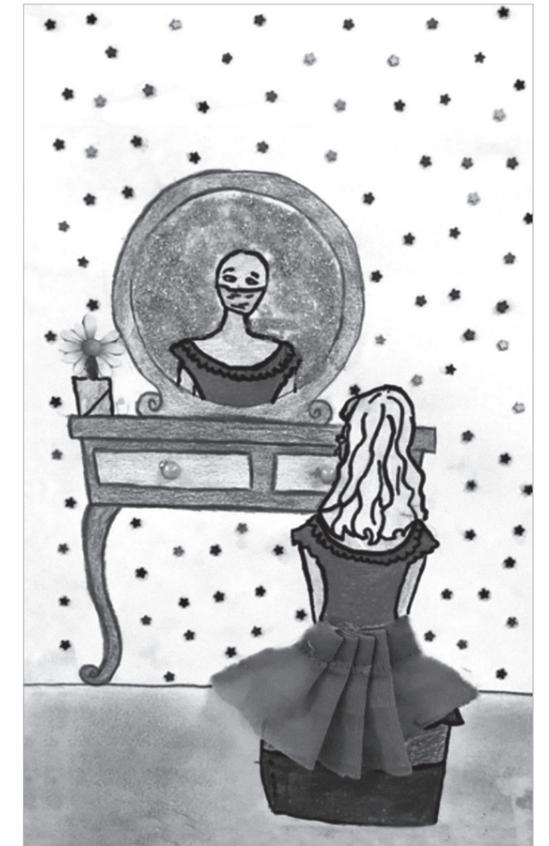
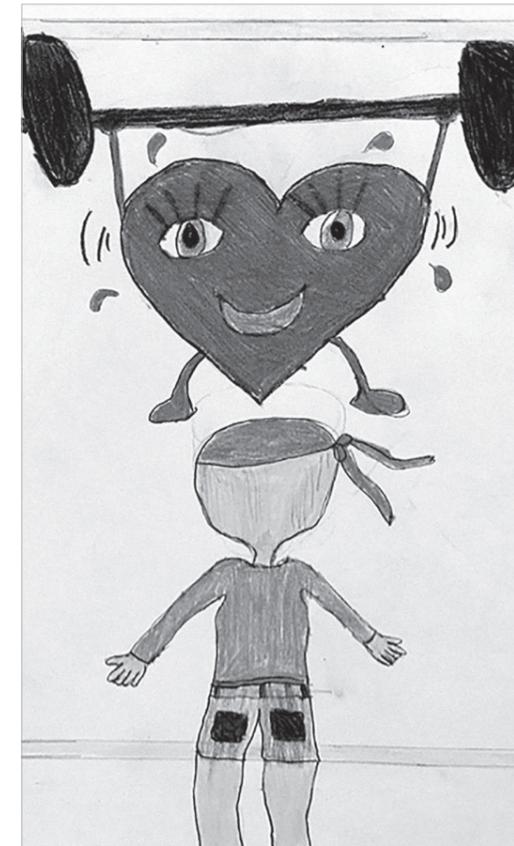
La proximidad y el gesto.

No tiene mucho misterio y seguramente incluso suena a obvio, pero es tan fundamental que en conciencia no se puede dejar de nombrar. El gesto, es el lenguaje directo, que mejor y más rápidamente se capta y seguramente el que más se recuerda. Tenemos en el hospital una carta de agradecimiento de una madre por lo que le supuso que la psiquiatra le diera un abrazo

después de informarle de un diagnóstico de salud mental a su hija. Un ejemplo gráfico del beneficio por una actuación puntual acertada, en un momento delicado. En la enfermedad, los niños, los jóvenes y sus familias, lo pasan verdaderamente mal, a veces muy mal, pero en este proceso, además de sufrir (entendido de forma distinta al dolor físico, que suele controlarse muy bien) muchas veces también se crece, aprende, madura y se cambia. En este contexto, ninguna actuación, cuando tiene una mínima hondura y aun siendo sencilla, nos deja indiferentes a ninguna de las personas que intervienen. Las expresiones y medidas deben ser distintas, adecuadas a cada caso y contexto, y nos jugamos mucho en el estar acertados.

En gran parte el “acierto”, está en cómo utilizamos estas dos expresiones, la proximidad y el gesto, de modo adecuado. Ciertamente no ayuda estar distante, pero tampoco el agobio ni la invasión de la intimidad. Para acertar hay que conocer y para conocer hay que dedicar tiempo y estar cercano y centrado, de tal manera que captemos cuál es la justa medida en cada situación.

Hacer así una relación “a medida” y en función del “otro(s)”. A veces vemos niños y niñas (sobre todo adolescentes) agobiados de tantas intervenciones, preguntas y visitas. También es importante dejarles tranquilos. Ellos necesitan su mundo, su ritmo, su lenguaje y debemos respetar su intimidad, a veces su silencio y aprender cada día a escucharles y no sólo a sus palabras. Acabo con la reproducción de unos dibujos del concurso de este año con motivo de San Juan de Dios. Había varios muy interesantes pero seleccioné estos por su gran expresividad. “Me miro en el espejo” (éste era el tema) y veo el encuentro con la dura realidad, la fuerza del amor que se ejercita, como un buen campeón, y el agradecimiento que transforma a pesar de la situación. Cuánto por aprender para saber expresar de una manera tan gráfica un tema que daría para todo un capítulo. Lo comparto convencido que mirándolos con atención y reflexión, podemos ilustrarnos incluso más que con muchas palabras.



06/6

Experiencia de atención en residencia de religiosos ancianos.

Hno. Julián Sapiña,Superior de la Comunidad Hospital
San Juan de Dios. Zaragoza.

Palabras clave:

*Atención, Residencia, Hermanos,
Comunidad, Asistir*

Key Words:

Care, Residency, Brothers, Community, Attend

1/

Descripción.

Nuestra Residencia data de finales de 1999.

Pensada para la atención de nuestros Religiosos ancianos y enfermos. Hermanos que necesitan seguimiento médico y terapéutico, más personalizado.

Aunque nuestra filosofía era de envejecer y morir en la comunidad llega un momento que resulta imposible llevarlo a término: por envejecimiento general de las comunidades, falta de vocaciones, disminución del número de religiosos hábiles para hacerse cargo. Todo esto nos lleva a plantearnos, cómo podemos asistir a nuestros Hermanos mayores y enfermos de la forma más digna posible.

¿Por qué Zaragoza?

La Comunidad de Zaragoza, está ubicada en el centro geográfico de la Provincia Religiosa, dispone de un edificio anexo al Hospital, suficiente para una comunidad numerosa. Donde podemos decir que, con espacios adaptados, vivimos los Hermanos de la Residencia y los que llamaríamos Comunidad activa.

Somos una única Comunidad. Con diferentes ritmos, pero compartiendo varias actividades como la oración litúrgica, comidas en algunas fiestas, reuniones informativas y formativas; algunos Hermanos de la Comunidad activa ofrecen sus servicios a los Hermanos de la Residencia: dar las comidas, salidas a médicos, paseos, ... Desde siempre hemos querido que esto sea así y creemos que es una riqueza para todos y, sobre todo, un apoyo moral para los Hermanos de la Residencia. La Residencia cuenta con 17 plazas. Espacios amplios, con luz, alegres, limpios, accesibles. No está totalmente separada del resto de la comunidad, ni tampoco del Hospital.

Esta proximidad facilita el acceso en eventuales ingresos y de ambiente para nuestros Hermanos que siempre han vivido en enfermerías. Diríamos “**huelen a enfermería**”.

2/

Dinámica.

No somos partidarios de abrir la Residencia a otros usuarios. Los Hermanos, cuando optaron por este estilo de vida, lo hicieron para vivir en comunidad y acabar sus días con sus Hermanos.

Por tanto, se intenta que la vida en la Residencia, sea lo más parecido posible a la vida que ellos han vivido:

- Vivir en comunidad.
- Rezar en comunidad.
- Asistir juntos al comedor.
- Salidas comunitarias.
- Terapias comunes.

Contamos con el personal asistencial adecuado, que son los que día a día se hacen cargo del funcionamiento de la misma. Ellos aseguran la presencia en los tres turnos. Con su coordinador, director, equipo médico, de enfermería y de limpieza, así como un grupo de voluntarios.

Los días suelen ser muy dinámicos, con arreglo a sus posibilidades. Ejercicio físico, hora y media dedicada a terapias varias, según el día de la semana: Todos los días resumen de noticias de interés, prensa, Orden, Iglesia, ... y según el día de la semana una actividad diferente, Conferencia, ejercicios de memoria, trabajos manuales, bingo, película, ... Una vez al mes se programan visitas culturales: Museos, exposiciones, monumentos y una de estas salidas es más lúdica y se come en un restaurante. En verano una vez por semana, salimos al parque por la mañana y una

vez al año hacemos una salida de una semana, a la casa de Ejercicios que tiene la Provincia, donde disfrutamos de una semana de vacaciones, recibiendo allí la visita de familiares, amigos y hermanos de las comunidades cercanas.

Para todo ello contamos con el personal de la Residencia, hermanos de diferentes casas y voluntarios. Como decíamos más arriba, intentamos que los Hermanos que están en la Residencia puedan participar de los actos comunitarios junto con todos los Hermanos de la Comunidad. Para que esto fuera posible hemos tenido que adaptar horarios: rezar juntos, sobre todo Laudes, Eucaristía y Vísperas, así como algunos encuentros, algunas reuniones informativas y comidas en días de onomásticos. También, como ya hemos dicho, implicándonos en ayuda en comidas y acompañamientos a médicos.

3/

Vivencias.

Es normal oír a los Hermanos la expresión: “**este es mi último destino, mi última obediencia**”. Aunque esto es real, hay que trabajar para que la adaptación sea lo menos traumática posible y trabajarlo, a ser posible, desde la comunidad de origen.

Nosotros confeccionamos un **protocolo de acogida** para que nos facilite esta adaptación y es el siguiente:

- Aviso con bastante antelación de la propuesta de envío del Hermano a esta comunidad.
- Informe médico y hábitos de conducta del hermano. antes del ingreso.
- Valoración del equipo asistencial junto con el superior, su puesto, ubicación y adaptación.

LH n.312

- Información al resto de hermanos de la llegada del hermano. y trabajar la acogida con ellos.
- Preparar la bienvenida con el equipo y los hermanos (Alguna actividad de entrega de presente, carta de bienvenida,...etc.)
- La llegada del Hermano. se programará para que llegue a una hora en que el resto de los hermanos puedan recibirle y acogerle.
- Será recibido por el superior y el coordinador para dar la bienvenida.
- Enseñar instalaciones y presentar al equipo asistencial que esté en ese momento.
- Presentar al hermano la habitación que va a ocupar.
- **Nuestra intención es: transmitir mucha confianza al hermano para que se sienta acogido.**

Es normal que la adaptación en los primeros momentos sea difícil y hasta dolorosa, pero por lo general, pasadas las primeras semanas y de una forma progresiva, todos reconocen que es el sitio donde mejor están.

Están rodeados de Hermanos, compañeros de toda la vida; algunos han vivido en la misma comunidad; por tanto, no llegan a un sitio extraño.

Con cierta frecuencia oímos expresiones de ellos mismos, como las siguientes:

“Es lo mejor que ha podido hacer la Provincia”.

“Si no estuviéramos aquí, no estaríamos tan bien cuidados”.

“Me extraña que se resistan a venir aquí”.

Presentamos a continuación algunas de las experiencias de nuestros Hermanos asistidos

Hno. José Ansó López

¿Cuándo llegaste a la Residencia de Hermanos de Zaragoza?

Después de veinte años en Pamplona y con 86 años, me planteé que sería bueno, en esta etapa de mi vida, solicitar venir a este lugar y así lo hice, y desde el 4 de Abril de 2011, comparto mi vida con la Comunidad y el equipo asistencial de la Residencia, estoy a punto de cumplir cuatro años.

¿Cómo es tu día a día?

Mi vida, en cuanto a actividad, no ha cambiado mucho, pero por el contrario hay otro tipo de actividades y horarios a los que me he ido adaptando.

¿Qué concepto tenías sobre la Residencia antes de venir?

Pues casi no la conocía, pero mi concepto sobre ella quizás era más de lo que me había llegado por otros que por el mío propio. Y cuando llegas te das cuenta de que no es lo mismo.

Pienso que cuando uno llega aquí con sus facultades mentales y tal vez físicas, en buenas condiciones, es consciente de que debe adaptarse y que de esa manera se hace más fácil y me sorprendió gratamente que hubiera tanta actividad y la atención hacia nosotros.

¿Cómo es tu trato con los hermanos residentes?

Cada uno vamos tomando nuestra función, pues no todos los Hermanos están igual. Entonces nuestro papel fundamental es ser útiles a ellos, orientarles, acompañarles y ayudar al equipo. Por lo tanto, el trato cambia un poco en función del estado del Hermano. Somos como una gran familia, pues compartimos mucho tiempo con el personal que trabaja aquí.

¿Echas algo de menos?

Pues no echo de menos nada, quizá, el que antes tenía, menos control con la alimentación y más libertad para acceder a lo que quisiera en ese aspecto, y aquí es más estricto, pero todo en beneficio de nuestra salud, ya que se preocupan de que estemos llevando una vida sana y un seguimiento por parte de la doctora y los especialistas.

¿Ves necesario este lugar?

Desde luego que sí. Creo que es un lugar donde se nos trata muy bien y donde aún podemos ser útiles y nos ayudan a que no perdamos nuestra capacidad mental ni la física, con todas las actividades que realizamos y la terapia ocupacional que nos hacen cada día.

¿Qué opinión te merece el equipo asistencial?

Me parece muy buen equipo en general, aunque con alguno de ellos tienes más confianza, pero en general es muy buen equipo, un grupo de personas que siempre están muy pendientes de nosotros y que hacen que nos sintamos queridos y cuidados.

¿Animarías a otros hermanos a que vinieran a la Residencia?

Animarles no, sólo les diría, que cuando uno está todavía en condiciones más o menos buenas de pensar, debe plantearse el venir, antes de que llegado el momento de estar mal, tenga que venir por necesidad. Cuando uno llega aquí de esa forma, puedes seguir siendo una persona válida en este lugar y sentirte un poco más feliz y compartir todo lo que conlleva esta etapa de la vida. También les informaría que, aunque nos cuesta adaptarnos a los cambios, todo es en beneficio de nuestro bienestar.

Hno. Ignacio Aguilar Aguilar

¿Cuándo llegaste a la Residencia de Hermanos de Zaragoza?

Llegué a Zaragoza en Junio del año 1995 destinado a la Comunidad de Hermanos, cuando la Residencia no estaba ni tan siquiera hecha, así que he visto el nacimiento y sus posteriores reformas estando aquí. Después de una larga etapa y por motivos de salud, en marzo de 2011, decidí pasar a la Residencia para poder estar más atendido, más controlado y más seguro. En este momento tengo 90 de edad.

¿Cómo es tu día a día?

Me levanto a las 6'00 más o menos, me aseo y arreglo un poco la habitación y después me bajo con el resto de los Hermanos para hacer un rato de oración, mientras van llegando, y rezar laudes y Eucaristía. Y al terminar nos vamos a desayunar. Luego tenemos media hora de ejercicios físicos; a las 9'30 nos subimos a la sala “multiusos” y hacemos una hora de terapia ocupacional. Cada día algo distinto, que nos mantiene entretenidos y mantenemos en forma la mente, las manos y el corazón. A las 11'00 tenemos toma de líquidos, tensiones,... y luego un tiempo libre de lectura, paseo.

Por la tarde, después de la siesta, nos bebemos nuestra ración de líquidos, (igual que por la mañana) y a las 19'00h comenzamos rosario y vísperas, que compartimos con toda la Comunidad. a las 19'45h cenamos y después uno se retira a su cuarto o se queda en la sala de televisión.

¿Qué concepto tenías sobre la Residencia antes de venir?

Pues tenía opiniones encontradas de todos, que te hacían tener un concepto diferente de la realidad, pero al llegar a la Residencia todo ha sido diferente a mejor. Veo que todo está muy bien, porque estás más atendido, pero

ahora como hay más actividades, me siento más sujeto a ellas y con un ritmo diferente al que he tenido que irme adaptando.

¿Cómo es tu trato con los hermanos residentes?

En general bien, pero la visión cambia mucho en función de la pérdida de facultades, y como todos opinamos de un modo diferente pues tenemos nuestros diferentes puntos de vista respecto a muchas cosas, pero igual que cuando se vive en cualquier Comunidad.

¿Echas algo de menos?

Bueno no sé si lo que voy a decir es echar de menos, puesto que en cuanto a necesidades y atención no echo de menos nada, al revés todo se ve compensado con la atención del equipo, pero la comida es una bandeja con un menú que pedimos y aunque está muy buena, nosotros, por costumbre, lo hacíamos más libre y cada uno se ponía lo que quería, pero bueno esto es mal menor y te vas adaptando.

¿Ves necesario este lugar?

Creo que sí, que es necesario, uno se va dando cuenta de sus limitaciones cada día más y aquí se nos atiende de una forma adecuada y nos hace sentir más seguros.

¿Qué opinión te merece el equipo asistencial?

Creo que muy buen equipo, muy atento a todo lo que podemos necesitar y como he dicho antes nos transmiten seguridad.

¿Animarías a otros hermanos a que vinieran a la Residencia?

Al menos invitarles a que vieran lo que hacemos aquí, a que vieran que tenemos bastante actividad, sin coartar la libertad de cada uno y podrán ver que aquí aún somos útiles de otra manera diferente pero que llena.

Hno. Josep Farrés Xandri

Soy un Hermanos Sacerdote tengo 87 años, he estado 60 años en el Hospital de San Juan de Dios de Manresa, 32 como Sacerdote de la Diócesis de Vic y 28 como Hermano Hospitalario.

Debido a una caída y al tener que jubilarme, me trasladaron a esta Residencia de Zaragoza, primeros de mayo del año 2014. Hace ya cerca de un año que estoy en ella y paso a contar mi experiencia que es altamente positiva.

Estoy contento de mi estancia en la Residencia por el trato material, moral y espiritual que recibo. Cuando ingresé, a los pocos días con silla de ruedas y un taxi adaptado, acompañado por unos Hermanos, me llevaron a saludar a la Virgen del Pilar, patrona principal de la Ciudad. Lloré de emoción.

Al mes siguiente, y con un autobús adaptado para los que íbamos en sillas de ruedas, fuimos a visitar las dependencias de los bomberos de la Ciudad que nos enseñaron todos los aparatos que usaban antes y ahora.

Durante los meses que hace mejor tiempo, cada semana hemos ido a pasear y tomar un café a un parque natural que hay no muy lejos de la Residencia, trasladados la mayoría en sillas de ruedas acompañados por personas voluntarias de nuestra Residencia.

Cada mes, incluso en el invierno, hemos tenido una salida para visitar algún museo. Por las fiestas del Pilar fuimos a saludar a la Virgen engalanada, en esos días en la plaza, de un gran manto de flores. Por Navidad visitamos el monumental “pesebre” instalado en la plaza del Pilar.

En casa, hacemos las tres comidas del día bien y abundante, servidos por la cocina común que está en el complejo hospitalario. Moral y espiritualmente, como podéis

esperar tampoco nos falta nada. Seguimos las prácticas religiosas que tenemos en todas las casas de nuestra provincia. Tenemos la suerte que vive en la Comunidad del Hospital -donde está retirado- el Obispo de nuestra Orden, Hermano Redradoque solemniza nuestras Eucaristías y cada semana nos dedica a los residentes una charla ilustrada con diapositivas.

Estoy contento, también como Hermano residente, por poder concelebrar, ya desde el principio, la Eucaristía diaria.

En fin, así la veo yo. Pero como decimos en catalán “No tot són flors i violes”, también habrá alguna deficiencia, porque aquí en la tierra no hay ningún sitio que sea el cielo.

4/

Resultados.

Podemos decir con orgullo que, después de varios años, podríamos hacer un balance positivo de la marcha de nuestra Residencia. Naturalmente, con el tiempo vamos cogiendo experiencia que nos ayuda a nuevas adaptaciones. Finalmente presentamos aquí un documento que nos sirve de orientación. Su título es el siguiente: “RESIDENCIA DE HERMANOS: Planificación y Desarrollo”. Se trata de una recopilación de lo que hemos realizado hasta este momento y abierto a nuevos programas.

- **Protocolo de Acogida.**

- **Protocolos del personal para cada turno.**

- **Manual de procedimiento ante la defunción de un Hermano.**

- **Adquisición de material para las actividades: Psicomotricidad, trabajo de la memoria, Material sobre lenguaje y escritura, asociación de objetos, puzles.**

- **Calendario de salidas.**

- **Reuniones mensuales del equipo asistencial.**

- **Utilización de Internet**

- **Conexión a la red/Intranet Provincial y del Hospital.**

- **Formación del personal en Valores, Bioética y Técnicas Asistenciales.**

- **Historia Médica Electrónica de los Hermanos Residentes.**



07/Recursos

07/1

Biografías de santos.

Biblioteca San Juan de Dios

San Juan De Dios - Orden Hospitalaria San Juan de Dios

▶ Ayala, F. (1993). El Hechizado: San Juan de Dios. *Madrid: Alianza Cien.*

▶ Bellido, J. F. (1995). El corazón de Granada: un santo llamado Juan de Dios. *Bilbao: Desclée de Brouwer.*

▶ Castro, F. (1995). Historia de la vida y santas obras de San Juan de Dios y de la institución de su orden y principios de su hospital. *Córdoba: Publicaciones Obra Cultural Cajasur.*

▶ Eserverri, C. (2001). Juan de Dios, el de Granada. *Granada: La Vela.*

▶ Hünemann, W. (2010). El mendigo de Granada: vida de San Juan de Dios. *Madrid: Palabra.*

▶ Javierre, J. M. (1996). Juan de Dios, loco en Granada. *Salamanca: Sígueme.*

▶ Laborde Vallverdú, A. (1996). La sublime humildad. Apuntes hagiográficos sobre San Juan de Dios. *Granada: Ayuntamiento de Granada. Fundación Caja Granada.*

▶ Larios Larios, J. (2006). San Juan de Dios. *Granada: Comares.*

▶ Martínez Gil, J. (2002). San Juan de Dios, fundador de la Fraternidad Hospitalaria. *Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.*

▶ Muñoz Hidalgo, A. (1990). De Juan Ciudad a Juan de Dios: psicohistoria de un gran amante. *Madrid: Ediciones 29.*

▶ Novella, B. (1995). San Juan de Dios: testigo de amor a los más pobres. *Madrid: HH de San Juan de Dios.*

▶ Riesco Álvarez, V. (1994). Y Dios se hizo hermano: vida de San Juan de Dios. *Madrid: San Pablo.*

▶ Riesco Alvarez, V. (2001). San Juan de Dios. Profeta de Dios de la Misericordia. Aproximación al Santo en nueve tiempos. *Granada: [s.n].*

▶ Ros Caballar, C. (2004). San Juan de Dios, el "loco" de Granada. *Barcelona: Centre de Pastoral Litúrgica.*

▶ Sánchez Martínez, J. (2014). Kénosis-diakonía en el itinerario espiritual de San Juan de Dios. *Granada: Archivo Museo San Juan de Dios.*

▶ Ventosa Esquinaldo, F. (2012). Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la enfermería: conceptos y valores. *Granada: Archivo Museo San Juan de Dios.*

Santa Juana Jugan – Hermanitas de los Pobres

▶ ¿Qué haría Juana Jugan? (2007). *Barcelona: Hermanitas de los Pobres.*

▶ Allard, E. (1993). Juana Jugan nos dice: fundadora de las Hermanitas de los Pobres. *Barcelona: Impr. Altés.*

▶ Garrone, G. M. (1980). Lo que creía Juana Jugan. *Barcelona: Herder.*

▶ Leclerc, E. (2002). El desierto y la rosa: vida de Juana Jugan. *Madrid: San Pablo.*

▶ Leclerc, E. (2009). Santa Juana Jugan: ternura de Dios para la Tierra. *Madrid: Edibesa.*

▶ Milcent, P. (2003). Juana Jugan: humilde para amar. *Barcelona: Herder.*

▶ Milcent, P. (2009). Juana Jugan fundadora de les Germanetes dels Pobres. *Barcelona: Hermanitas de los Pobres.*

San Vicente de Paul – Hijas de la Caridad

▶ Brugada, M. (2001). San Vicente de Paul encontrar la caridad. *Barcelona: Centre de Pastoral Litúrgica.*

▶ Fernández, C. (2014). Vicente de Paul, un corazón sin medida : de la memoria al compromiso. *Madrid: La Milagrosa.*

▶ Hünemann, W. (1995). El padre de lo pobres: vida de San Vicente de Paúl. *Madrid: Palabra.*

▶ La experiencia espiritual de San Vicente de Paúl. (2011). *Salamanca: CEME.*

LH n.312

▶ **Lasanta, P. J. (2012).**
San Vicente de Paúl y la Santa Luisa de Marillac: apóstoles de la caridad.
Logroño: Horizonte

▶ **León Renedo, M. (1990).**
Amigo de los pobres,
San Vicente de Paul.
Madrid: La Milagrosa.

▶ **Maloney, R. (1993).**
El camino de Vicente de Paúl.
Salamanca: CEME.

▶ **Maloney, R. (1996).**
Escucha el clamor de los pobres:
espiritualidad de Vicente de Paúl.
Salamanca: CEME.

▶ **Mezzadri, L. (2012).**
San Vicente de Paúl: el santo
de la caridad. *Salamanca: CEME.*

▶ **Román, J. M. (1982).**
San Vicente de Paúl.
*Madrid: Biblioteca de Autores
Cristianos.*

▶ **San Vicente de Paúl,**
Ayer y hoy. (2008).
Salamanca: CEME.

**Santa Luisa de Marillac -
Hijas de la Caridad**

▶ **Brugada, M. (2014).**
Luisa de Marillac,
servidora de los pobres.
Barcelona: Centre de Pastoral Litúrgica.

▶ **Charpy, E. (1985).**
Contra viento y marea,
Luisa de Marillac. [s.l.]:
Compañía de las Hijas de la Caridad.

▶ **Charpy, E. (2000).**
Vida de Santa Luisa de Marillac.
Madrid: San Pablo.

▶ **Lasanta, P. (2012).**
San Vicente de Paúl y Santa Luisa
de Marillac. *Logroño: Horizonte.*

▶ **Luisa de Marillac, (1985).**
Santa Luisa de Marillac.
Salamanca: CEME.

▶ **Orcajo, A. (1992).**
La pasión por el espíritu de Jesús.
Madrid: Ediciones Paulinas.

**Beata Teresa de Calcuta –
Misioneras de la Caridad**

▶ **Cedeño, R. (2011).**
Madre Teresa de Calcuta.
Madrid: Asociación Señora Ibérica.

▶ **Chawla, N. (1996).**
La Madre Teresa:
mi vida con los más pobres.
Madrid: Espasa.

▶ **Fernández Arias, S. (2014).**
Madre Teresa de Calcuta:
fundadora de las Misioneras
de la Caridad.
Cantabria: Fundación E.U.K. Mamie.

Clérigos Regulares ministros
de los enfermos. *Madrid: [s.n.].*

▶ **Cosmacini, G. (2014).**
Camilo de Lelis, un sanitario con
corazón de madre.
Maliaño: Sal Terrae.

▶ **Marqués, I. (2007).**
San Camilo de Lelis,
al servicio de los enfermos.
Barcelona: Centre de Pastoral Litúrgica.

▶ **Peek, S. (2012).**
La rendición de un soldado: la
conversión de San Camilo de Lelis.
Madrid: Palabra.

▶ **Sannazzaro, P. (1991).**
Historia de la orden de San Camilo
de Lelis: 1550-1699.
Madrid: Ediciones Camilianas.

**San Benito Menni –
Hospitalarias del Sagrado
Corazón de Jesús**

▶ **Cárcel Ortí, V. (1985).**
Fidelidad a una misión:
El Beato Menni y las Hospitalarias.
*Ciudad del Vaticano:
Tipografía Poliglota Vaticano.*

▶ **Cerdà Pifarré, A. (2007).**
La Herencia y el fruto de la
obra de San Benito Menni:
historia de la Congregación
en Cataluña y Aragón.
*Barcelona: Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús.*

▶ **González Balado, J. L. (2014).**
Beata Teresa de Calcuta.
Madrid: San Pablo.

▶ **González Vinagre, A. (2008).**
Teresa de Calcuta. *Madrid:
Comunidad Catequística Salesiana.*

▶ **López de Rego, F. (2014).**
Teresa de Calcuta: la persona.
Madrid: Freshbook.

▶ **Maasburg, L. (2014).**
La Madre Teresa de Calcuta:
un retrato personal. *Madrid: Palabra.*

▶ **Ruth, A. (2003).**
Teresa de Calcuta: La Mare Teresa
dels pobres. *Barcelona: Pòrtic.*

▶ **Siccardi, C. (2010).**
Madre Teresa: todo comenzó en mi
tierra: con cartas inéditas a la familia.
Madrid: San Pablo.

▶ **Spink, K. (1997).**
Madre Teresa: biografía autorizada.
Barcelona: Plaza & Janés.

▶ **Spink, K. (2003).**
Madre Teresa. *Barcelona: Plaza & Janés.*

San Camilo – Religiosos Camilos

▶ **Cicatelli, S. (1988).**
Vida del padre Camilo de Lelis:
fundador de la religión de los

- ▶ **Iglesias, Ml. (1985).**
Beato Benito Menni: el hombre y el santo.
Barcelona: Instituciones Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y San Juan de Dios.
- ▶ **Iglesias, M. (1999).**
San Benito Menni: profeta de la hospitalidad.
Madrid: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.
- ▶ **Martín Carrasco, M. (2006).**
San Benito Menni.
Burgos: Monte Carmelo.
- ▶ **Martín Carrasco, M. (1994).**
Benito Menni y la asistencia psiquiátrica en España en el siglo XIX.
Burgos: Monte Carmelo.
- ▶ **Menni, B. (1994).**
El pobre de Jesús.
Burgos: Monte Carmelo.
- ▶ **Montonati, A. (1999).**
El Coraje de un profeta.
Milano: Ancora.
- ▶ **Zuñeda Salazar, E. (1985).**
Benito Menni, testigo de la caridad.
Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

**Beata María Pilar Izquierdo –
Obra Misionera de Jesús y María**

- ▶ **Díez García, D. (1993).**
Madre María Pilar Izquierdo Albero, fundadora de la obra misionera de Jesús y María. *Logroño: Díez García, D.*
- ▶ **Santiago Rodríguez, M., y Gómez Arias, C. (2006).**
El padrenuestro de los sencillos: una visión de la espiritualidad de la Beata María Pilar Izquierdo Albero, fundadora de la Obra Misionera de Jesús y María. *Madrid: Edibesa.*
- ▶ **Santiago Rodríguez, M. (2001).**
Sufrir y amar, amar y sufrir.
Bilbao: Desclée de Brouwer.
- ▶ **Santa Genoveva Torres Morales –
Religiosas Angélicas**
- ▶ **Genoveva Torres Morales:**
Roma, 29 de enero de 1995: Crónica de la beatificación: Una minúsválida sube a los altares. (1996).
Zaragoza: Religiosas Angélicas.
- ▶ **Gil de Muro, E. (1990).**
Por duro que sea el trabajo: Genoveva Torres Morales. Una biografía apresurada.
Burgos: Monte Carmelo.
- ▶ **González Chaves, A. (2004).**
Santa Genoveva Torres Morales.
Madrid: San Pablo.

- ▶ **Llorca, B. (1982).**
Ángel de la soledad.
Zaragoza: Religiosas Angélicas.
- ▶ **Mainar Elpunte, M. (2003).**
Genoveva Torres Morales: vida, virtudes y milagros de una mujer minusválida. *Zaragoza: Casa Generalicia Religiosas Angélicas.*
- ▶ **Santa Genoveva Torres Morales :**
Crónica de su canonización, Madrid, 4 de mayo de 2003: Fundadora de la Congregación de Hermanas del Sagrado Corazón de Jesús y de los Santos Ángeles (Angélicas). (2004).
Madrid: Casa Generalicia de las Religiosas Angélicas.
- ▶ **Sesé, J. (1995).**
Servir por amor: la vivencia espiritual de la madre Genoveva Torres Morales.
Zaragoza: Religiosas Angélicas.
- ▶ **Torres Morales, G. (2012).**
Santa Genoveva Torres Morales: escritos completos.
Zaragoza: Hermanas del Sagrado Corazón y de los Santos Ángeles.
- ▶ **Beata María Rafols –
Hermanas de la Caridad
de Santa Ana**
- ▶ **Aznar, R. (1995).**
María Rafols: heroína de la caritat, fundadora de les Germanes de la Caritat de Santa Ana.
Barcelona: Germanes de la Caritat de Santa Anna.

- ▶ **Becker, G. (1974).**
Tiempo profético, “En torno a la vida, escritos y profecías de la Madre Rafols”.
Zaragoza: Circulo.
- ▶ **Martin Descalzo, J. (1991).**
El verdadero rostro de María Rafols.
Madrid: Congregación Hermanas de la Caridad de Santa Ana.
- ▶ **Isabel Ventosa –
Hermanas Franciscana
Misioneras de la Natividad
de Nuestra Señora
(Darderas)**
- ▶ **Lander Azcona, A., Martí Bonet, J., Roset, M., Mallorquí, O., y Rodríguez, P. (2013).**
Antonia Valencia y las Darderas.
Barcelona: Hermanas Franciscanas Misioneras de la Natividad de Ntra. Señora (Darderas).
- ▶ **Martí i Bonet, J., y Lander Azcona, A. (1982).**
Congregación de la Natividad de Nuestra Señora (Darderas).
Barcelona: Instituto de las Hermanas Franciscanas Misioneras de la Natividad de Ntra. Señora (Darderas).
- ▶ **Martí Bonet, J., y Lander Azcona, A. (1983).**
Cristo Nuestro Señor quiere ser servido en los pobres.
Barcelona: Instituto de las Hermanas Franciscanas Misioneras de la Natividad de Ntra. Señora (Darderas).

LH n.312

▶ **Martí i Bonet, J., y Lander Azcona, A. (1993).**
Las Darderas: Congregación de la Natividad de Nuestra Señora: documentos y comentarios. Vol. II, años 1790-1835.
Barcelona: Instituto de las Hermanas Franciscanas Misioneras de la Natividad de Ntra. Señora (Darderas).

▶ **Martí i Bonet, J., y Lander Azcona, A. (1997).**
Isabel Ventosa y las Darderas.
Barcelona: Instituto de las Hermanas Franciscanas Misioneras de la Natividad de Nuestra Señora (Darderas).

07/2

El cine y la Vida Consagrada.

Juan Manuel Bajo Llauradó,
Máster en Gerontología Médica y Psicosocial.
Delegado de la Pastoral de la Salud de Tortosa.

Este año 2015 dedicado a la Vida Consagrada coincide con el 120 aniversario de la invención del cinematógrafo de los hermanos Lumiere. Innumerables filmes tienen como protagonistas a religiosos y religiosas. Reflejan su vocación, altruismo y su amor al prójimo, a imitación de Jesús el Buen Samaritano. De ese gran elenco de films recomiendo algunas que nos pueden ayudar a admirar y valorar a tantos hombres y mujeres consagrados que han dedicado su vida a cuidar y acompañar a los más necesitados, vulnerables y enfermos.

▶ **Hermano Sol, Hermana Luna**
de Franco Zeffirelli
(Italia, 1972, 130 min.)

▶ **San Felipe Neri** de Giacomo Campiotti
(Italia, 2010, 200 min.)

▶ **Monsieur Vicent**
de Maurice Cloche
(Francia, 1947, 111 min.)

▶ **Thérèse** de Alian Cavalier
(Bélgica, 1986, 90 min.)

▶ **De hombres y de dioses**
de Xavier Beauvois
(Francia, 2010, 120 min.)

▶ **Madre Teresa**
de Kevin Connor
(EEUU, 1997, 92 min.)

▶ **Bakhita** de Giacomo Campiotti
(Italia, 2008, 200 min.)

▶ **Pena de muerte**
de Tim Robbins
(EEUU, 2005, 120 min.)

▶ **Historia de una monja**
de Fred Zinnemann
(EEUU, 1959, 149 min.)

▶ **Molokai, la isla maldita**
de Luis Lucia
(España, 1959, 105 min.)

▶ **Molokai: la historia del P. Damián**
de Paul Cox
(Australia, Bélgica, Holanda, 1999, 109 min.)

▶ **Visión.**
La historia de Hildegar Von Bingen
de Margarethe Von trotta
(Alemania, 2009, 110 min.)

▶ **El hombre que supo amar.**
San Juan de Dios
de Miguel Picazo
(España, 1978, 95 min.)

▶ **San Camilo de Lelis,**
una historia extraordinaria
(docu-fiction “Ti Servirò-la vita di San Camillo de Lellis)
(Italia, 2013)

▶ **¿Quién sabe cuánto cuesta hacer un ojal?**
de Ricardo Larraín
(Chile, 2005, 90 min.)

▶ **Marie Heurtin**
de Jean-Pierre Améris
(Francia, 2014, 95 min.)

07/3

Testimonios de misioneros.

Julián del Olmo,

En los programas de “Pueblo de Dios” (La 2) - Televisión a la Carta: www.rtve.es/alacarta/videos/pueblo-de-dios/ se pueden encontrar estos y otros testimonios de religiosos y religiosas que trabajan en el campo de la salud, en España y en otros países.

▶ «Camboya: sillas para la libertad»
(08/03/2015)

▶ «Jerez: frontera sin barreras»
(30/11/2014)

▶ «Haití: la tragedia olvidada»
(06/11/2014)

LH n.312

- ▶ «Cien años después»
(28/09/2014)

- ▶ «Hijas de la Caridad, en la salud y la educación»
(1/06/14)

- ▶ «Palencia: la ciudad de los sueños»
(10/11/2013)

- ▶ «Cristina, una mujer feliz»
(11/08/13)

- ▶ «Liberia: 50 años de hospitalidad»
(23/06/2013)

- ▶ «Las carmelitas de Sakassou»
(13/01/13)

- ▶ «San Agustín renace en Belén»
(16/12/12)

- ▶ «Las doctoras de Cubal»
(3/06/12)

- ▶ «Balombo, la lucha por la vida»
(12/02/12)

- ▶ «El Perú más hospitalario»
(8/01/12)

- ▶ «Baan Naboon: huérfanos de sida»
(13/11/11)

- ▶ «Cuzco, hospitalidad de altura»
(6/11/11)

- ▶ «Sierra Leona, lección de hospitalidad»
(06/05/2011)

- ▶ «Otra heroína de Cochabamba»
(23/05/10)





LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD
www.sanjuandedios.net