



# LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

## **Claves para una pastoral evangelizadora en los hospitales**

---

LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA

**n.316**

SEPTIEMBRE/OCTUBRE/  
NOVIEMBRE/DICIEMBRE

**3/2016**

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

Año 66. Tercera Época  
Septiembre/Octubre/Noviembre/Diciembre  
Número 316. Volumen XLVIII

### 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  
Colaboración Provincia  
Bética - Calixto Plumed, OH

### Consejo Asesor

Humanización - Anna Ramió,  
Laura Martínez, Jesús Pineda, OH  
Pastoral - Marije Goikoetxea,  
Jesús Martínez, Mercè Puig Pey  
Ética de la salud - Manuel de los Reyes López,  
Juan Ramón Lacadena, M<sup>a</sup> 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  
Rubén Aragón  
Lluís Guilera i Roche

### Abstracts

Vince Morera

Información y suscripciones  
laborhospitalaria@ohsjd.es

[www.ohsjd.es](http://www.ohsjd.es)  
[www.laborhospitalaria.org](http://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

**01/ El lugar  
de la Pastoral Hospitalaria  
en el marco de la  
pastoral eclesial. p10**  
+ Sebastià Taltavull Anglada

**02/ El hospital del futuro.  
Retos a la iglesia. p27**  
Jesús Martínez Carracedo.

**03/ El servicio de  
asistencia espiritual  
y religiosa hospitalario. p44**  
José Luis Redrado, O.H.

**04/ Los agentes de  
Pastoral de la salud en  
el hospital. Idoneidad. p59**  
José Manuel Álvarez Maqueda.

**05/ La persona idónea  
en el servicio religioso  
del hospital. p76**  
Begoña Bilbao.

**06/ Formación básica  
para la misión en pastoral  
de la salud. p87**  
José Carlos Bermejo.

**07/Experiencias. p92**  
7.1/ *Un programa informático para  
el seguimiento pastoral.*  
Sebastià Aupi.  
7.2/ *Un equipo con mayoría  
de personas idóneas.*  
Begoña Moreno.  
7.3/ *El modelo de atención espiritual de la  
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.*  
Mercè Puig-Pey.

**08/Recursos. p108**  
8.1/ *¿Qué piden los enfermos  
a los Servicios Religiosos?*  
Basilisa Martín.  
8.2/ *¿Qué espera un profesional  
del Servicio Religioso?*  
Sor Margarita Patrocínio.

**09/Comunicado fnal. p114**

# 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](http://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 2016	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

## Hacia una Pastoral Hospitalaria nueva y renovada.

### “Presencia cristiana en clínicas y hospitales”.

Este es el título de mi primer libro publicado por la editorial PPC, en el año 1969. No hago propaganda, está más que agotado. Bromeando con mis “amigos de la “pastoral de la salud” les digo que hoy casi me avergüenzo por los contenidos viendo el cambio y crecimiento, cantidad y calidad de temas que están hoy en las librerías sobre la pastoral de la salud en diversas lenguas. Pero me reconforta y “enorgullece” presentarlo como el inicio de un nuevo movimiento de la pastoral de enfermos en España. Igualmente la nueva presentación de la revista “Labor Hospitalaria” con el nº 130, marzo 1969, y la trayectoria tan rica hasta hoy. También pienso en la primera semana de Pastoral Hospitalaria celebrada en Zaragoza, en septiembre de 1969, hasta el Simposium sobre Pastoral Hospitalaria celebrado en El Escorial, del 13 al 15 de octubre de 2015, cuyo contenido hoy ofrecemos a nuestros lectores. De unas a otras fechas han pasado un buen puñado de años con mucho crecimiento.

Muchas personas han sido protagonistas en esta historia, una historia rica en entusiasmo, rica por las muchísimas reflexiones, rica por los encuentros, informes, cursos, cursillos, conferencias, y por la infinidad de publicaciones. La pequeña semilla se ha hecho árbol frondoso, rico de frutos

en España, en los institutos religiosos al servicio de los enfermos y en el mundo entero. Yo mismo he querido subrayar este íter histórico, este trozo de historia, en mi libro titulado “50 años de sacerdote a título de Hospitalidad”, páginas 47-195. Libro que ofrecimos en su tiempo a todas las delegaciones diocesanas de Pastoral de la Salud. Es la historia realizada por muchas personas, historia llena de nombres, fechas, lugares y fotografías-recuerdo. Nuestra revista Labor Hospitalaria estuvo y está muy presente también para recoger vida y transmitirla.

Hoy ofrecemos a nuestros lectores el Simposiun celebrado en El Escorial: ponencias, experiencias, comunicaciones. No quisiera equivocarme si digo a los lectores de Labor Hospitalaria que se trata de un “material” de calidad, lo último a lo que en estos momentos aspiramos después de una larga historia para hacer posible una pastoral hospitalaria nueva y renovada. Os ofrecemos en este número mucha doctrina, y mucha experiencia, mucha vida y, sobre todo, mucha profecía que hemos de convertir en realidad; se lo merecen los enfermos y familias, se lo merecen los profesionales y todos los agentes de la pastoral en los hospitales. Un reto que necesita personas que crean en este nuevo proyecto y se ponga en acción. Es mucho lo realizado, pero hemos de realizar más y con mayor integración en los equipos interdisciplinarios. Activos, entusiastas, comprometidos. ¿Quién se apunta?

La presencia de la Iglesia en los hospitales, mediante las “capellanías”, ha dado un salto de gigante y de ello hemos de felicitarnos porque la Pastoral de la Salud está entrando a formar parte, de modo interdisciplinar, en el proceso integral, holístico, del cuidado y curación del enfermo.

Esta idea está tomando cada vez más fuerza, y ponerla en acción requiere un proceso claro y constante, empezando por la formación de personas y “equipos” apropiados a cada estructura sanitaria. El Simposium ha sido una ocasión más que ha servido para reforzar y animar este campo pastoral. Por ello, el material que salió del encuentro y que el lector tiene en sus manos es un “recorda-

torio” de ideas y prácticas y un estímulo para la renovación pastoral en los hospitales.

La pastoral en los hospitales es una de las periferias de las que tanto habla nuestro Papa Francisco. El hospital es el lugar más universal y frecuentado, pasa toda la humanidad, sin excepción: ricos y pobres, grandes y pequeños, creyentes y no creyentes...; y, además, en circunstancias muy particulares, estar enfermo. Una experiencia que marca fuertemente la vida de cualquier ser humano.

Convertir el hospital en un “taller de reparación”, perdón por la expresión, es cosificar la persona, es verla solo como cuerpo, es curarla solo biológicamente y no biográficamente, como persona. El hospital no es un taller de reparación, no es un bar, no es una discoteca, se lo he oído decir infinidad de veces a nuestro “fallecido” P. Pierluigi Marchesi, exgeneral de la Orden Hospitalaria y gran defensor del enfermo, de la humanización y de la asistencia integral, también espiritual y religiosa. El hospital es un lugar que interroga mucho, muchísimo; un lugar de encuentro, de cuidado y curación, pero también un lugar donde me puedo morir; el enfermo y sus familiares se interrogan también sobre ello. Prestar ojo atento, técnica y corazón a esta realidad de la persona que pasa por el hospital requiere tiempo, no se realiza en un día. Por ello, las personas que ejercen su servicio, trabajo, misión en los lugares hospitalarios deben ser sensibles, atentas; trabajan con seres humanos y, además, son personas enfermas.

Los santos de la caridad -hombres y mujeres- son un ejemplo vivo, cercano, de cómo han atendido a la persona que sufre. A dos de ellos, Juan de Dios y Camilo de Lelis, la Iglesia los proclamó oficialmente patronos de los hospitales, de los enfermos y del personal asistencial. Ellos bebieron de una fuente inagotable de atención, cercanía y amor por el enfermo; me refiero a Jesús de Nazaret, maestro para todos ellos y hoy para nosotros. “Haz tú lo mismo”, nos sigue diciendo hoy la parábola del Buen samaritano: acercamiento, compasión, curación, compromiso (Cfr. Lucas 10). Gran parte de la vida de Jesús estuvo dedicada a los enfermos y personas

que sufren; la Iglesia debe imitarlo en esta faceta si quiere ser creíble.

Alzamos nuevamente nuestra voz a favor de esta pastoral de enfermos para que sepamos integrarla en los planes nacionales de pastoral, en las diócesis, en las parroquias; es la página más cercana al evangelio de Jesús, es la historia más rica que tiene la Iglesia. Hay que estar convencido de ello y, si lo estamos, seguro que pondremos medios, especialmente personas vocacionadas a trabajar y animar la pastoral en los hospitales. Un plan pastoral nacional, diocesano, parroquial que no incluya explícitamente el mundo de los enfermos será siempre incompleto. El plan pastoral de Jesús arranca en la sinagoga de Nazaret (Lc. 4, 18-21) primero con la conciencia de ser ungido y enviado a llevar curación, sanación, liberación. Palabras que confirmará después con hechos concretos, de presencia y curación de enfermos (Cfr. Lucas capítulos 4 y 5: endemoniado, suegra de Pedro, leproso, paralítico...). “Al ponerse el sol, todos los que tenían enfermos con diversas dolencias se los llevaban. Él les ponía las manos sobre cada uno y los curaba” (Lc. 4, 40).

La Iglesia española está hoy en ello, pero tiene que poner en práctica, metodológicamente, mucho de lo que ha reflexionado y publicado sobre este sector concreto de pastoral. Yo espero que el Simposium celebrado en El Escorial nos ayude una vez más a concretar y llevar a cabo cuanto decimos en los congresos y simposiums o cuanto escribimos sobre el tema y lo ponemos en abundancia a la venta en las librerías.

Lector que tienes en tus manos este número de Labor Hospitalaria, ¡que no se te caiga de las manos! Ojéalo, léelo, subráyalo, difúndelo y, si estás en un hospital, empieza a ponerlo, poco a poco, en práctica. Entonces, el encuentro de El Escorial habrá servido para algo y no sólo para la biblioteca o para pasar unos días juntos.

+ José L. Redrado, OH.  
Director



## Marco del SIMPOSIUM sobre pastoral hospitalaria.

Desde hacía unos años el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española (CEE) venía planteándose la mejor manera para reflexionar juntos -como Iglesia en España- acerca de la pastoral en el campo hospitalario.

Por ello, la Comisión Episcopal de Pastoral pidió a la XCIX Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española, de abril de 2012, que se pudiese tratar el tema de la Pastoral hospitalaria en un Congreso.

Su respuesta nos invitaba a profundizar en la problemática y retos de esta pastoral a través de otros medios. Por lo cual, el Departamento llevó a cabo un plan con 4 momentos:

1. **Encuesta Personal** a los miembros de los Servicios de Atención Religiosa Católica en Hospitales (SARCHs) en el año 2012.
2. **Reflexión sobre los 10 temas principales** del trabajo pastoral hospitalario (sept 2013-julio 2014).
3. **Petición de datos** concretos sobre los **hospitales** de las diócesis (nº capellanes, personas idóneas, personas atendidas, voluntariado, plazas asignadas,...) a través de las Delegaciones diocesanas (mayo-junio 2015).

### 4. **Simposium** sobre pastoral hospitalaria: 13-15 de octubre de 2015.

Este Simposium se realizó en El Escorial con la participación de 190 personas del ámbito hospitalario, con presencia de 5 obispos y el representante del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Llevó por título: **“Claves para una pastoral evangelizadora en los hospitales”** y sus objetivos fueron:

1. Acercarnos al mundo del hospital para detectar los desafíos y oportunidades que ofrece a la acción evangelizadora de la Iglesia.
2. Profundizar en los rasgos de la presencia y acción evangelizadora en el hospital, a la luz del Evangelio, de la tradición viva de la Iglesia y de los signos de los tiempos.
3. Descubrir las posibilidades pastorales (sacerdotes, religiosos/as o seculares) que la Iglesia española de hoy puede ofrecer a los servicios religiosos hospitalarios y construir el futuro desde esta realidad.
4. Revisar, renovar y dar un nuevo impulso a los equipos de servicio religioso hospitalario y a nuevos modos de acción pastoral.

Y como ideas-fuerza se marcaron las siguientes:

- El **hospital** es hoy un lugar privilegiado para la evangelización. Aunque en los últimos años nuestra sociedad ha experimentado **profundos cambios** que plantean serios desafíos y preciosas oportunidades a la presencia de la acción evangelizadora de la Iglesia en los hospitales, a los que no se está dando respuesta o se da con languidez. También la realidad eclesial ha cambiado, marcada por la escasez de clero para atender este precioso servicio pastoral.

- La incorporación de **“personas idóneas”** (no presbíteros) para prestar la asistencia religiosa en los hospitales, contemplada en el Acuerdo marco y los Convenios, por diversos motivos se ha realizado tan sólo en algunas diócesis. Lo cual ha privado de un recurso muy válido para potenciar la asistencia religiosa.
- La legislación actual -nacional y autonómica- también ha modificado el acercamiento y acceso a las personas enfermas y al entorno hospitalario (habitaciones, capilla, Ley de protección de datos, régimen laboral,...).
- Si la Iglesia se toma en serio su **presencia** en este mundo hospitalario, será cada día más significativa en el mismo, será sal y luz, consuelo y esperanza para los enfermos. De lo contrario, no estará respondiendo al mensaje evangélico. Nos encontramos, pues, en un momento en que la Iglesia no debe perder la oportunidad de evangelizar.
- La celebración de un Simposium en el que se aborden todos estos temas es, pues, urgente y necesario. Y entronca, perfecta y oportunamente, con la llamada que nos hace la Iglesia: **“La pastoral en clave de misión pretende abandonar el cómodo criterio pastoral del “siempre se ha hecho así”. Invito a todos a ser audaces y creativos en esta tarea de repensar los objetivos, las estructuras, el estilo y los métodos evangelizadores” (E.G.33)**. En este sentido, el Simposium es un medio muy apropiado para responder a esta llamada.

Este encuentro sirvió como impulso de reflexión, trabajo e ilusión.

Esta ha sido la génesis y el marco en que ha nacido el Simposium que da como fruto inicial

todo este material que tienes en tus manos, sin embargo, no agota toda la riqueza e ilusión compartidas en aquellos 2 días del Escorial, pues lo comunicado en los grupos de reflexión y en los momentos de diálogo ha sido también otra gran riqueza; que hemos tratado de recoger en un Comunicado que encontraréis al final de este volumen.

Nos gustaría que este material -tanto si eres capellán, persona idónea, profesional, vicario, párroco o voluntario- fuese leído y profundizado para mejor servir al enfermo, su familia o los profesionales sanitarios dando nosotros un salto de calidad en nuestra misión evangelizadora en el mundo de la salud.

**“Estamos llamados a ser personas-cántaros para dar de beber a los demás. (...) Personas de fe que, con su propia vida, indiquen el camino y mantengan viva la esperanza” (EG.86)**. Es por ello que para dar de beber esperanza a los enfermos y sufrientes, debo yo llenarme de esa agua de Cristo que actuó siempre al servicio de la persona, respetando sus tiempos y, -podríamos decir hoy- formándose integralmente en todos los campos.

Que esta documentación sirva para ese objetivo vital y pastoral.

Pido al Padre de la Misericordia que nos haga a todos misericordiosos como Él entre los enfermos, especialmente con aquellos que pasan por el hospital.

**Jesús Martínez Carracedo,**  
**Director Nacional del Departamento**  
**de Pastoral de la Salud.**  
**Conferencia Episcopal Española. Madrid.**



# 01/El lugar de la Pastoral Hospitalaria en el marco de la pastoral eclesial.

+ **Sebastià Taltavull Anglada,**  
Obispo auxiliar de Barcelona.  
Presidente de la Comisión de Pastoral.  
Conferencia Episcopal Española.

La presencia de la Iglesia junto a los enfermos, sus familias y las personas que les atienden en los hospitales, profesionales y voluntarios, ha sido siempre una constante de la pastoral de la Iglesia. Más aún, en estos momentos en los que hay un desplazamiento cuantitativo desde la casa al hospital o a las residencias, debido a la nueva configuración de la vida ciudadana, especialmente en las grandes ciudades. En esta aportación se señalan los objetivos propuestos desde la comisión episcopal del Departamento Nacional de Pastoral de la Salud: acercarnos al mundo del hospital para detectar los desafíos y oportunidades que ofrece la acción evangelizadora de la Iglesia; profundizar en los rasgos de presencia y acción evangelizadora en el hospital a la luz del Evangelio, de la tradición viva de la Iglesia y de los signos de los tiempos; descubrir las posibilidades pastorales (sacerdotes, religiosos y seglares) que la Iglesia española de hoy puede ofrecer a los servicios religiosos hospitalarios y construir el futuro de este ámbito de evangelización; revisar, renovar y dar un nuevo impulso a los equipos de servicio religioso hospitalario y a nuevos modos de acción pastoral.

Palabras clave:  
*Pastoral, Hospital, Jesús, Caridad, Iglesia.*

The presence of the Church to the sick, their families and people who care for them in hospitals, professionals and volunteers, has always been a constant in the ministry of the Church. Moreover, in these times when there is a quantitative shift from home to hospital or nursing homes due to the new configuration of city life, especially in big cities. In this contribution, the objectives proposed from the Episcopal Commission of the National Department of Pastoral Care are as follows: to approach the world of the hospital to identify the challenges and opportunities of the evangelizing action of the Church; to delve into the features of evangelizing presence and work in the hospital in the light of the Gospel, the living tradition of the Church and the sign of time; to discover the pastoral possibilities (priests, religious and laity) that the Spanish Church today can offer to hospital religious services and to build the future of this field of evangelization; to review, renew and give new impetus to religious service hospital teams and new modes of pastoral action.

Key words:  
*pastoral, hospital, Jesus, charity, church*

---

**1/**

---

**La peregrinación  
de la misericordia.**

---

**1/1.****Solidarios con el enfermo sin juzgarlo**

Para empezar, la reflexión que os propongo quiere centrar “el lugar de la pastoral hospitalaria en el marco de la pastoral eclesial” y, más concretamente, en la centralidad de esta pastoral en favor de los enfermos en el conjunto de prioridades que una Iglesia particular, la Diócesis, ha de colocarla.

Para ello, me parece importante partir, primero de las necesidades reales que percibimos en nuestro trato con la gente y el momento eclesial que nos urge a adoptar unas actitudes que definan con claridad cuál es nuestra identidad como agentes de pastoral de la salud.

En nuestra pastoral con los enfermos, tanto en nuestras parroquias como en los hospitales, hay algo que hemos de tener muy claro: el trato de Jesús con los enfermos y su entorno.

De ahí hemos de partir y de ahí no podemos salir. Tal y como aparece en el Evangelio, es indiscutible la dedicación, trato y acción

sanadora de Jesús, hasta el punto que hace de ello un signo visible de la presencia del Reino de Dios en medio de su Pueblo.

En su Mensaje para la Jornada Mundial de Enfermo, el **papa Francisco** citaba este año unas palabras del libro de Job refiriéndose a la sabiduría del corazón: “**Era yo los ojos del ciego y del cojo los pies**” (29,15). La sabiduría del corazón es servir al hermano, es salir de sí hacia él, es ser solidarios con él sin juzgarlo. Decía el papa Francisco:

“Cuando la enfermedad, la soledad y la incapacidad predominan sobre nuestra vida de donación, la experiencia del dolor puede ser lugar privilegiado de la transmisión de la gracia y fuente para lograr y reforzar la sabiduría del corazón”.

Este “**ser solidarios con el enfermo sin juzgarlo**” es un presupuesto necesario para nuestro trabajo pastoral con ellos y con su entorno. Digo también “**su entorno**” porque nuestra acción solidaria no queda reducida al ámbito individual de atención, sino que se propone crear un “**clima**” favorable, de trato amable que sea expresión de una acogida quizá desacostumbrada. Si ello no es posible pensar en la posibilidad de evangelizar. Un sacerdote en un hospital no es aquel individuo que pasa por las salas o las habitaciones como si de un “**negocio**” exclusivo se tratara, subiendo y bajando ascensores o pateando corredores. La misión evangelizadora que la Iglesia nos confía supone relación, trato, tiempos largos, conversaciones, atención.

“**Ser solidarios con el enfermo sin juzgarlo**”, es empezar por la vía de ofrecer amistad a partir de mostrar interés por su persona, facilitando la conversación desde aquella fuerte dosis de escucha que contiene preocupación por su situación personal y familiar, comprendiendo

más que exhortando, nunca juzgando. Mirémoslo a la luz de lo que el papa Francisco nos propone para el Año de la Misericordia (y para siempre) ya que se trata de hacer este ejercicio desde aquella actitud de misericordia que Jesús pide de sus seguidores. Me llama la atención el tono que da a la peregrinación (MV 14) como actitud de “**aquel peregrino que recorre su camino para conseguir la meta anhelada**”.

Tomemos nuestra tarea pastoral en el hospital como un peregrinaje que recorre su camino, que se propone un itinerario para llegar a esta meta anhelada. “**Que el peregrinaje sea estímulo para la conversión**” -dice el Papa- lo cual significa “**dejarnos abrazar por la misericordia de Dios y así comprometernos a ser misericordiosos con los demás como el Padre lo es con nosotros**”.

“**Ser solidarios con el enfermo sin juzgarlo**”. A eso quiere llegar y hemos de llegar aplicando este principio de la misericordia que nos propone como actitud de conversión personal y pastoral. La propuesta nos viene del mismo Jesús:

“**El Señor Jesús indica las etapas de la peregrinación mediante la cual es posible alcanzar esta meta: “No juzguéis y no seréis juzgados; no condenéis y no seréis condenados; perdonad y seréis perdonados. Dad y se os dará: una medida buena, apretada, remecida, rebosante pondrán en el halda de vuestros vestidos. Porque seréis medidos con la medida que midáis” (Lc 6,37-38).**

**Dice, ante todo, no juzgar y no condenar. Si no se quiere incurrir en el juicio de Dios, nadie puede convertirse en el juez del propio hermano. Los hombres ciertamente con sus juicios se detienen en la superficie, mientras el Padre mira el interior. ¡Cuánto mal hacen las palabras cuando están motivadas por sentimientos**

**de celos y envidia! Hablar mal del propio hermano en su ausencia equivale a exponerlo al descrédito, a comprometer su reputación y a dejarlo a merced del chisme.**

**No juzgar y no condenar significa, en positivo, saber percibir lo que de bueno hay en cada persona y no permitir que deba sufrir por nuestro juicio parcial y por nuestra presunción de saberlo todo. Sin embargo, esto no es todavía suficiente para manifestar la misericordia.**

**Jesús pide también perdonar y dar. Ser instrumentos del perdón, porque hemos sido los primeros en haberlo recibido de Dios. Ser generosos con todos sabiendo que también Dios dispensa sobre nosotros su benevolencia con magnanimidad” (MV 14).**

---

**1/2****Salir de la propia comodidad y peregrinar hacia las periferias.**

Esta forma de plantear nuestro itinerario pastoral es propio de una Iglesia en salida, como dice el papa Francisco, y muestra incluso un nuevo estilo, más cercano, más evangélico, más humano y humanizador.

Para nosotros, agentes de la pastoral hospitalaria y dentro del marco de la pastoral de la salud, Iglesia en salida significa abandonar ciertas inercias y comodidades, ciertos funcionarismos que nos deterioran personalmente, desdibujan nuestra opción evangélica y traicionan nuestra identidad de consagrados, de ungidos.

Iglesia en salida es un dinamismo interior que hay que asumir ya que “**Dios quiere provocarlo en los creyentes**” (EG 20). En cada uno de nosotros es siempre fruto de una llamada a esta nueva “**salida misionera**”. Por ello dice que

“Cada cristiano y cada comunidad discernirá cuál es el camino que el Señor le pide, pero todos somos invitados a aceptar este llamado: salir de la propia comodidad y atreverse a llegar a todas las periferias que necesitan la luz del Evangelio” (ibid. 20).

Salir de la propia comodidad y peregrinar hacia las periferias, las que están ahí y las que nosotros mismos creamos. En el marco del hospital hay que atreverse a diagnosticar esta situación y no pasar de largo.

Quizá es la realidad que vivió aquel samaritano que se detuvo al ver alguien tirado en cuneta, herido. Ahí, está un fuerte reto que nos plantea serios interrogantes: ¿Hay alguien en la cuneta? ¿Cuál es mi actitud habitual: pararme o pasar de largo? ¿Qué hago cuando me paro? ¿Qué me dice mi conciencia cuando paso de largo? ¿Qué fuerza interior o motivo de fondo hace que me pare? Pienso en aquellas palabras de **Martin Luther King** comentando en una homilía sobre la parábola del buen Samaritano su actitud y la del sacerdote y el levita. Es cuestión de plantearse bien la pregunta ante el herido, ante el enfermo: ¿Qué me pasará a mí si le ayudo? ¿Qué le pasará a él si no le ayudo? ¡Es la alternativa! Ante la que hay que tomar una decisión que toma le lleno toda nuestra persona y no conoce horarios ni honorarios. Y en este sentido hablo de “pastoral hospitalaria” en el marco de la “pastoral eclesial” (diocesana).

---

**1/3****Una misión configurada por la unción sacramental.**

Refiriéndome especialmente a nosotros, diáconos, sacerdotes y obispos. Nuestra misión está configurada por la unción sacramental. Esto tiene un hondo calado.

Nuestra acción pastoral no es una mera función, no es un trabajo a horas, no está sujeto -en principio- ni a la exigencia de una remuneración económica que pueda añadir un plus a nuestros ingresos, una especie de sobresueldo añadido al que ya tenemos por nuestro ministerio en la diócesis.

¿Qué haríamos de nuestra tarea pastoral en el hospital si no dispusiéramos de remuneración económica? Hemos de estar preparados para ello y dispuestos a ejercer nuestro ministerio haciendo caso de Jesús que, como dice el **Evangelio de Marcos**,

“Llamó a los Doce y los fué enviando de dos en dos, dándoles autoridad sobre los espíritus inmundos. Les encargó que llevaran para el camino un bastón y nada más, pero ni pan, ni alforja, ni dinero suelto en la faja; que llevaran sandalias, pero no una túnica de repuesto [...] Ellos salieron a predicar la conversión, echaban muchos demonios, ungián con aceite a muchos enfermos y los curaban” (Mc 6,7-9.12-13).

Y qué claro aún lo dice en el discurso apostólico cuando -según el **evangelio de Mateo**- llama a los Doce discípulos (y pone los nombres de los Doce) y les da autoridad para curar toda enfermedad y toda dolencia y, además de otras instrucciones, les dice:

“Curad enfermos, resucitad muertos, limpiad leprosos arrojad demonios. Gratis habéis recibido, dad gratis. No os procuréis en la faja oro, plata ni cobre; ni tampoco alforja para el camino, ni dos túnicas, ni sandalias, ni bastón; bien merece el obrero su sustento” (Mt 10,8-10).

Y, además, unas instrucciones de estilo fácilmente aplicables:

“Cuando entréis en una ciudad o aldea, averiguad quien hay allí de confianza y quedaos en su casa hasta que os vayáis. Al entrar en una casa, saludadla con la paz; si la casa se lo merece, vuestra paz vendrá a ella. Si no se lo merece, la paz volverá a vosotros” (Mt 10,12-13).

Mateo añadirá las dificultades como la persecución, el rechazo, la detención, los azotes, el odio... Pero al mismo tiempo, destaca la llamada de Jesús a la plena confianza en Él:

“Cuando os entreguen, no os preocupéis de lo que vais a decir o cómo lo diréis: en aquel momento se os sugerirá lo que tenéis que decir, porque no seréis vosotros los que habléis, sino que el Espíritu de vuestro Padre hablará por vosotros” (cf. Mt 10,19-21).

Jesús dice reiteradamente “¡no tengáis miedo!” y acaba con esta afirmación contundente que toca en el corazón de nuestra decisión por Él:

“A quien se declare por mi ante los hombres, yo también me declararé por él ante mi Padre que está en los cielos. Y si uno me niega ante los hombres, yo también lo negaré ante mi Padre que está en los cielos” (Mt 10,32-33).

---

**1/4**

En el fondo, la pregunta de Jesús: “¿me quieres?”

En nuestra misión entre los enfermos, que la recibimos directamente de Jesús mediante su Iglesia, hará falta tener siempre muy claro a quién y a quiénes nos debemos. Como decía, es una misión que proviene de nuestro compromiso bautismal, diaconal, presbiteral y episcopal. Lo digo por la gracia recibida para ejercer este ministerio y para seguir recibéndola en la medida en que nos damos del todo con un amor que no es solo de correspondencia, sino oblativo. Jesús, a través de la persona enferma, nos está preguntando constantemente. “¿me quieres?”.

Deja la pregunta lanzada para que la respondamos. Ya sabemos cómo la responde Pedro hasta que Jesús se rebaja para identificarse con él. Pero aun así, le hace una llamada a que su forma de amar sea cada vez más llena de gratuidad y sentido oblativo. También ahí está el hecho de nuestra vulnerabilidad, que hay que aceptarla con humildad para que el Señor la transforme en fortaleza con sus dones (“no tengáis miedo, el Espíritu Santo estará a vuestro lado y dentro de vosotros, y hablará por vosotros”).

Todo ello pide nuestra conversión pastoral en la línea que el papa Francisco señala cuando habla de una impostergable renovación eclesial. Dice:

“Sueño con una opción misionera capaz de transformarlo todo, para que las costumbres, los estilos, los horarios, el lenguaje y toda estructura eclesial se convierta en un cauce adecuado para la evangelización del mundo actual más que para la autopreservación. La reforma de estructuras que exige la conversión pastoral sólo puede entenderse en este sentido: procurar

LH n.316

que todas ellas se vuelvan más misioneras, que la pastoral ordinaria en todas sus instancias sea más expansiva y abierta, que coloque a los agentes pastorales en constante actitud de salida y favorezca así la respuesta positiva de todos aquellos a quienes Jesús convoca a su amistad” (EG 27).

Ya **San Juan Pablo II**, se refería a ello haciendo una llamada vivir una espiritualidad de comunión que fuera la condición sine qua non para una organización eclesial que respondiera a las exigencias del Evangelio y del momento en que vivimos. Lo decía con esta fuerza:

“En fin, espiritualidad de la comunión es saber « dar espacio » al hermano, llevando mutuamente la carga de los otros (cf. Ga 6,2) y rechazando las tentaciones egoístas que continuamente nos asechan y engendran competitividad, ganas de hacer carrera, desconfianza y envidias. No nos hagamos ilusiones: sin este camino espiritual, de poco servirían los instrumentos externos de la comunión. Se convertirían en medios sin alma, máscaras de comunión más que sus modos de expresión y crecimiento” (NMI 43).

Estas convicciones han de estar a la base de cualquier acción pastoral y piden esta conversión personal que nos hace situar ante el otro de una forma totalmente nueva, como alguien que me pertenece, algo mío que yo amo y a quien ayudo en su situación. Hablemos o no hablemos de Dios.

**Benedicto XVI** lo dice de forma muy clara en su encíclica **Deus caritas** est cuando hablando del perfil específico de la actividad caritativa de la Iglesia valora la importancia de la competencia profesional a la que ve como primer

requisito para atender a la persona necesitada (enferma), pero insiste en que los seres humanos necesitan siempre algo más que una atención sólo técnicamente correcta. Necesitan -dice- “humanidad”, atención cordial, una atención que salga del corazón para que el otro experimente su riqueza de humanidad.

“Por eso, dichos agentes, además de la preparación profesional, necesitan también y sobre todo una « formación del corazón »: se les ha de guiar hacia ese encuentro con Dios en Cristo, que suscite en ellos el amor y abra su espíritu al otro, de modo que, para ellos, el amor al prójimo ya no sea un mandamiento por así decir impuesto desde fuera, sino una consecuencia que se desprende de su fe, la cual actúa por la caridad (cf. Ga 5, 6)” (DCE 31a).

Sin embargo, lo más puede ayudarnos a la hora de estar al lado de los que sufren es atender su propia singularidad. Dice el mismo texto de Deus caritas est que

“A un mundo mejor se contribuye solamente haciendo el bien ahora y en primera persona, con pasión y donde sea posible, independientemente de estrategias y programas de partido. El programa del cristiano -el programa del buen Samaritano, el programa de Jesús- es un «corazón que ve». Este corazón ve dónde se necesita amor y actúa en consecuencia. Obviamente, cuando la actividad caritativa es asumida por la Iglesia como iniciativa comunitaria, a la espontaneidad del individuo debe añadirse también la programación, la previsión, la colaboración con otras instituciones similares” (DCE 31b).

---

No somos el centro de nuestro trabajo pastoral, el centro es Él, Jesús y los enfermos en quienes lo vemos presente

Y otro aspecto a destacar en este nuestro peregrinaje. El momento del anuncio. Hemos dicho muchas veces que son los pobres los que nos evangelizan, en nuestro caso los enfermos. Pero, ¿y nosotros? ¿Cómo les evangelizamos? Dice en papa Benedicto que

“Quien ejerce la caridad en nombre de la Iglesia nunca tratará de imponer a los demás la fe de la Iglesia. Es consciente de que el amor, en su pureza y gratuidad, es el mejor testimonio del Dios en el que creemos y que nos impulsa a amar.

El cristiano sabe cuándo es tiempo de hablar de Dios y cuándo es oportuno callar sobre Él, dejando que hable sólo el amor. Sabe que Dios es amor (1Jn 4, 8) y que se hace presente justo en los momentos en que no se hace más que amar. Y, sabe -volviendo a las preguntas de antes- que el desprecio del amor es vilipendio de Dios y del hombre, es el intento de prescindir de Dios. En consecuencia, la mejor defensa de Dios y del hombre consiste precisamente en el amor. Las organizaciones caritativas de la Iglesia tienen el cometido de reforzar esta conciencia en sus propios miembros, de modo que a través de su actuación -así como por su hablar, su silencio, su ejemplo- sean testigos creíbles de Cristo” (DCE 31c).

---

### 1/5

---

Ungidos, como Jesús,  
y enviados a los enfermos.

He dicho antes lo de la “unción” sacramental porque a través de ella y lo que conlleva de santificación y de incorporación a la Iglesia como pertenencia al Pueblo de Dios, al Cuerpo de Cristo y al Templo del Espíritu

(según el Concilio Vaticano II, LG), podemos ejercer nuestro ministerio entre los más necesitados, los más pobres, entre los enfermos, y ser buenos samaritanos en el ejercicio diario de nuestra labor hospitalaria. Hay una razón de fondo, y es que participamos del mismo sacerdocio de Cristo que es el “Ungido” y, además se define como tal. Lo, proclama en la Sinagoga de Nazaret citando el profeta Isaías y leyendo él mismo las Escrituras:

“Jesús fue a Nazaret, al pueblo donde se había criado. Un sábado entró en la sinagoga, como era su costumbre, y se puso en pie para leer las Escrituras. Le dieron a leer el libro del profeta Isaías, y al abrirlo encontró el lugar donde estaba escrito:

“El Espíritu del Señor está sobre mí, porque me ha unguido-consagrado para llevar la buena noticia a los pobres; me ha enviado a anunciar libertad a los presos y a dar vista a los ciegos; a poner en libertad a los oprimidos; a anunciar el año favorable del Señor.”

Luego Jesús cerró el libro, lo dio al ayudante de la sinagoga y se sentó. Todos los presentes le miraban atentamente. Él comenzó a hablar, diciendo: -Hoy mismo se ha cumplido esta Escritura delante de vosotros. Todos hablaban bien de Jesús y estaban admirados de la belleza de su palabra” (Lc 4,16-21).

Esta “unción” de la que participamos es la que da identidad y estilo de vida a nuestro ministerio hospitalario.

No somos el centro de nuestro trabajo pastoral, el centro es Él, Jesús y los enfermos en quienes lo vemos presente. Una “unción” que -con palabras del papa Francisco-

“Es para los pobres, para los cautivos, para los enfermos, para los que están tristes y solos. La unción, queridos hermanos, no es para perfumarnos a nosotros mismos, ni mucho menos para que la guardemos en un frasco, ya que se pondría rancio el aceite... y amargo el corazón”  
(de la homilía d la Misa Crismal 2013).

Ha de quedar claro que nuestra “**unción**” es para los enfermos, no para perfumarnos a nosotros mismos.

Esto nos llevaría a un serio problema que el papa Francisco apunta en la EG y al que dedica largos párrafos por la gravedad y dificultad que supone para el ejercicio del ministerio.

Es lo que él mismo llama la “**mundanidad espiritual**”, una manera sutil de buscar los propios intereses y no los de Cristo (FI 2,21), algo

“Que se esconde detrás de apariencias de religiosidad e incluso de amor a la Iglesia, es buscar, en lugar de la gloria del Señor, la gloria humana y el bienestar personal” (EG 93).

Dice con mucha claridad que

“En todos los casos, no lleva el sello de Cristo encarnado, crucificado y resucitado, se encierra en grupos elitistas, no sale realmente a buscar a los perdidos ni a las inmensas multitudes sedientas de Cristo. Ya no hay fervor evangélico, sino el disfrute espurio de una autocomplacencia egocéntrica” (EG 95).

Nuestra conversión pastoral, que sigue a la conversión personal ha de contar con el ejemplo de Jesús, que tiene sus preferencias, y concretarse en unas prioridades pastorales. Esto afecta la opción pastoral de fondo de una Diócesis y condiciona totalmente que todos los que la forman se decidan por uno u otros caminos. La pastoral hospitalaria participa y expresión de la pastoral diocesana. Y también viceversa, la pastoral diocesana deberá nutrirse de la calidad de la pastoral hospitalaria en cuanto presencia en la periferia de la enfermedad y si realmente ésta se parece a Jesús en su trato con los enfermos.

---

## 2/

### Los enfermos, una prioridad pastoral.

Un día (¿un fin de semana?) en la vida de Jesús. Su plena dedicación.

**Mc 1, 14-45** (entre muchos textos que podríamos escoger).

- **Jesús comienza su trabajo en Galilea (Mt 4.12-17; Lc 4.14-15).**

Después que metieron a Juan en la cárcel, Jesús fue a Galilea a anunciar las buenas noticias de parte de Dios. Decía: “**Ha llegado el tiempo, y el reino de Dios está cerca. Volveos a Dios y aceptad con fe sus buenas noticias.**”

- **Jesús llama a cuatro pescadores (Mt 4.18-22; Lc 5.1-11).**

Paseaba Jesús por la orilla del lago de Galilea, cuando vio a Simón y a su hermano Andrés. Eran pescadores y estaban echando la red al agua. Les dijo Jesús: -Seguidme, y os haré pescadores de hombres. Al momento dejaron sus redes y

se fueron con él. Un poco más adelante, Jesús vio a Santiago y a su hermano Juan, hijos de Zebedeo, que estaban en una barca reparando las redes. Al punto Jesús los llamó, y ellos, dejando a su padre Zebedeo en la barca con sus ayudantes, se fueron con Jesús.

- **Un hombre que tenía un espíritu impuro (Lc 4.31-37).**

Llegaron a Cafarnaúm, y el sábado entró Jesús en la sinagoga y comenzó a enseñar. La gente se admiraba de cómo les enseñaba, porque lo hacía con plena autoridad y no como los maestros de la ley. En la sinagoga del pueblo, un hombre que tenía un espíritu impuro gritó: -¿Por qué te metes con nosotros, Jesús de Nazaret?

¿Has venido a destruirnos? Yo te conozco. ¡Sé que eres el Santo de Dios! Jesús reprendió a aquel espíritu, diciéndole: -¡Cállate y sal de este hombre! El espíritu impuro sacudió con violencia al hombre, y gritando con gran fuerza salió de él. Todos se asustaron y se preguntaban unos a otros: -¿Qué es esto? ¡Enseña de una manera nueva y con plena autoridad! ¡Hasta a los espíritus impuros da órdenes, y le obedecen! Muy pronto, la fama de Jesús se extendió por toda la región de Galilea.

- **Jesús sana a la suegra de Simón Pedro (Mt 8.14-15; Lc 4.38-39).**

Cuando salieron de la sinagoga, Jesús fue con Santiago y Juan a casa de Simón y Andrés. La suegra de Simón estaba en cama, con fiebre. Se lo dijeron a Jesús, y él se acercó, la tomó de la mano y la levantó. Al momento se le quitó la fiebre y se puso a atenderlos.

- **Jesús sana a muchos enfermos (Mt 8.16-17; Lc 4.40-41).**

Al anochecer, cuando ya se había puesto el sol, llevaron ante Jesús a todos los enfermos y endemoniados, y el pueblo entero se reunió a la puerta. Jesús sanó de toda clase de enfermedades a mucha gente y expulsó a muchos demonios;

pero no dejaba hablar a los demonios, porque ellos le conocían.

- **Jesús anuncia el mensaje en las sinagogas (Lc 4.42-44).**

De madrugada, cuando todavía estaba oscuro, Jesús se levantó y salió de la ciudad para ir a orar a un lugar apartado. Simón y sus compañeros fueron en busca de Jesús, y cuando lo encontraron le dijeron: -Todos te están buscando. Él les contestó: -Vayamos a otros lugares cercanos a anunciar también allí el mensaje, porque para esto he salido. Así que Jesús andaba por toda Galilea anunciando el mensaje en las sinagogas de cada lugar y expulsando a los demonios.

- **Jesús sana a un leproso (Mt 8.1-4; Lc 5.12-16)**

Un hombre enfermo de lepra se acercó a Jesús, y poniéndose de rodillas le dijo: -Si quieres, puedes limpiarme de mi enfermedad. Jesús tuvo compasión de él, le tocó con la mano y dijo: -Quiero. ¡Queda limpio! Al momento se le quitó la lepra y quedó limpio. Jesús lo despidió en seguida, recomendándole mucho: -Mira, no se lo digas a nadie.

Pero ve, preséntate al sacerdote y lleva por tu purificación la ofrenda ordenada por Moisés; así sabrán todos que ya estás limpio de tu enfermedad. Sin embargo, en cuanto se fue, comenzó a contar a todos lo que había pasado. Por eso, Jesús ya no podía entrar abiertamente en ningún pueblo, sino que se quedaba fuera, en lugares donde no había nadie; pero de todas partes acudían a verle.

- ¿A quién dedica más tiempo Jesús? ¿Adivinamos algo de sus preferencias?

- ¿Con qué detalles se acerca a la gente que le busca? ¿Cuál es su intención?

- ¿Tiene algún plan, algún proyecto “pastoral”?

El programa de vida se lo hace cada uno.

**LH n.316**

Con toda libertad, pero con fidelidad. Fidelidad a uno mismo, a Dios en la persona de Jesús, a la Iglesia, comunidad a la que uno pertenece y a la que se hace disponible por causa del Reino de Dios.

En el corazón de todo ello, el Evangelio: Persona y Palabra. ¿Qué hace y qué dice Jesús? Éste es nuestro referente fundamental a la hora de plantear las prioridades pastorales en nuestra vida de presbíteros y de futuros presbíteros.

Sin embargo, no sólo hacemos éste planteamiento a partir de este referente fundamental, que es el más importante, sino que lo hacemos desde nuestra “encarnación” en la realidad humana y social a la que hay que llevar la persona y el mensaje de Jesús.

**Karl Barth** hablaba de la Biblia y el periódico como los dos elementos que configuran la visión cristiana de la realidad y el punto de partida de nuestra actuación pastoral sobre ella. De ahí se deducen muchas consecuencias y todo un estilo de vida en nosotros, los cristianos y, en especial, los presbíteros. Son dos atenciones insustituibles en nuestra vida y que la configuran y la definen totalmente.

Por ello, es importante que desde un principio y ya en tiempos de preparación al presbiterado, no sólo hagamos previsión de un determinado estilo de vida, sino que ya lo vivamos. El Orden Sacerdotal nos configurará a Cristo “Cabeza” mediante el don del sacramento. Todo lo que hayamos anticipado a nivel de convicciones y experiencia es ya terreno en el que la semilla del Evangelio encuentra su lugar adecuado.

Esta formulación nos hace ver la necesidad de una espiritualidad encarnada en la realidad de las personas a las que hay que servir y para las que hay que dar la vida, como dice Jesús el Evangelio (diálogo de los hijos de Zebedeo y parábola del Buen Pastor) como propuesta de servicio incondicional y de disponibilidad total. Por ahí entendería el valor de la pobreza evangélica, del celibato por el Reino de Dios

y la obediencia como corresponsabilidad en la acción pastoral.

Os propongo, por lo tanto, esta reflexión: primero, conocer directamente lo que dice y hace Jesús, y, segundo, conocer la realidad que le rodea y en la que se encarna.

---

**2/1**

---

**Qué dice y qué hace Jesús.**

Siendo concretos, quiero partir de un texto fundamental a la hora de hablar de “**prioridades en la pastoral**”: **Mt 25,31-46** (parábola del Juicio final). Fijémonos en todo el contexto y lo que dice el texto:

▼  
“Cuando venga el Hijo del hombre rodeado de esplendor y de todos los ángeles, se sentará en su trono glorioso. Todas las naciones se reunirán delante de él, y él separará a unos de otros como el pastor separa las ovejas de las cabras. Pondrá las ovejas a su derecha y las cabras a su izquierda.

Y dirá el Rey a los de su derecha: ‘Venid vosotros, los que mi Padre ha bendecido: recibid el reino que se os ha preparado desde la creación del mundo. Porque tuve hambre y me disteis de comer, tuve sed y me disteis de beber, fui forastero y me recibisteis, anduve sin ropa y me vestisteis, caí enfermo y me visitasteis, estuve en la cárcel y vinisteis a verme.’

Entonces los justos preguntarán: ‘Señor, ¿cuándo te vimos hambriento y te dimos de comer, o sediento y te dimos de beber? ¿O cuándo te vimos forastero y te recibimos, o falto de ropa y te vestimos? ¿O cuándo te vimos enfermo o en la cárcel, y fuimos a verte?’ El Rey les contestará: ‘Os aseguro que

todo lo que hicisteis por uno de estos hermanos míos más humildes, por mí mismo lo hicisteis.’

“Luego dirá el Rey a los de su izquierda: ‘Apartaos de mí, malditos: id al fuego eterno preparado para el diablo y sus ángeles. Porque tuve hambre y no me disteis de comer, tuve sed y no me disteis de beber, fui forastero y no me recibisteis, anduve sin ropa y no me vestisteis, caí enfermo y estuve en la cárcel, y no me visitasteis.’

Entonces ellos preguntarán: ‘Señor, ¿cuándo te vimos con hambre o con sed, o forastero o falto de ropa, o enfermo o en la cárcel, y no te ayudamos? El Rey les contestará: ‘Os aseguro que todo lo que no hicisteis por una de estas personas más humildes, tampoco por mí lo hicisteis. Estos irán al castigo eterno, y los justos, a la vida eterna.’

Un texto programático, de telón de fondo. La identificación de Jesús con determinadas personas y todos los que se encuentran en situación de precariedad es una propuesta con nuestra opción pastoral de identificación:

▼  
“En verdad os digo que cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis” (v. 40).

Sin embargo, está también la otra cara de la moneda con la contundente respuesta:

▼  
“En verdad os digo que cuanto dejasteis de hacer con uno de estos más pequeños, también conmigo dejasteis de hacerlo” (v. 45).

La relación con los más necesitados pone en evidencia cuál es nuestra relación con Jesús y es su medida inequívoca. Un termómetro que no falla.

Una cuestión, por tanto, de sinceridad, de fidelidad, de gozo, de coherencia con la palabra dada desde nuestra vocación cristiana y la que vais a dar desde vuestro ministerio sacerdotal.

---

**2/2**

---

**A la luz de Jesús, ¿qué propone la comunidad cristiana?**

La primera comunidad cristiana entendió correctamente la necesidad de esta coherencia que da credibilidad al testimonio de los seguidores de Jesús:

- El respeto debido a los pobres (**St 2,1-6**)
- La fe y las obras, en plena unidad (**St 2,14-20**),
- El amor a Dios verificado en el amor al hermano (**1Jn 4,7-21**).

---

**2/3**

---

**La necesaria unidad de vida en nuestro ministerio.**

Estamos ante una condición indispensable para todo planteamiento vocacional en relación con el ministerio sacerdotal. Más, si este ministerio se dirige a las preferencias de Jesús. Me remito a la reflexión que hace el **cardenal Carlo M. Martini** cuando dice lo que significa en concreto “**unidad de vida**”:

- Equilibrio entre oración y acción, teoría y praxis, sentimientos y palabras, trabajo y descanso, relaciones de funcionamiento y relaciones de amistad, trabajo manual y trabajo mental (y muchas otras cosas).

- El equilibrio va unido por la complementariedad: no por una parte la oración y por otra la acción, por una parte el estudio y por otra el trabajo, sino complementación y acción. Integración entre los varios momentos de la vida.
- Unidad de inspiración.
- Organización de las partes. Conocemos bien los daños que se derivan de la falta de esa unidad de vida (ansiedad, descontentos de lo que se hace, lo accidental hace olvidar lo realmente necesario). En cambio las ventajas nos las dice **PO 14**: “Obrando así, los presbíteros hallarán la unidad de la propia vida en la misma unidad de la misión de la Iglesia, y de esta suerte se unirán con el Señor, y por Él con el Padre en el Espíritu Santo, a fin de llenarse de consuelo y de rebosar de gozo”.

La unidad de vida es fuente también de salud física, de resistencia en el trabajo. Por el contrario, un desequilibrio es fuente de agotamiento, desgana, aburrimiento, incapacidad para descansar y dormir.

Para entrar en la reflexión central de las **prioridades pastorales desde la contemplación de Jesús**, lo que decía y lo que hacía, es útil responder a dos preguntas;

- **primera:** ¿Qué uso hacía Jesús de su tiempo?
- **segunda:** ¿Cuáles son nuestras señales del mal uso de nuestro tiempo?

## 2/4

¿Qué uso hacía Jesús de su tiempo?  
¿A quién y a qué se dedica?

Por aquí llegaremos a las prioridades de Jesús. Jesús tiene una idea clarísima acerca del uso que debía hacer de su tiempo; no lo usaba de manera casual:

- **Mt 15,22-28:** el trato que da a la mujer cananea.
- **Jn 4, 1-42:** diálogo con la samaritana y con sus discípulos:
- **Jn 6, 25-59:** largo diálogo con la gente

Jesús tiene un plan de acción, no es esclavo de las circunstancias, tiene muy claras sus prioridades y el mensaje que ha de transmitir. Hay un estilo pastoral que le identifica y le define. Sin embargo, no es rígido, no es inflexible, sino todo lo contrario de tantos otros que, precisamente porque dicen que tienen las ideas claras, son duros e inaccesibles. Su corazón, con las ideas muy claras, está siempre abierto (**cf. Mt 15,25-28**: Jesús accede a la petición de una mujer: “**qué grande es tu fe, que te suceda como deseas**”)

Hemos contemplado, desde el Evangelio de Marcos (**1,16 -3,12**), qué hace Jesús a lo largo de un día. Saquemos consecuencias. Oración, predicación, atención a enfermos (lo más significativo), estar con los amigos, enfermos de nuevo, soledad-silencio-oración...

La opción que proyecta es la de una Iglesia en salida que se decide por los pobres y toma la decisión irrevocable de ir allá donde están. En nuestro caso, el de la pastoral son los enfermos y el lugar es el hospital, la residencia, también la casa... No es la acción de un “oficio”, ni -como ya he dicho- que cumple con el requisito de unas horas. La pastoral de la Iglesia no conoce límites de horarios ni dedicación. Trabajamos a todo terreno, tenemos iniciativa, nos involucramos, acompañamos y llevamos un mensaje de amistad y de esperanza que queremos comunicar y compartir. Es especialmente iluminador lo que dice el papa Francisco cuando detalla lo que es esta Iglesia en salida: **EG 24**.

## 2/5

Las prioridades pastorales de Jesús.

1. La primera prioridad de Jesús son los enfermos. Jesús dedica mucho tiempo a los

Trabajamos a todo terreno, tenemos iniciativa, nos involucramos, acompañamos y llevamos un mensaje de amistad y de esperanza que queremos comunicar y compartir

enfermos y a los pobres y no sucede jamás que se niegue a acercarse a ellos y no los atiende y cure por falta de tiempo. **Enfermos y pobres:** una prioridad pastoral real.

2. La segunda prioridad de Jesús es la predicación del Reino: mediante la palabra y el estilo de vida. Pensemos ocasiones, situaciones posibles a lo largo de un día. Presencia “religiosa”, presencia “secular”.

3. La tercera prioridad de Jesús es el encuentro y la conversación con las personas. Jesús tiene predilección por la relación pastoral primaria del encuentro directo. Jesús era visto y conocido como uno que habla con la gente: **Mc 2,13-17**.

4. La cuarta prioridad de Jesús es la oración. Se retiraba a orar (**Lc 6,12-16**), tiempos largos y acompasados con la acción. Especialmente antes de tomar decisiones importantes.



“Por aquellos días, Jesús se fue a un cerro a orar, y pasó toda la noche orando a Dios. Cuando se hizo de día, reunió a sus discípulos y escogió a doce de ellos, a los cuales llamó apóstoles. Estos fueron: Simón, a quien puso también el nombre de Pedro; Andrés, hermano de Simón; Santiago, Juan, Felipe, Bartolomé, Mateo, Tomás, Santiago hijo de Alfeo; Simón el celote, Judas, hijo de Santiago, y Judas Iscariote, que traicionó a Jesús”.

5. La quinta prioridad de Jesús es estar con los amigos, el cultivo de la amistad. El tiempo que dedica a sus colaboradores inmediatos. Es una opción muy importante desde el punto de vista pastoral (ayuda a que se llegue a muchos más que si uno lo acapara todo...). Hay que optar por una pastoral que ofrece amistad.

Esta reflexión nos plantea muchas cosas, no tanto de organización cuanto de estilo de vida personal y actitudes pastorales. Hay que trabajar el Evangelio en mano. Será el trabajo personal que ha de hacer cada uno con un este mismo esquema que es muy sencillo. Lo que haga y descubra cada uno es muy importante: habrá ido al Evangelio.

Luego lo analizaremos desde nuestra realidad pastoral. En el fondo, y desde una actitud de conversión, hemos de preguntarnos: Ahora, ¿cuáles son mis prioridades? ¿Pensemos que éstas no cambian de la noche a la mañana!

## 2/6

La raíz de nuestras prioridades:  
la caridad pastoral.

Podemos ver la trascendencia de estas palabras. Jesús quiere que su caridad pastoral sea vivida también por todos los presbíteros y todas aquellas personas que ejercen un ministerio pastoral en la Iglesia.

Aquí hay una propuesta firme de la Iglesia que hemos de acoger con el mayor gozo y responsabilidad para hacer un trabajo bien hecho.

En el conocido texto de Ezequiel sobre los pastores de Israel podemos sentirnos muy interpelados: “¡Ay de los pastores que se apacientan a sí mismos! ¿No deben acaso apacientar el rebaño?” (**Ez 34, 2**). ¿Qué le sucede a este rebaño?

- Que sus pastores no se ocupan de él y ha sido expuesto al pillaje,
- Que sus pastores se han aprovechado en beneficio propio,
- Que sus pastores no han fortalecido las ovejas débiles, ni han cuidado a la enferma ni curado a la que estaba herida,

**LH n.316**

- Que sus pastores no han tornado a la descarriada ni buscado a la perdida,
- Que sus pastores han dispersado a las ovejas y las han convertido en presa de todas las bestias del campo...

---

“Mi rebaño anda disperso por toda la superficie de la tierra, sin que nadie se ocupe de él ni salga a su encuentro” (Ez 34, 6b).

Ante el modo de actuar de estos pastores, y abriendo camino hacia una nueva realidad el deseo de Dios expresado por Jeremías “os daré pastores según mi corazón” (Jr 3,15) Jesús se ofrece a sí mismo como Buen Pastor: “Yo soy el Buen Pastor” (Jn 10,7-21).

---

**3/**

## La caridad pastoral nos identifica y nos unifica en un mismo proyecto.

Jesús conoce las ovejas, camina delante de ellas, él mismo es la puerta y las acompaña siempre, les proporciona buenos pastos, las defiende y protege en los momentos difíciles, las ovejas escuchan y entienden su voz, no actúa nunca como un asalariado, está dispuesto a dar la vida por las ovejas..., porque “ha venido para que tengan vida y la tengan en abundancia” (cf. Jn 10,10).

La vida de Jesús es una realización diaria de su “caridad pastoral”. Siente compasión de las gentes, porque están cansadas y abatidas

como ovejas sin pastor. La entrega de Cristo a la Iglesia, fruto de su amor, se caracteriza por aquella entrega originaria que es propia del esposo hacia su esposa. El sacerdote está llamado a ser imagen viva de Jesucristo Esposo de la Iglesia.

---

“En cuanto representa a Cristo Cabeza, Pastor y Esposo de la Iglesia, el sacerdote está no sólo en la Iglesia, sino también al frente de la Iglesia. Por tanto, está llamado a revivir en su vida espiritual el amor de Cristo esposo con la Iglesia esposa. Su vida debe estar iluminada y orientada también por este rasgo sponsal, que le pide ser testigo del amor de Cristo como esposo y, por eso, ser capaz de amar a la gente con un corazón nuevo, grande y puro, con auténtica renuncia de sí mismo, con entrega total, continua y fiel, y a la vez con una especie de “celo” divino (cf. 2Co 11, 2), con una ternura que asume incluso matices del cariño materno, capaz de hacerse cargo de los “dolores de parto” hasta que “Cristo no sea formado” en los fieles (cf. Gal 4,19).

La “caridad pastoral” nos identifica y nos unifica. Por ello la entendemos como la razón de ser de nuestra identidad ministerial y como el dinamismo interior que nos produce el gozo del servicio pastoral.

Me remito a **PdV 23**, para mí, carné de identidad y cuaderno de ruta para nuestra vida de presbíteros que se esfuerzan y luchan por hacer de la Palabra, Vida y de su vocación, entrega incondicional y radical a Cristo y a los demás. Lo resumo en estos puntos que nos identifican y nos envían a ser “alter Christus” en medio de nuestras ambientes:

- **Caridad pastoral** como principio interior que anima y guía nuestra vida espiritual en

cuanto configurados con Cristo, Cabeza y Pastor,

- **Caridad pastoral** como participación de la misma caridad pastoral de Jesucristo,
- **Caridad pastoral** como don del Espíritu Santo, y a la vez, deber y llamada a ser respuesta libre y responsable,
- **Caridad pastoral** como donación total de sí a la Iglesia, compartiendo el don de sí y a su imagen,
- **Caridad pastoral** que caracteriza el ejercicio del ministerio sacerdotal como “officium amoris” (San Agustín),
- **Caridad pastoral** que no tiene límites ya que está marcado por la misma fuerza apostólica y misionera de Cristo, el buen Pastor que ha dicho que “tiene otras ovejas que no son de este redil, a las que ha de conducir para que escuchen su voz y haya un solo rebaño y un solo pastor” (cf. Jn 10, 16),
- **Caridad pastoral** que pide, para no correr en vano, trabajar constantemente los vínculos de comunión con el obispo y los otros hermanos en el sacerdocio (**PO 14**),
- **Caridad pastoral** que tiene su fuente específica en el sacramento del Orden como don y encuentra su expresión plena y su alimento supremo en la Eucaristía, ya que de ella recibe la gracia y la responsabilidad de impregnar de manera “sacrificial” toda su existencia, hasta proyectarla como oblación hacia los demás.
- **Caridad pastoral** que constituye el principio interior y dinámico capaz de unificar las múltiples y diversas actividades del sacerdote. De ahí la exigencia esencial y permanente de unidad de vida interior y tantas tareas y responsabilidades del ministerio, exigencia tanto más urgente en un contexto sociocultural y eclesial fuertemente marcado

por la complejidad, la perplejidad, la fragmentación y la dispersión. “Solamente la concentración de cada instante y de cada gesto en torno a la opción fundamental y determinante de “dar la vida por la grey” puede garantizar esta unidad vital, indispensable para la armonía y el equilibrio vital del sacerdote”

Como podemos ver, las prioridades pastorales no pueden ser nunca el resultado de los gustos personales, sino la expresión coherente del mismo misterio que se realiza en el ministro ordenado, por la unción y la misión recibidas, por su íntima unión a Cristo y a la Iglesia, ya que lo hace todo en su nombre.

Si la primera prioridad es la acogida, atención y acompañamiento de las personas, y entre ellas las más necesitadas, como son los enfermos, éste ya es un signo de que el Reino de Dios está presente entre nosotros y una indiscutible obra de misericordia. Éste es el objetivo de la pastoral hospitalaria.

---



## 02/El hospital del futuro. Retos a la iglesia.

**Jesús Martínez Carracedo,**  
Director Departamento de Pastoral de la Salud.  
Conferencia Episcopal Española.

El cometido de la teología pastoral es "pensar desde la fe la acción de la Iglesia en la historia"<sup>1</sup>. Por tanto, la intención de este trabajo es pensar la acción que en este momento la Iglesia española está desarrollando en los hospitales, a la luz de la fe, y tratar de hacer un planteamiento del futuro partiendo de los retos que se le presentan. Podríamos decir que este momento es un Kairós. Un momento oportuno que Dios pone en nuestras vidas para dar una mejor respuesta a su plan de salvación a las personas en el ámbito hospitalario, empezando por los enfermos, pero sin olvidarnos de sus familias y los profesionales. Se trata de la oportunidad de reflexionar y construir juntos. Como dijo el Papa Benedicto XVI, aludiendo a Hch. 15,4-21, "el discernimiento comunitario es el método de la Iglesia en sus asambleas"<sup>2</sup>.

Palabras clave:  
*Hospital, Iglesia, Acogida, Futuro.*

The task of pastoral theology is "thinking of the action of the Church in history from faith"<sup>1</sup>. Therefore, the intention of this work is to think about the action that the Spanish Church is developing in hospitals at this time, in the light of faith, and try to make an approach for the future based on the challenges that are presented. We could say that this moment is a Kairós moment. An appropriate moment that God puts in our lives in order to provide a better answer to his plan of salvation of people in hospitals, starting with the sick, but without forgetting their families and the professionals. This is an opportunity to reflect and build together. As Pope Benedict XVI said, referring to Acts. 15.4 to 21, "community discernment is the method of the Church in their assemblies"<sup>2</sup>.

Key words:  
*Hospital, Church, Reception, Future.*

---

**1.** Galli, C.M., La teología pastoral de Aparecida, una de las raíces latinoamericanas de Evangelii Gaudium, en Revista "Gregorianum" 96, 1 (2015), p.25.

**2.** Benedicto XVI, Homilía en Aparecida (Brasil), 13 de mayo de 2007.

### Punto de partida

“El espíritu del Señor está sobre mí, porque me ha ungido para anunciar la buena noticia a los pobres, me ha enviado para anunciar la liberación a los cautivos y la vista a los ciegos...” (Lc 4,17-18).

Misión evangelizadora. A ella se nos llamó en los años anteriores con **Pablo VI** desde la **Evangelii Nuntiandi**, con la ‘nueva evangelización’ de **San Juan Pablo II**, cuando nos decía que debería ser “nueva en su ardor, en sus métodos y en su expresión”<sup>3</sup>. Y hoy se nos hace desde la propuesta misionera de la *Evangelii Gaudium*.

Opción preferencial por los enfermos. Ésta es una categoría teológica para la Iglesia. Nos dice el Papa:

“Quiero expresar con dolor que la peor discriminación que sufren los pobres es la falta de atención espiritual. La inmensa mayoría de los pobres (enfermos) tiene una especial apertura a la fe; necesitan a Dios y no podemos dejar de ofrecerles su amistad, su bendición, su Palabra, la celebración de los Sacramentos y la propuesta de un camino de crecimiento y de maduración en la fe. La opción preferencial por los pobres debe traducirse principalmente en una atención religiosa privilegiada y prioritaria.

(...) Nadie debería decir que se mantiene lejos de los pobres (enfermos) porque sus opciones de vida implican prestar más atención a otros asuntos. Ésta es una excusa frecuente en ambientes académicos, empresariales o profesionales, e incluso eclesiales. (...)

Temo que también estas palabras sólo sean objeto de algunos comentarios sin una verdadera incidencia práctica. No obstante, confío en la apertura y las buenas disposiciones de los cristianos, y os pido que busquéis comunitariamente nuevos caminos para acoger esta renovada propuesta” (EG 200-201).

Sin la opción preferencial por los enfermos, “el anuncio del Evangelio, aun siendo la primera caridad, corre el riesgo de ser incomprendido o de ahogarse en un mar de palabras”<sup>4</sup>.

Pero resulta que, ante la situación hospitalaria actual, escuchando a algunos obispos y sacerdotes e incluso capellanes, he tenido la sensación de estar observando a los discípulos en la barca cuando llega la tormenta:

“Subió Jesús a la barca y sus discípulos lo siguieron. En esto se produjo una tempestad tan fuerte, que la barca desaparecía entre las olas; él dormía. Se acercaron y lo despertaron gritándole: “¡Señor, sálvanos, que perecemos!» El les dice: “¿Por qué tenéis miedo, hombres de poca fe?” Se puso en pie, increpó a los vientos y al mar, y vino una gran calma. Los hombres se decían asombrados: “¿Quién es éste, que hasta el viento y el mar lo obedecen?”. (Mt 8,23-27; cf. Mc.4, 35-41; Lc 8,22-25)

Parece seguir resonando: “Señor, ¡¡que perecemos...!!” y su voz tranquilizadora: “¿Por qué tenéis miedo, hombres de poca fe?”

## 1/

### El mar: retos que plantea el hospital.

#### 1/1

#### Entrada, acogida y trazabilidad.

La acogida es el primer acto de salud (saludo, saludable). Acoger y ser acogidos es de suma importancia.

La acogida como hospitalidad se convierte en una especie de parábola de la encarnación, pues quien acoge al otro en definitiva está acogiendo -permitiéndole entrar en mí- a Dios presente en la vida del hermano, como don que debe vivirse en clave de gratitud y encuentro<sup>5</sup>. ¿Cómo es nuestra acogida a los enfermos y familias que ingresan en nuestros centros?

¿No habremos perdido la acogida? ¿Podríamos hacer algo que nos permita recuperar este primer encuentro?

Recordemos las palabras de **S. Gregorio de Nisa**:

“Estrecha con tus brazos al enfermo como si de ello dependiera tu salud, y la de toda tu familia... Considera quiénes son y descubrirás cuál es su dignidad... No dejes que otros socorran al que está cerca de ti y se lleven el tesoro que estaba aguardando para ti... pues el mismo Jesús te quiere abrazar en ellos”.

Ocurre a veces que estamos visitando a un enfermo o llevándole la comunión, y cuando llegamos al día siguiente a la habitación no está, le hemos perdido la pista, no sabemos si se ha ido de alta o ha cambiado de habitación. Aquí tenemos un fallo de lo que hoy se ha dado en llamar “trazabilidad”.

También para nosotros éste es un reto pastoral que nos exige crear algún cauce para que esto no ocurra, y trabajar en red hospitalares y parroquias para que ésta tampoco falle cuando el enfermo vuelva a su casa o centro sociosanitario. Se trata de una única comunidad que le atiende allí donde se encuentre con agentes distintos, pero una única familia.

“La relación del servicio de asistencia religiosa con las parroquias es cada vez más frecuente.

Obedece a una mayor conciencia por parte de ambos de su necesidad. Los enfermos hospitalizados proceden de la parroquia y una vez curados vuelven a ella. En ella permanecen las familias mientras el enfermo está en el hospital. Ha de procurarse, pues, el contacto y la ayuda mutuas.

3. Juan Pablo II, *Ecclesia in America*, 6.

4. Juan Pablo II, *Carta ap. Novo Millennio ineunte*, 50; y cf. EG 198 y CEE, *Iglesia, servidora de los pobres*, n.35.41.

5. Cf. Francisco Álvarez, *Teología de la salud*, pp. 321-22.

6. Dispuestos a evolucionar y adaptarnos a cada persona y a cada momento histórico: "El único hombre que conozco que se comporta con sensatez es mi sastre; me toma medidas de nuevo cada vez que me ve. Los demás siguen con las viejas medidas y esperan que me amolde a ellas" (George Bernard Shaw).

7. Cf. ARH, 176-184.

El servicio de asistencia religiosa puede ofrecer a la parroquia información sobre sus enfermos, entrada en el centro para visitarles, colaboración en la promoción de la pastoral de la salud, animación de la formación de sus agentes de pastoral, etc.

La parroquia, a su vez, puede ofrecer al servicio información sobre sus enfermos, colaboración del voluntariado parroquial en las actividades pastorales del centro, etc" (ARH. 173).

## 1/2

### Especializado.

La investigación y la formación continua son máximas hospitalarias; muchos de los centros están asociados a universidades y equipos de I+D+i (Investigación, desarrollo e innovación).

Todo ello nos exige, por tanto, especializarnos nosotros en todas las dimensiones pastorales (litúrgica, evangelizadora, relación de ayuda, bioética). No podemos seguir acompañando con lo que aprendimos en la carrera<sup>6</sup>.

Nos dicen las Orientaciones: la formación específica y permanente "no es un lujo que algunos pueden permitirse, sino una condición indispensable para afrontar hoy las situaciones que se plantean y prestar eficazmente el servicio"<sup>7</sup>. Tendremos que planificar el modo en cómo podemos conseguir este objetivo.

## 1/3

### De agudos: tiempos reducidos.

En la línea que apuntábamos de una medicina menos hospitalaria y más domiciliaria, el hospital se reduce a cirugía y crisis de urgencia. En cuanto el enfermo es estabilizado, se intenta reconducir a su lugar habitual, bien después

de una operación o bien con medicación y tratamiento. Esto provoca uno tiempo de estancia hospitalaria muy cortos.

¿Cuál es entonces el reto para nosotros? "No dejar pasar las oportunidades", aprovechar el tiempo, ser creativos para llegar a la gente, es un trabajo de regate corto: aprovechar ese poco tiempo con el enfermo o su familia para ser significativos e instaurar procesos o contacto y, por lo mismo, serán pocas las personas a las que podamos hacer un acompañamiento prolongado.

Jesús aprovechaba cada encuentro para dejar huella en cada corazón. Una mirada, una palabra, un gesto,... se convertían en transformación personal: ej. Zaqueo.

## 1/4

### Telemedicina y genómica.

En esta línea investigadora se camina hacia la atención a distancia, especialmente en los enfermos crónicos o con patologías no limitantes. Sistemas para control cardíaco (holters), control respiratorio,...; pulseras que envían datos a una centralita de seguimiento; seguimiento a través de apps móviles, consultas vía telefónica y por videoconferencia; hospitales rodantes; robots de cuidados; etc.

La investigación genómica y el tratamiento preventivo a partir de información genética, por ejemplo mastectomía completa de **Angelina Jolie**. Todo ello conduce a un alejamiento cada vez mayor del paciente y de la enfermedad real. Se cuida y atiende a distancia, sin ver al rostro, sino más bien al microscopio o a la pantalla.

El reto es recuperar la epifanía del rostro, el encuentro personal, volver a ver a los ojos. "Arriesgarse al encuentro cara a cara con el otro enfermo" (E.G.) Como Jesús, Él no curaba con fórmulas ni amuletos mágicos, sino con su Persona. Su principal terapia era el encuentro,

el diálogo, el mirarle a los ojos a las personas, tocarles no solo el cuerpo sino especialmente el corazón<sup>8</sup>.

La Iglesia nos llama a "cultivar la cultura del encuentro" (EG 220) y a "la revolución de la ternura", caracterizada por "la alegría de estar cerca de todos y de cada uno" (EG 88).

Implica también dirigirnos a donde se encuentran los pacientes: su casa o su centro asistencial. Una mayor relación hospital-parroquia y viceversa, para que el acompañamiento se realice desde la comunidad parroquial, donde vive.

También poner en servicio algún cauce de teleasistencia: por ej. usar las redes sociales para que el enfermo o la familia pueda contactar con alguien especializado en acompañar enfermos o que le ponga en contacto con alguien cercano: correo electrónico o teléfono de algún sacerdote disponible para esta tarea de acompañamiento en la página web del obispado, número de contacto de los servicios religiosos hospitalarios,...

Por todo ello, estamos llamados a recuperar la visión integral del enfermo y fomentarla en la sanidad y sociedad actuales. Como dicen los obispos españoles en Iglesia, servidora de los pobres, 18:

"En la "sociedad del conocimiento", la técnica parece ser la razón última de todo lo que nos rodea. (...) El desarrollo técnico parece ser la panacea para resolver todos nuestros males. Pero la técnica no es la medida de todas las cosas, sino el ser humano y su dignidad".

En muchas ocasiones detrás de la búsqueda de salud está el deseo de encontrar salvación. Por eso nosotros debemos intentar servir de instrumento a esta búsqueda. Escribía san Juan Pablo II en Fides et ratio:

"En el lenguaje humano toma cuerpo el lenguaje de Dios" (n.90). Aquel que en Jesús ha dicho su Palabra sanante, ha aceptado ser narrado a través de nuestras relaciones terapéuticas, de nuestros gestos de curación y de nuestras palabras sanantes<sup>9</sup>. Es por ello que se nos llama a ser agentes humanizadores.

## 1/5

### Planificado: en equipo y con líneas comunes.

También a nosotros se nos invita a servir y trabajar con planificación. Tanto por eficacia pastoral como por servicio al enfermo, planificar es indispensable.

Pero siempre confiando en el Espíritu, sin agobiarnos<sup>10</sup>:

"Aprendamos a descansar en la ternura de los brazos del Padre en medio de la entrega creativa y generosa. Sigamos adelante, démoslo todo, pero dejemos que sea Él quien haga fecundos nuestros esfuerzos. (...) Hace falta una decidida confianza en el Espíritu Santo. No hay mayor libertad que la de dejarse llevar por el Espíritu, renunciar a calcularlo y controlarlo todo, y permitir que Él nos ilumine, nos guíe, nos oriente, nos impulse hacia donde Él quiera" (EG 279-280).

Comunicar la FE, pero respetando los tiempos. Ser pacientes. Dejar a Dios que continúe Él el proceso. Acercar el enfermo a Jesús, ponerlo en sus manos. (Mc 2,1-12).

Con un ejemplo automovilístico: solemos conducir con las luces cortas, viendolo inmediato; a menudo con las luces de niebla, porque no vemos nada claro; cuando deberíamos hacerlo

8. CEE, Iglesia, servidora de los pobres, n.47: "El acompañamiento a las personas es básico en nuestra acción caritativa. Es necesario "estar con" los pobres -hacer el camino con ellos- y no limitarnos a "dar a" los pobres recursos (alimento, ropa, etc.). El que acompaña se acerca al otro, toca el sufrimiento, comparte el dolor. "Los pobres, los abandonados, los enfermos, los marginados son la carne de Cristo". La cercanía es auténtica cuando nos afectan las penas del otro, cuando su desvalimiento y su congoja remueven nuestras entrañas y sufrimos con él. Ya no se trata sólo de asistir y dar desde fuera, sino de participar en sus problemas y tratar de solucionarlos desde dentro. Por eso, si queremos ser compañeros de camino de los pobres, necesitamos que Dios nos toque el corazón; sólo así seremos capaces de compartir cansancios y dolores, proyectos y esperanzas con la confianza de que no vamos solos, sino en compañía del buen Pastor".

9. Cf. Ufficio Nazionale CEI per la pastorale della sanità, Domanda di salute, nostalgia di salvezza. Camilliane, Torino 1998, p.11.

10. Cf. Ufficio Nazionale CEI per la pastorale della sanità, Domanda di salute, nostalgia di salvezza. Camilliane, Torino 1998, p.11.

10. A veces nos parece que nuestra tarea no ha logrado ningún resultado, pero la misión no es un negocio, ni un proyecto empresarial, no es tampoco una organización humanitaria, no es un espectáculo para contar cuanta gente asistió gracias a nuestra propaganda... Sólo sabemos que nuestra entrega es necesaria. Sigamos adelante, démoslo todo, pero dejemos que sea Él quien haga fecundos nuestros esfuerzos como a Él le parezca" (EG 279).

11. El equipo ha de establecer un calendario de reuniones periódicas. Estas permiten y facilitan a sus miembros conocerse y quererse, compartir las experiencias, evaluar el trabajo realizado y programar las actividades, orar juntos, encontrar el apoyo y el descanso necesarios para continuar la tarea. Las reuniones sirven también para expresar el valor de la colaboración, la fraternidad y el compromiso común en la edificación de la Iglesia" (ARH. 166).

12. La programación es un medio necesario hoy para lograr la eficacia del servicio de asistencia religiosa. Para realizarla, el equipo utilizará una metodología racional. Los momentos que caracterizan la programación de la pastoral son esencialmente los siguientes:

con las luces largas, viendo en perspectiva de futuro.

Esta planificación se articula en torno a Equipos. También nosotros estamos llamados a vivir esta dinámica, aunque es común un acentuado individualismo que nos lleva a trabajar sin contar con los compañeros ni planificar en equipo.

Tanto en las encuestas recibidas previas a este Simposium, como en las visitas que he realizado a los hospitales, una de las mayores dificultades siempre es ésta: el trabajo en equipo. En ocasiones hasta se convierte en un antitestimonio de Iglesia, pues no son anecdóticos los enfrentamientos públicos entre varios miembros del grupo. Y esto no puede ser así.

“La organización del servicio de asistencia precisa también un espíritu de equipo, una madurez que se manifiesta en la capacidad de pensar la actividad pastoral de manera unitaria, armonizando los proyectos personales y del grupo. Los aspectos técnicos de la organización serían ineficaces si faltara en los miembros del equipo la voluntad de superar el individualismo, la desconfianza en los demás, el miedo a la revisión y la confrontación” (ARH. 163).

“El equipo es el instrumento básico del servicio de asistencia religiosa en todos los centros. El equipo no puede ser tan sólo de acción, ha de constituir un espacio de encuentro y comunión, de discernimiento, compromiso y revisión. La formación del equipo es uno de los objetivos que ha de proponerse el servicio de asistencia religiosa. Tiene sus dificultades y requiere un proceso lento. Pero hay que intentarlo con decisión, entusiasmo, realismo y con gran tenacidad y constancia, convencidos de su necesidad no sólo

por motivos prácticos de eficacia pastoral sino también por motivos teológicos de ser y hacer visible a la iglesia en el centro hospitalario”<sup>11</sup> (ARH. 166).

También los servicios religiosos y sus miembros deben trabajar así, pues son muchas las ocasiones en que cada uno trabaja por su cuenta: se requieren unas claves comunes de acción pastoral.

Estamos llamados a una conversión pastoral en esta línea, pues la Iglesia como institución, pero también nuestros servicios religiosos hospitalarios, actúan como pequeños rostros de ella, y ya nos recordaba Pablo VI en *Ecclesiam suam*, 3:

“La Iglesia debe profundizar en la conciencia de sí misma, debe meditar sobre el misterio que le es propio [...] De esta iluminada y operante conciencia brota un espontáneo deseo de comparar la imagen ideal de la Iglesia -tal como Cristo la vio, la quiso y la amó - y el rostro real que hoy la Iglesia presenta. [...] Brota, por lo tanto, un anhelo generoso y casi impaciente de renovación, es decir, de enmienda de los defectos que denuncia y refleja la conciencia, a modo de examen interior, frente al espejo del modelo que Cristo nos dejó de sí”.

Debemos programar juntos, tal como nos indica ARH 167<sup>12</sup>.

## 1/6

### Descentralizado.

Por ello, la responsabilidad de la marcha de los Servicios Religiosos y de los Acuerdos con las instituciones civiles recae sobre las provincias eclesiales. A los episcopados compete:

## Estamos llamados a recuperar la visión integral del enfermo y fomentarla en la sanidad y sociedad actuales

Conocer los acuerdos, hacerlos cumplir, recuperar las comisiones mixtas; y a cada obispo, responsabilizarse de la calidad de los SARCHs en su diócesis. Hoy los problemas no se pueden resolver desde Madrid, desde la CEE, desde el Departamento, sino en cada Comunidad Autónoma.

Esto requerirá la decidida apuesta de los obispos responsables de las Provincias eclesiales para el ámbito sanitario, de cada diócesis y de cada agente que trabaja y sirve en el hospital.

## 1/7

### Legislación.

Tenemos un acuerdo firmado que marca unas obligaciones y unos derechos. Por ahora las instituciones están, en general, cumpliendo. Pero nosotros, no siempre. Y en muchas ocasiones -a causa de las dificultades para poner personal o con la disponibilidad que ello exige- nos estamos marchando del hospital.

¿En qué no cumplimos lo prometido<sup>13</sup>? Decimos garantizar una atención y tenemos 26 plazas asignadas sin cubrir; firmamos que serán personas no jubiladas y tenemos un 25% de ellas en esta situación; nos comprometemos a elaborar una memoria anual y un presupuesto y son muy pocos los SARCHs que lo hacen; pactamos una presencia física hospitalaria y hoy cubrimos gran parte de ella a distancia; se transfirió la Sanidad a las Comunidades Autónomas entre 1995-2002 y aún existen varias provincias eclesiales que no tienen firmado un Convenio de asistencia religiosa con ellas; sin analizar la calidad que ofrecemos, pues esta valoración sería subjetiva y es más difícil de catalogar.

Con todo ello estamos perdiendo los derechos que teníamos: si no estamos de presencia física, con razón no tenemos derecho a habitación para pernoctar, ni a comidas y el sueldo sería como localizados.

El día en que alguien de la Administración ponga algo de interés en ver cómo está nuestra parte del Acuerdo nos puede sacar los colores y no tendremos argumentos con los que defendernos; así como cuando queramos pedir algún derecho.

Hay otro tema que debe ser revisado con urgencia: el contrato laboral de las personas idóneas. En el Acuerdo Marco se estableció que cotizarían a la Seguridad Social con la cuota del clero, y esto es imposible. Varios intentos con la CEE de arreglar el tema no han tenido respuesta por parte de la misma. En Galicia se hizo ya constar de forma diferente, con la frase: “estarán afiliados al régimen de la Seguridad Social que les sea de aplicación”<sup>14</sup>.

La situación legal actual también nos ofrece unas ventajas y beneficios que no siempre estamos dispuestos a perder (económicos) y, sin embargo, nosotros tenemos que ser los primeros que demos ejemplo. Ser éticos en todo; y si no podemos serlo, pactar otras condiciones, pero nunca incumplirlas.

Urge ver qué tenemos que hacer en cada Comunidad Autónoma, qué aspectos revisar, corregir y planificar de cara al futuro, y reunir de nuevo las Comisiones Mixtas para hacerlo efectivo en los convenios.

## 1/8

### Justicia y doctrina social.

Denuncia profética y creación de cauces sociales para los ‘pobres en ámbito sanitario’. Comunicación con las Cáritas parroquiales y diocesanas. Recordamos aquí las palabras tan claras de los obispos españoles:

“La Iglesia nos llama al compromiso social. Un compromiso social que sea transformador de las personas y de las

### 1°. Análisis de la situación del centro hospitalario en el que trabaja el equipo.

Este análisis tiene como objetivo la identificación de los problemas y necesidades que caracterizan el ambiente del centro hospitalario, desde el punto de vista socio-sanitario y pastoral. Ha de realizarse con la aportación de las ciencias humanas y, sobre todo, de la Escritura y la Teología.

### 2°. Determinación de las prioridades pastorales.

La segunda etapa consiste en establecer las prioridades pastorales sobre la base del análisis de la situación y teniendo en cuenta unos criterios: fidelidad al Evangelio y a la Iglesia, atención a los problemas y necesidades más importantes...

### 3°. Formulación de objetivos.

La tercera etapa se inicia una vez determinadas las prioridades y hechas las opciones pastorales. El objetivo es el resultado que se quiere conseguir: debe ser concreto, preciso, realizable, flexible y evaluable. Los objetivos que se formulan pueden ser uno o varios según los recursos humanos disponibles.

### 4°. Plan de acción.

La consecución de los objetivos es posible a través de la elaboración de un plan de acción que comprende:

- Identificar los factores positivos y negativos para

- la consecución del objetivo;
- Determinar las acciones a llevar a cabo;
- Concretar los medios que se van a utilizar;
- Precisar las etapas y el calendario;
- Designar los responsables;
- Evaluar la marcha y los resultados.

13. Estos son los datos del Servicio de Estadística de la Conferencia Episcopal Española a mayo de 2015:

**Datos de pastoral de la salud a mayo 2015**

Nº de hospitales públicos  
322

Nº de Camas  
125. 134

CAPELLANES  
Jornada Completa  
483

CAPELLANES  
Media Jornada  
271

PERSONAS IDONEAS  
Jornada Completa  
83

PERSONAS IDONEAS  
Media Jornada  
61

Nº de capellanes mayores de 65 años  
188

Plazas asignadas sin cubrir  
26

Nº de personas en Voluntariado hospitalario  
800

Personas acompañadas (aprox. mes)  
146. 460

14. El Acuerdo Marco estatal dice:  
“ARTÍCULO 7º:  
Para establecer la necesaria relación

causas de las pobreza, que denuncie la injusticia, que alivie el dolor y el sufrimiento y sea capaz también de ofrecer propuestas concretas que ayuden a poner en práctica el mensaje transformador del Evangelio y asumir las implicaciones políticas de la fe y de la caridad. (...)

Nuestra caridad no puede ser meramente paliativa, debe de ser preventiva, curativa y propositiva. La voz del Señor nos llama a orientar toda nuestra vida y nuestra acción “desde la realidad transformadora del Reino de Dios”.

Esto implica que el amor a quienes ven vulnerada su vida, en cualquiera de sus dimensiones, “requiere que socorramos las necesidades más urgentes, al mismo tiempo que colaboramos con otros organismos e instituciones para organizar estructuras más justas”. (...)

Tenemos, además, el reto de ejercer una caridad más profética. No podemos callar cuando no se reconocen ni respetan los derechos de las personas, cuando se permite que los seres humanos no vivan con la dignidad que merecen. Debemos elevar el nivel de exigencia moral en nuestra sociedad y no resignarnos a considerar normal lo inmoral”<sup>15</sup>.

## 2/

### La pesca: retos que surgen de los destinatarios:

#### 2/1

##### Protagonismo del Enfermo.

El acceso a la información básica de cualquier paciente -a la que con facilidad accedíamos antes- hoy nos está casi vetado. Hoy el protagonista es el enfermo, pero éste aún no se ha dado cuenta de este derecho. No lo ejerce.

Tenemos un reto por delante: llevar a cabo en las diócesis y parroquias campañas de sensibilización para que los cristianos que ingresan en el hospital pidan su derecho de atención religiosa.

Toca al enfermo ser protagonista, o en su defecto a la familia. Si lo ejerce nadie puede oponerse bajo posibilidad de denuncia por obstruir un derecho básico garantizado por la Constitución: el Derecho a la libertad religiosa. Pero debemos ayudar a que los pacientes sean conscientes de ello.

“La nueva evangelización debe implicar un nuevo protagonismo de cada uno de los bautizados” nos dice el Papa Francisco en la EG 120. Esto nos pone ante la necesidad de reeducar en la responsabilidad a los pacientes-cristianos. Pasar de pasivos a activos, pidiendo y aprovechando un derecho y un servicio que la Iglesia y la sociedad ponen a tu disposición.

Es posible que, al amparo de esta Ley<sup>16</sup>, se nos exija algún documento de consentimiento que el paciente tenga que firmar. Yo sería partidario de que éste se elabore en las parroquias, en condiciones de salud, pues es más práctico y real, aun cuando se pueda cursar también en el hospital. Estos datos serían responsabilidad de

la institución en toda su amplitud: diócesis, no hospital o parroquia; al igual que los datos del paciente están autorizados para toda su continuidad asistencial dentro de la organización sanitaria: hospitalaria, atención primaria e incluso atención social.

#### 2/2

##### Secularización y analfabetismo religioso.

Ya lo advertía el Documento ARH, 43:

“Se constata un progresivo avance de la secularización. Por diversos motivos, en nuestra sociedad, de vieja tradición cristiana, se está necesitando una “nueva evangelización”. Hoy no hay que dar por supuesta la fe de los bautizados”.

Por tanto, la situación de estos bautizados no debe ser asimilada a la *missio ad gentes* a los no cristianos, ni pretender meterle de nuevo en las prácticas religiosas de golpe, sino que debe ser concebida como una nueva evangelización para recrear la memoria cristiana de “aquello que ya existe en ellos” (Cf. E.G.69).

Incluye respetar los tiempos y los procesos así como potenciar su caminar en la fe. Esta resulta una tarea importante ya que no siempre ha estado atendida de manera individual y específica por las estructuras ordinarias de nuestra vida pastoral.

En este reto creo que puede tener un campo de servicio inmenso la figura de la persona idónea. El sacerdote también, pero a la hora de planificar las funciones y tareas, pienso que ésta podría ser prioritaria a la persona idónea. Así mismo, también en la atención a los no creyentes debemos seguir siendo conscientes de que en ellos habitan semillas del Verbo, que nosotros debemos regar para que un día puedan florecer.

Apostar por el primer anuncio, sin olvidar la atención sacramental. Surtir a los SARCHs de personas que puedan ayudar a hacer este camino. Dice el texto evangélico que “Jesús curó a algunos enfermos, pero no hizo allí ningún milagro porque no tenían fe” (Mc 6,5-6). La curación sin fe es medicina, con fe es salvación integral, es acción de Dios en la vida del creyente. Ser facilitadores de la fe.

#### 2/3

##### Vacío existencial y sincretismo religioso.

Aunque afirmamos en muchas ocasiones que la gente hoy ya no cree, personalmente no estoy de acuerdo, pues desde hace años los monasterios están llenos de gente en reflexión, los santuarios no han bajado en asistencia, las distintas propuestas pseudo-espirituales tienen cada día más adeptos.

Creo que la gente sigue buscando a Dios a través de la espiritualidad, pero también creo que nosotros le hemos dado antes ritos que acogida de sus búsquedas. Pensamos que le ofrecemos en los hospitales. ¿No es cierto que muchas veces, cuando vienen a nuestro encuentro, les ofrecemos sacramentos antes que tiempo de escucha?

El reto consiste en recuperar el acompañamiento espiritual, la escucha sanante, ser instrumentos del Dios del Éxodo:

“He escuchado sus gritos, el sufrimiento de mi pueblo, por eso voy a bajar a liberarlo” (Ex3, 7).

¡Qué pocas veces dedicamos tiempo a escuchar el grito de sus hijos sufrientes!

Consiste en ser islas de misericordia, salvavidas, (ayudando a des-ahogar a quien se está ahogando

jurídica con el personal del servicio de asistencia religiosa católica, las distintas Administraciones públicas competentes en la gestión de centros hospitalarios podrán optar, bien por la celebración de un contrato laboral con dicho personal, bien por la celebración de un contrato de servicios con el Ordinario del lugar, todo ello de conformidad con las condiciones establecidas en el presente Acuerdo. Los capellanes tendrán los derechos y obligaciones que se deduzcan de la relación jurídica existente, en las mismas condiciones que el resto del personal de los respectivos centros hospitalarios. En caso de celebrarse contrato de servicios con el Ordinario del lugar, el personal religioso será afiliado al Régimen Especial de la Seguridad Social del Clero”. Un ejemplo de adaptación sería el Acuerdo Marco de Galicia que dice lo siguiente respecto a esto: Cláusula SÉTIMA: “Os capeláns ou persoas idóneas serán retribuídos no xeito que se determina no Anexo II do presente Convenio e estarán afiliados ó réxime da Seguridade Social que lles sexa de aplicación. Corresponde as Dióceses o cumprimento das obrigacións de todo empregador: afiliación, alta e baixa no réxime da Seguridade Social, pago das cuotas correspondentes, confección e pago das nóminas, etc. Pola súa banda o SERGAS

comprométese a abonar ás Dióceses as retribucións dos capeláns ou persoas idóneas establecidas do xeito determinado no Anexo II do presente Convenio así como as cantidades correspondentes á cuota establecida no antedito réxime da Seguridade Social".

15. CEE, Iglesia, servidora... n.40.42.45.

16. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

17. "Queremos, con todos los cristianos, ser signo en el mundo de la misericordia de Dios. Y queremos hacerlo con la revolución de la ternura a la que nos convoca el papa Francisco" (CEE, Iglesia, servidora de los pobres, 56).

18. Obispos de la Comisión de Pastoral Social. Mensaje en la festividad del Corpus Cristi 2015. "La Eucaristía, antídoto frente a la indiferencia".

existencialmente. Ser hospitales de campaña que recogen, alivian y cuidan a los heridos en la vida y en la fe.

“En Jesús, su persona no es otra cosa sino amor. Sus relaciones con las personas que se le acercan dejan ver algo único e irreplicable. Los signos que realiza, sobre todo hacia los pecadores, hacia las personas pobres, excluidas, enfermas y sufrientes llevan consigo el distintivo de la misericordia. En Él todo habla de misericordia. A causa de este amor compasivo curó los enfermos que le presentaban” (MV, 8).

Pues “la misericordia es la viga maestra que sostiene la vida de la Iglesia. Todo en su acción pastoral debería estar revestido por la ternura con la que se dirige a los creyentes; nada en su anuncio y en su testimonio hacia el mundo puede carecer de misericordia. La credibilidad de la Iglesia pasa a través del camino del amor misericordioso y compasivo” (MV, 10). De este modo “la Iglesia tiene que ser el lugar de la misericordia gratuita, donde todo el mundo pueda sentirse acogido, amado, perdonado y alentado a vivir según la vida buena del Evangelio” (EG, 114).

Estamos, por tanto, llamados a encarnar una Iglesia samaritana<sup>17</sup>. Llamados, en primer lugar, a acompañar en el sufrimiento; y en segundo lugar, -frente al peligro del sincretismo- a explicitar los elementos fundamentales de la religión católica cuando nos lo pidan. Sin miedo.

Tenemos una fe y unos elementos religiosos abalados por tantas generaciones de creyentes que debemos darlos a conocer y compartirlos con quien está en búsqueda de Cristo. Su figura, y especialmente su Pasión, es un icono inmejorable para quien está viviendo la enfermedad, la muerte o busca un sentido a su vida.

## 2/4

### Indiferencia ante el sufrimiento.

Ante ello nos recuerdan los Obispos españoles en el Mensaje del Corpus Cristi 2015<sup>18</sup>:

“La Eucaristía tiene el poder de transformar el corazón de los creyentes, haciendo así posible el paso de la “globalización de la indiferencia” a la “globalización de la caridad”, impulsándonos a la vivencia de la comunión fraterna y del servicio a nuestros semejantes”.

E igualmente el Papa nos invita a ello en la convocatoria del año de la Misericordia y el compromiso:

“En este Año Santo, podremos realizar la experiencia de abrir el corazón a cuantos viven en las más contradictorias periferias existenciales, que con frecuencia el mundo moderno dramáticamente crea.

¡Cuántas situaciones de precariedad y sufrimiento existen en el mundo hoy!  
Cuántas heridas sellan la carne de muchos que no tienen voz porque su grito se ha debilitado y silenciado a causa de la indiferencia de los pueblos ricos.

En este Jubileo la Iglesia será llamada a curar aún más estas heridas, a aliviarlas con el óleo de la consolación, a vendarlas con la misericordia y a curarlas con la solidaridad y la debida atención.

No caigamos en la indiferencia que humilla, en la habitualidad que anestesia el ánimo e impide descubrir la novedad, en el cinismo que destruye.

Abramos nuestros ojos para mirar las miserias del mundo, las heridas de tantos hermanos y hermanas privados de la dignidad, y sintámonos provocados a escuchar su grito de auxilio.

Nuestras manos estrechen sus manos, y acerquémonos a nosotros para que sientan el calor de nuestra presencia, de nuestra amistad y de la fraternidad. Que su grito se vuelva el nuestro y juntos podamos romper la barrera de la indiferencia que suele reinar campante para esconder la hipocresía y el egoísmo.

No podemos escapar a las palabras del Señor y en base a ellas seremos juzgados: si dimos de comer al hambriento y de beber al sediento. Si acogimos al extranjero y vestimos al desnudo. Si dedicamos tiempo para acompañar al que estaba enfermo o prisionero (cfr Mt 25,31-45). (...) En cada uno de estos “más pequeños” está presente Cristo mismo. Su carne se hace de nuevo visible como cuerpo martirizado, llagado, flagelado, desnutrido, en fuga,... para que nosotros los reconozcamos, lo toquemos y lo asistamos con cuidado”. (MV, 15)

## 2/5

### El sufrimiento como problema/falta de respuestas.

Nuestro reto es recuperar la dimensión sanante de la Palabra y de los Sacramentos. Y la respuesta de Dios al sufrimiento presente en la Palabra: alimentar con el pan de la Palabra; y en los varios signos y celebraciones litúrgicas: desarrollar su dimensión terapéutica, de encuentro íntimo con el Cristo Médico.

Y también de la piedad popular (o mística popular). Descubrir la presencia de Dios en ello y ayudar a que la persona se encuentre personal-

mente con Él. Apreciar la vida teologal presente en la piedad de los enfermos:

“Pienso en la fe firme de esas madres al pie del lecho del hijo enfermo que se aferran a un rosario aunque no sepan hilvanar las proposiciones del Credo, o en tanta carga de esperanza derramada en una vela que se enciende en un humilde hogar para pedir ayuda a María, o en esas miradas de amor entrañable al Cristo crucificado. Quien ama al santo Pueblo fiel de Dios no puede ver estas acciones sólo como una búsqueda natural de la divinidad. Son la manifestación de una vida teologal animada por la acción del Espíritu Santo que ha sido derramado en nuestros corazones (cf. Rm 5,5)”.

(E.G.125), nos dice el Papa Francisco.

## 2/6

### Expectativas.

Y preguntarnos qué expectativas tiene la gente hacia nosotros y el servicio SARCH: ¿qué esperan de nosotros? ¿nos lo preguntamos? ¿estamos ofertándolo?

Preguntarnos por lo más simple, por cada persona con la que me encuentro, no tanto por los grandes planes, pues

“Si logro ayudar a una sola persona a vivir mejor, eso ya justifica la entrega de mi vida” (GS 274).

19. CEE, Iglesia, servidora de los pobres, n.17: "La inmediatez parece haberse apoderado de la vida pública, de la vida privada, de las relaciones sociales y de las instituciones. (...) En la cultura del aquí y del ahora, no hay espacio para la solidaridad con los otros, con los que se encuentran lejos o con los que vendrán más adelante. (...) Ese pragmatismo nos invita a no asumir proyectos que conlleven renuncia".

20. CEE, Iglesia, servidora..., n.37-38: "Es el Amor personificado de Dios, -el Espíritu Santo- «el que transforma y purifica los corazones de los discípulos, cambiándolos de egoístas y cobardes en generosos y valientes; de estrechos y calculadores, en abiertos y desprendidos; el que con su fuego encendió en el hogar de la Iglesia la llama del amor a los necesitados hasta darles la vida». Es muy importante no disociar acción y contemplación, lucha por la justicia y vida espiritual. (...) La espiritualidad que anima a los que trabajan en el campo caritativo y social no es una espiritualidad más. Posee unas características particulares que nacen del Evangelio y de la realidad en que se vive y actúa, y que hemos de cultivar: una espiritualidad trinitaria que hunde sus raíces en la entraña de nuestro Dios, una espiritualidad encarnada y de

### 3/

## Los pescadores/apóstoles: retos de los agentes.

### 3/1

#### Desmotivación/responsabilidad personal.

Si esto es una realidad entre el personal sanitario, no lo es menos entre el personal religioso.

También esto afecta a los Sacerdotes (en mayor medida), pues no pocos están desanimados, olvidando Quién nos ha llamado a esta tarea: "Conozco tus obras, tu fatiga, tu perseverancia (...) has sufrido por mi nombre y no has desfallecido. Pero tengo contra ti que has abandonado el Amor primero" (Ap. 2,3-4).

También a nosotros nos cuesta asumir proyectos que impliquen renuncia<sup>19</sup>, tal como denuncian los obispos de nuestra sociedad actual. Son muy pocas las personas que se comprometen con la disponibilidad y entrega que supone atender un hospital 24 horas al día los 365 días del año, aunque sea en equipo.

Aunque nunca deberíamos olvidar que

"La primera motivación para evangelizar es la experiencia de ser salvados por Él, que nos mueve a amarlo siempre más. Pero ¿qué amor es ese que no siente la necesidad de hablar del ser amado, de mostrarlo, de hacerlo conocer? Si no sentimos el intenso deseo de comunicarlo,

necesitamos detenernos en oración para pedirle a Él que vuelva a cautivarnos.

Nos hace falta clamar cada día, pedir su gracia para que nos abra el corazón frío y sacuda nuestra vida tibia y superficial. Puestos ante Él con el corazón abierto, dejando que Él nos contemple, reconocemos esa mirada de amor" (EG 264).

Dejarnos de la queja continua e ir a quien puede resolver las cosas (obispo, delegado) implicándonos también nosotros en cambiar las cosas. Decía el Papa Francisco a los seminaristas y religiosas italianas (6-7-2013):

«No aprendáis de nosotros, el deporte que nosotros, los viejos, tenemos a menudo: ¡el deporte de la queja! No aprendáis de nosotros el culto de la diosa queja. Es una diosa... siempre quejosa. Al contrario, sed positivos, cultivad la vida espiritual y, al mismo tiempo, id, sed capaces de encontraros con las personas, especialmente con las más despreciadas y desfavorecidas. No tengáis miedo de salir e ir a contra corriente. Sed contemplativos y misioneros».

Necesitamos "un nuevo Pentecostés que nos libre de la fatiga, la desilusión, la acomodación al ambiente; una venida del Espíritu que renueve nuestra alegría y nuestra esperanza" (A 362). Cultivar una espiritualidad pascual<sup>20</sup>.

Implica que nuestro mensaje sea positivo, un Dios que ama apasionadamente a quien pasa por el sufrimiento<sup>21</sup>.

Un evangelizador no debería tener permanentemente cara de funeral. Recobremos y acrecentemos el fervor,

Son muy pocas las personas que se comprometen con la disponibilidad y entrega que supone atender un hospital 24 horas al día los 365 días del año

"La dulce y confortadora alegría de evangelizar, incluso cuando hay que sembrar entre lágrimas" [...] Y ojalá el mundo actual -que busca a veces con angustia, a veces con esperanza- pueda así recibir la Buena Nueva, no a través de evangelizadores tristes y desalentados, impacientes o ansiosos, sino a través de ministros del Evangelio, cuya vida irradia el fervor de quienes han recibido, ante todo en sí mismos, la alegría de Cristo" (EG 10, cf. E.N.80).

### 3/2

#### Esperar o 'salir' al encuentro.

El reto consiste en superar esta tentación con la convicción de que Cristo me espera en el enfermo. Mateo 25: "cada vez que hicisteis esto a uno de mis hermanos más pequeños, conmigo lo hicisteis" nos lo indica. Si les dijese que Jesús se ha encarnado de nuevo y está en la planta 3ª, habitación 37 ¿alguien seguiría escuchándome o saldrían todos corriendo a verlo? Pues nos ha dicho que está en el enfermo y nosotros seguimos esperando en el despacho a que nos llame.

En palabras de Mons. Taltavull: "El Señor dijo: "Id", no: 'esperad a que vengan". O con las del Papa:

(...) Nadie debería decir que se mantiene lejos de los pobres (enfermos) porque sus opciones de vida implican prestar más atención a otros asuntos. Ésta es una excusa frecuente en ambientes académicos, empresariales o profesionales, e incluso eclesiales. (...) Temo que también estas palabras sólo sean objeto de algunos comentarios

sin una verdadera incidencia práctica. No obstante, confío en la apertura y las buenas disposiciones de los cristianos, y os pido que busquéis comunitariamente nuevos caminos para acoger esta renovada propuesta" (E.G.200-201).

Como nos recuerda Evangelii Gaudium:

"Prefiero una Iglesia accidentada, herida y manchada por salir a la calle, antes que una Iglesia enferma por el encierro y la comodidad de aferrarse a las propias seguridades" (E.G.49).

Visitar por habitaciones haciendo presente al Señor cuando dice:

"Mira, estoy de pie a la puerta y llamo. Si alguien escucha mi voz y abre la puerta, entraré en su casa y cenaré con él y él conmigo" (Ap. 3,20).

### 3/3

#### Responsabilidad personal-institucional: triple dimensión.

El reto es ayudar a responsabilizarse de los procesos sanadores y evangelizadores. También en los procesos eclesiales: Jesús pregunta al parálítico de Betesda (Jn.5, 1-15) ¿quieres curarte? Después de más de 30 años esperando es curioso que le eche la culpa a los demás, y no se pregunte si no se tratará de una parálisis personal ante lo que significa asumir la responsabilidad; también en este proceso de revisión de la pastoral hospitalaria os invito a preguntarnos si en nosotros no estará también presente algún miedo a la responsabilidad de lo que supondría

ojos y oídos abiertos a los pobres, una espiritualidad de la ternura y de la gracia, una espiritualidad transformadora, pas-cual y eucarística".

21. "Cuando la vida interior se clausura en los propios intereses, ya no hay espacio para los demás, ya no entran los pobres, ya no se escucha la voz de Dios, ya no se goza la dulce alegría de su amor, ya no palpita el entusiasmo por hacer el bien. (...) Ésa no es la opción de una vida digna y plena, ése no es el deseo de Dios para nosotros, ésa no es la vida en el Espíritu que brota del corazón de Cristo resucitado. La alegría del Evangelio llena el corazón y la vida entera de los que se encuentran con Jesús. Con Jesucristo siempre nace y renace la alegría". (E.G.2.1)

**24. BENEDICTO**

XVI, Carta enc.  
Deus caritas est,  
25. S. Juan Pablo II,  
Evangelium Vitae 78:  
"La evangelización  
es una acción global  
y dinámica, que  
compromete a la  
Iglesia a participar en  
la misión profética,  
sacerdotal y real  
del Señor Jesús.  
Por tanto, conlleva  
inseparablemente  
las dimensiones  
del anuncio, de  
la celebración y  
del servicio de la  
caridad. Es un acto  
profundamente  
eclesial, que exige  
la cooperación de  
todos los operarios  
del Evangelio, cada  
uno según su propio  
carisma y ministerio".

asumir de verdad la misión de Jesús con los enfermos, con todas sus consecuencias.

O preferimos seguir como estamos esperando que otros nos lo hagan.

Recogiendo las palabras del Papa a la Iglesia: "sueño con una opción misionera capaz de transformarlo todo" (EG 27). Ver qué cosas no pueden seguir como están y cuales hay que reforzar porque están haciendo mucho bien (cf. EG 25). De vez en cuando debemos usar la 'duda metódica', para revisar nuestra acción y analizar si las actitudes y los métodos son los apropiados.

Cuando uno se hace anciano suele ver más al pasado vivido que al futuro por vivir. Creo que en cierto sentido a veces nuestra Iglesia peca de esto: vive más la añoranza que la esperanza. Os invito a pensarlo.

Se trata de una misión muchísimo más amplia que su dimensión sacramental. Nos lo recordaba el Papa Benedicto XVI:

▼  
"La naturaleza íntima de la Iglesia se expresa en una triple tarea: anuncio de la Palabra de Dios (kerygma-martyria), celebración de los Sacramentos (leiturgia) y servicio de la caridad (diakonia). Son tareas que se implican mutuamente y no pueden separarse una de otra"<sup>22</sup>.

Tanto el campo de evangelización-catequesis como el de servicio-caridad e incluso la dimensión oracional-celebrativa más allá de los sacramentos propiamente dichos, necesitan programarse en los SARCHS y desarrollarse en la práctica pastoral del día a día.

Teniendo presente que no es tarea de los capellanes o SARCHS, sino misión de todo cristiano y de toda la Iglesia. "Todos los cristianos estamos llamados a cuidar la fragilidad del pueblo y del mundo en que vivimos" (EG 216).

Así, en la Iglesia, comunidad sanante, todos somos agentes de pastoral y así debemos vivirlo:

- **Los Obispos** "rodeen a los enfermos con una caridad paternal". (Christus Dominus, 13)

- **Los Presbíteros** "atiendan con toda solicitud a los enfermos y agonizantes, visitándolos y confortándolos en el Señor". (PO, 6). "Os invito, queridos presbíteros, a no escatimar esfuerzos para llegar a todo hombre marcado por el sufrimiento y prestarles asistencia y consuelo.

El tiempo transcurrido al lado de quien se encuentra en la prueba es fecundo en gracia para todas las demás dimensiones de la pastoral". (Benedicto XVI. Mensaje para la XVIII Jornada Mundial del Enfermo 2010).

- **Al Capellán** de una institución de salud: "se le confía el cuidado pastoral de un grupo particular de fieles: enfermos, familiares, trabajadores y profesionales de la salud.

Su tarea principal es la de anunciar la Buena Noticia y la de comunicar el amor redentor de Cristo a cuantos sufren en el cuerpo y en el espíritu, acompañándolos con amor solidario". (Carta de los Agentes de la Salud, 131 y 132).

- **Los Diáconos** sean misericordiosos y diligentes especialmente con los que sufren, a ejemplo del Señor Jesús que se hizo servidor de todos (Cf. Lumen Gentium, 29).

- **Los Religiosos y Religiosas** "sean fieles al carisma de la caridad misericordiosa para con los enfermos". «Estad cerca de los últimos y de los abandonados, practicad la acogida, promoved y sostened todas las iniciativas en el servicio a los que sufren". (Juan Pablo II, IV Conferencia Internacional sobre el Sida, 1990).

- **Los Laicos** "practiquen la caridad para con los pobres y los enfermos... donde hay

afligidos por calamidades o por falta de salud, allí debe buscarlos y encontrarlos la caridad cristiana, consolarlos con cuidado diligente y ayudarlos con la prestación de servicios". (AA, 8).

- **Los Enfermos** no solamente son término del amor y del servicio de la Iglesia, sino también sujetos activos y responsables de la obra de evangelización y de salvación: "Ustedes también son enviados como obreros a su viña". (Ch, 54).

3/4

Hora del laicado.

La realidad del clero de nuestras diócesis, y la distribución pastoral, así como el intento de mantener la labor sacramental lleva a una presencia menor de sacerdotes en los hospitales, porque no los tenemos, y una apuesta real por la evangelización desde los laicos.

Ahora bien, su acción es tan válida, importante y no menos cálida ni de menor calidad<sup>23</sup>, que no puede ser una respuesta a esta deficiencia sacerdotal, ya que en sí misma, la misión del laico tiene un papel fundamental en la evangelización.

Esto nos exige también romper la 'eucaristización' de la pastoral. A menudo o hay eucaristía o no hay nada. Donde no haya un sacerdote que pueda celebrar la Eucaristía, siempre hay posibilidad de una celebración de la Palabra.

No se puede permitir dejar sin la mesa de la Palabra ni la del Pan -porque no haya un sacerdote- a unos hermanos que desean encontrarse con Cristo en ese sacramento. Seamos creativos y fiémonos de los seglares.

Pero también preocupándonos por el futuro del servicio de capellanes atendiendo esta necesidad desde los seminarios (cf. ARH 184). Formándoles para el servicio a los enfermos, sea

en la parroquia o en la institución hospitalaria. Ad-gentes con vocación, disponibilidad y formación. Llenos de calidez y calidad.

3/5

Recuperar el centro: territorial/comunidad de fe y cristocentrismo.

De igual manera, el hospital está en una parroquia, por tanto el párroco de la misma ha de ser capellán; el párroco de una parroquia con presencia de un hospital en su territorio debe escogerse pensando en ello y por tanto con este perfil; debe buscarse un equipo de voluntariado principalmente parroquial, que colabore con el equipo SARCH.

Si el hospital es de tamaño grande debe pensarse en una atención a nivel arciprestal, y debería descartarse el que los capellanes estén a kms de distancia, como sucede en muchos casos hoy.

También debemos seguir insistiendo en que la mejor atención pastoral al enfermo es la de su comunidad de fe, tratando de estar presente allí donde el enfermo se encuentre.

Nosotros a veces también hemos caído en este error: el centro es el Evangelio y el enfermo, anunciarle la Buena Noticia de Cristo. El centro no es la Iglesia, sus problemas de falta de clero, los Acuerdos,...

No, tiene que volver a ser una Iglesia misio-céntrica, pues "la Iglesia existe para evangelizar" (EN 14). Nos recordaba el Papa en la homilía de canonización de **Pietro Favre**: "Sólo si se está centrado en Dios es posible ir a las periferias del mundo". Pensemos si nosotros lo estamos de verdad<sup>24</sup>.

Tendemos a ser muy autorreferenciales. Hablamos y tratamos casi siempre los temas que nos incumben o tocan a nosotros, pero no nos descentramos misionalmente ni pensamos que nuestro ministerio es la entrega a los demás.

23. Para la misión del laico y el papel de la mujer en este campo del cuidado pastoral cf. EG 102-103.

24. "No quiero una Iglesia preocupada por ser el centro y que termine clausurada en una maraña de obsesiones y procedimientos. Si algo debe inquietarnos santamente y preocupar nuestra conciencia, es que tantos hermanos nuestros vivan sin la fuerza, la luz y el consuelo de la amistad con Jesucristo, sin una comunidad de fe que los contenga, sin un horizonte de sentido y de vida" (E.G.49).

### 3/6

#### Descanso.

Afirman los obispos españoles en Iglesia, servidora de los pobres, 55:

“La acción social en la Iglesia no es labor de personas inmunes al cansancio y a la fatiga, sino de personas normales, frágiles, que también necesitan de cuidado y acompañamiento”.

Aunque recuerdan también el compromiso de toda la institución:

“Las organizaciones han de cuidar con solicitud de sus agentes; también a ellos se extiende el deber de la caridad. Son instrumentos de Dios para la liberación y promoción de los pobres, signos e instrumentos de su presencia salvadora. Pero tienen sus limitaciones, necesitan ayudarse unos a otros para más saber y mejor hacer, para crecer en formación y en espiritualidad”.

¿Cómo es nuestro descanso? ¿descansamos? Nos lo recordaba el Papa Francisco a los sacerdotes en la Misa Crismal (2015):

Una clave de la fecundidad sacerdotal está en el modo en como descansamos. (...) ¿me confío al Espíritu... encuentro descanso diciendo: “Sé en Quién me he confiado” (2 Tm 1,12)

Las tareas de los sacerdotes (...) no son tareas fáciles, exteriores, como por ejemplo el manejo de cosas -construir un nuevo salón parroquial, o delinear una cancha de fútbol para los jóvenes del Oratorio...-; las tareas mencionadas por Jesús implican nuestra capacidad de compasión, son

tareas en las que nuestro corazón es «movido» y conmovido. Nos alegramos con los novios que se casan, reímos con el bebé que traen a bautizar; acompañamos a los jóvenes que se preparan para el matrimonio y a las familias; nos apenamos con el que recibe la unción en la cama del hospital, lloramos con los que entierran a un ser querido... Tantas emociones, tanto afecto, fatigan el corazón del Pastor.

Para nosotros sacerdotes las historias de nuestra gente no son un noticiario: nosotros conocemos a nuestro pueblo, podemos adivinar lo que les está pasando en su corazón; y el nuestro, al compadecernos (al padecer con ellos), se nos va deshinchando, se nos parte en mil pedacitos, y es conmovido y hasta parece comido por la gente: “Tomad, comed”. Esa es la palabra que musita constantemente el sacerdote de Jesús cuando va atendiendo a su pueblo fiel: “Tomad y comed, tomad y bebed...”.

Y así nuestra vida sacerdotal se va entregando en el servicio, en la cercanía al pueblo fiel de Dios... que siempre cansa.

Por tanto, es muy importante tener un descanso semanal, así como prever la sustitución en vacaciones, y el paso de los años, en un tiempo razonable; muchos capellanes llevan más de 15 años en el hospital, y hoy del total de capellanes españoles entorno al 25% son mayores de 65 años.

Pero sin dissociar nunca vida de misión:

“La misión... no es una parte de mi vida, o un adorno que me puedo quitar; no es un apéndice o un momento más de la existencia. Es algo que yo no puedo arrancar de mi ser si no quiero destruirme. Yo soy una misión en esta tierra, y para eso estoy en este mundo.

Hay que reconocerse a sí mismo como marcado a fuego por esa misión de

iluminar, bendecir, vivificar, levantar, sanar, liberar.

Allí aparece la enfermera de alma, el docente de alma, el (capellán) de alma, esos que han decidido a fondo ser con los demás y para los demás. Pero si uno separa la tarea por una parte y la propia privacidad por otra, todo se vuelve gris y estará permanentemente buscando reconocimientos o defendiendo sus propias necesidades” (EG 273).

### 3/7

#### A modo de conclusión.

A la luz de Evangelii Gaudium, repasando sus 4 capítulos diremos que: Necesitamos en nuestros hospitales y diócesis una “transformación misionera” (19-49), pues vivimos una “crisis del compromiso comunitario” (50-109) que urge un “anuncio del Evangelio” (110-175), con un “compromiso social desde la persona humana” vulnerable (176-258) y a través de “evangelizadores con espíritu”, en una mística “capaz de animar toda la misión” (259-288).

Y siempre teniendo en cuenta que

“Ninguna institución puede de suyo sustituir el corazón humano, la compasión humana, el amor humano, la iniciativa humana, cuando se trata de salir al encuentro del sufrimiento ajeno” (Salvifici doloris, 29).





# 03/El servicio de asistencia espiritual y religiosa hospitalario.

José Luis Redrado, 

Obispo titular de Ófena,

Secretario emérito del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud.

El autor nos sitúa el servicio de atención espiritual y religiosa dentro del contexto del hospital como un servicio más. Dotado de profesionales, religiosos o no, en el que se impliquen los profesionales de la salud para llevar a cabo la asistencia integral al enfermo. Sin dejar de lado la formación, la coordinación y la organización como los demás servicios del hospital. Hablamos de agentes de pastoral, de los "ministros de la vida" de los que hablaba Juan Pablo II, que envuelven la medicina de afecto, cordialidad, cercanía, caridad, amor y respeto.

Palabras clave:

*Hospital, Pastoral, Saer, Asistencia, Espiritual, Religioso.*

The author brings us the service of spiritual and religious care within the context of the hospital as a service. Equipped with professional, religious or not, in which health professionals are involved to carry out comprehensive patient care, without neglecting training, coordination and organization as other hospital services. These are pastoral agents of the "Ministers of Life" of which John Paul II spoke, medicine involving affection, warmth, closeness, charity, love and respect.

Key words:

*Hospital, Pastoral, Support, Spiritual, Religious.*

## Ambientación global.

Sucedió en una consulta médica. Una madre anciana tenía una hija; ésta fue al doctor y le preguntó: ¿qué medicina necesita mi madre? El doctor le respondió: la mejor medicina para tu madre es la siguiente, agua y jabón, alimentación adecuada, sacarla a pasear, darle mucho afecto y cariño. Y atención espiritual. Vuestra madre no necesita más.

El **Papa Francisco** nos lo acaba de subrayar en el Mensaje para la Jornada Mundial de Enfermo, 11 febrero 2016. Dice:

“El amor, animado por la fe, hace que pidamos para los enfermos algo más grande que la salud física: pedimos una paz, una serenidad de la vida que parte del corazón y que es don de Dios...”

Si el Agente de Pastoral, con todo su saber y todas sus técnicas pastorales consigue eso, podemos darle al Servicio de Pastoral en ese hospital la medalla de oro.

Estamos hablando a agentes de pastoral de la salud que desarrollan su trabajo y misión en centros hospitalarios. A estos agentes de pastoral se dirige de forma particular el Simposium. Dichos Agentes forman parte del inmenso equipo

de salud que inciden en la curación y cuidado del enfermo: médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales y voluntarios. Todos y cada uno al servicio de la vida y por la vida.

A todo este inmenso ejército de sanitarios se le pide fundamentalmente que sean los grandes defensores de la vida, los grandes enamorados de la misma. Todos ellos han sido calificados como “**ministros de la vida**” en dos grandes documentos: Carta de los agentes sanitarios (n. 1-10) del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud y la Encíclica *Evangelium vitae* de **Juan Pablo II**.

La vida tiene siempre necesidad de hombres y mujeres de ciencia y técnica para defenderla, curarla, acogerla y respetarla. Y cuando esta vida es frágil, envuelta en dolor, dudas, miedos e interrogantes acerca de la salud, creo que es necesaria mucha medicina, pero sobre todo de aquella medicina que va más allá de la actual tecnificación y de una asistencia masificada y estatalizada.

Esto es, se requiere ese tipo de medicina que desde siempre ha estado envuelta de afecto y cordialidad; la medicina cuya raíz ha sido el concepto helénico de “**filantropía**” y el concepto cristiano de “**caridad**”, del amor por el hombre. Lo decía así el médico **Paracelso** del siglo XVI:

“El más alto, profundo, fundamento de la medicina es el amor.”

Yo estoy convencido de que el hombre tenga necesidad en los momentos más fuertes de fragilidad -nfermedad grave...- tenga necesidad de un plus de amor, de respeto y acompañamiento holístico, total, integral; de una asistencia física, psicológica, social y espiritual, subrayando este aspecto de filantropía y caridad.

Es un reto que se presenta a la medicina y a la pastoral.

1. Juan Pablo II,  
Mensaje IX Jornada  
Mundial del Enfermo  
2001, n. 3

2. Benedicto XVI,  
Discurso a los enfer-  
mos, a los médicos  
y al personal del  
Hospital Policlinico  
San Mateo de Pavia,  
22 de abril de 2007.

Un nuevo camino para que la medicina muestre -ejerza- su fuerza humanizadora y para que la pastoral muestre -ejerza- su propio estilo y fuerza terapéutica.

## 1/

## El hospital, lugar de curación y sanación.

Hemos acentuado como primera idea a tener en cuenta por el agente de pastoral la vida. La segunda idea es el lugar donde el agente de pastoral ejerce su misión, el hospital.

El agente de pastoral ha de tomar buena nota del significado de la palabra hospital como lugar privilegiado de curación y sanación de personas.

Subrayo la palabra privilegiado. Son los últimos Papas quienes han acuñado ésta y otras expresiones en sus discursos y Mensajes con ocasión de las Jornadas Mundiales del Enfermo. Me permito recordar las siguientes:

“...Los hospitales y los centros sanitarios, donde viven personas de toda edad y de toda clase social..., son una especie de santuarios, en los que las personas participan en el misterio pascual de Cristo. Los hospitales constituyen ámbitos privilegiados de la nueva evangelización...”

Es importante que al inicio del tercer milenio cristiano se dé nuevo impulso a la evangelización en el mundo de la sanidad como lugar especialmente indicado para convertirse en un valioso laboratorio de la civilización del amor”<sup>1</sup>.

Dos años más tarde, en la Jornada Mundial del Enfermo 2003, celebrada en Washington, insistía Juan Pablo II en las mismas ideas, dirigidas en especial a los hospitales católicos: “**deben ser centros de vida y de esperanza...**” y por ello insistía en que “**cada Conferencia episcopal... se esfuerce en promover, orientar y coordinar la Pastoral de la salud... (nº 3)**”

“El hospital es un lugar que podríamos decir de algún modo “sagrado” -decía el Papa Benedicto XVI- donde se experimenta la fragilidad de la naturaleza humana, pero también las enormes potencialidades y recursos del ingenio del hombre y de la técnica al servicio de la vida del hombre”<sup>2</sup>.

Traigo también a este Simposium una voz profética a favor de los enfermos y de la Pastoral de la salud. Es una voz todavía vigente aunque nos separen treinta años.

Mes de octubre, año 1983. La Iglesia celebra el Sínodo sobre la Reconciliación. En él participa como “auditor” el **Hno. Pierluigi Marchesi**, Prior General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. El P. Marchesi es un gran defensor de los enfermos, hombre de frontera y de gran visión profética. El día 15 de octubre, delante del Papa y de los Padres sinodales, toma la palabra y dice:

“...Es siempre edificante llevar a los enfermos a los Santuarios, al menos aquellos que pueden, aunque no siempre sean los que tienen mayor necesidad: hoy es necesario que la Iglesia emprenda una peregrinación al hospital, donde, en muchos países acuden más personas que a nuestras parroquias y donde es viva la presencia del Cristo que quiere la reconciliación.

LH n.316

Es necesaria en la Iglesia una Pastoral Sanitaria organizada, programada y animada, una catequesis nueva para el personal sanitario en todos los niveles: una catequesis al pueblo de Dios acerca de la vida, de la enfermedad, del sufrir y del morir: una revisión de las dimensiones apostólicas de las almas consagradas al servicio de los enfermos y, finalmente, una renovada formación para los ministros de los sacramentos que obran en los hospitales.

Se puede entender la solicitud de la pastoral hacia ambientes particulares: los obreros, los intelectuales, los jóvenes, el turismo y la emigración, la familia y los ecologistas: pero no olvidemos que al pueblo de los enfermos y de los moribundos perteneceremos un día todos, también nosotros: será el modo inevitable de encontrar al Cristo que nos reconcilia y nos invita a su Pascua<sup>3</sup>.

He querido comenzar esta conferencia con estas fuertes, reales y proféticas expresiones que ponen de manifiesto la importancia que tiene el hospital como lugar privilegiado para la evangelización.

Por el hospital pasa toda la humanidad: los ricos y los pobres, los sabios y los ignorantes, los niños, los jóvenes, los ancianos; pasan los musulmanes, los católicos, protestantes, budistas, hebreos... y hasta quienes dicen no creer; pasa toda la humanidad.

Es el lugar más universal, más ecuménico. Me atrevería a decir que es el lugar donde un pueblo mide su cultura, su desarrollo, su técnica, su humanidad, su religión.

El hospital es el termómetro preciso de los valores de un pueblo. El Hospital es un lugar de encuentro, lugar de curación, de esperanza, templo sagrado de salvación.

Cada año, la vida de más de 20 millones de personas es curada, “tocada” de alguna manera en un centro sanitario y por un seguidor de la Orden de San Juan de Dios, religiosos o colaboradores. Repito, 20 millones de personas al año frecuentan -pasan- por los hospitales de San Juan de Dios, por un total de cerca de 300 estructuras.

Y si la Iglesia dispone de 120.826 estructuras sanitarias católicas<sup>4</sup>, ¿sabrían decirme cuál será el número de personas -enfermos y familiares- que pasan por esos templos “sagrados” que se llaman hospitales?

Más aún, ¿se han parado a pensar cuántos son los enfermos que frecuentan los hospitales, sean propiedad del Estado, de entidades laicas o de la Iglesia? ¿Y todo el personal médico, enfermeros, psicólogos, sociólogos, bioéticos, pastoralistas, voluntarios, que viven diariamente el ambiente sanitario, hospitalario?

Todo un ejército de personas que giran alrededor del hospital, lugar más amplio que cualquiera de nuestras parroquias. Podemos repetir, por tanto, que los lugares de sufrimiento y de curación son el templo más frecuentado de la humanidad, el más universal, el más ecuménico.

Son lugares de vida y esperanza, son lugares sagrados. Para mucha gente el paso por el hospital ha sido un momento significativo, una experiencia que “marca”, un lugar de muchos encuentros, de mucha vida.

El hospital no es un bar, una sala de cine o una discoteca, es un lugar que nos hace muchas preguntas, que nos recuerda lo frágiles que somos, un lugar donde quizá podemos morir.

El hospital es un lugar de mucho movimiento, exterior e interior, en continuo contraste, donde se regeneran cuerpos y también personas; donde la gente tiene la posibilidad de cambio, de conversión, porque son “clínicas del Espíritu” (Pablo VI).

3. Labor Hospitalaria 190 (1983).

4. Secretaria Status. “Annuario Statisticum Ecclesiae”. Libreria Editrice Vaticana, 2008.

El dolor, la enfermedad, el sufrimiento, los hospitales, son un lugar de observación, una escuela, una universidad, una ocasión para un nuevo acercamiento a la vida y, a veces, también para una auténtica conversión y para el apostolado.

Cada uno de vosotros, agentes de pastoral, sois testigos, tenéis muchas experiencias en vuestro ministerio con los enfermos; para escribir más de un libro.

El hecho de decirlo y subrayarlo en este foro es para tomar mayor conciencia y responsabilidad, porque son muchas las personas en fragilidad las que pasan por vuestras manos.

Antes de cerrar este capítulo traigo dos testimonios significativos de personas muy conocidas en el mundo de las artes, que han experimentado un cambio en su vida, o que, al menos, el paso por el hospital ha sido para ellos un momento fuerte de reflexión.

Me refiero al famoso director cinematográfico **Federico Fellini** y al tenor **José Carreras**.

\*Comienzo transcribiendo las declaraciones dadas por Federico Fellini al periódico de Barcelona La Vanguardia el 29 de agosto de 1993 cuando estaba internado en una clínica de Rimini: “**He descubierto que un hospital es un mundo estupendo para meditar sobre los propios proyectos y sobre la propia vida**”.

- ¿Ha rezado en esos días?
- Sí he rezado.
- ¿Ha pensado en Dios?
- ¿Cómo sería posible vivir sin pensar en El?

Ese mismo diario recogió en otra ocasión las declaraciones del tenor **José Carreras**:

“**Como consecuencia de mi enfermedad, he aprendido a valorar el aspecto religioso, cierta mística, cierto tipo de reflexión**

y ésta es una de las experiencias positivas que me ha quedado de esa situación... He madurado más como hombre y debido a este episodio de mi vida ahora veo las cosas de manera más profunda”.

Y un testigo excepcional: Juan Pablo II. Un Papa que ha “viajado” por el mundo del sufrimiento, que lo ha experimentado en su propia carne, durante las siete veces que estuvo internado en el Hospital Policlínico Gemelli, considerado por Juan Pablo II como su tercera residencia.

Este Papa pasará a la historia por sus numerosos viajes, por la apertura al Este, por la tenacidad en la búsqueda de la unidad y de la paz; osaría decir que será recordado de manera especial por su relación con el sufrimiento y con los enfermos, por sus innumerables visitas a los hospitales.

Un dato curioso sería saber cuántos hospitales ha visitado Juan Pablo II en sus numerosos viajes.

El Centro de la Pastoral Sanitaria de Roma ha publicado el libro “**Papa Giovanni Paolo II negli Ospedali di Roma**” donde se recoge la visita que hizo a 25 hospitales de Roma. El lector podrá ver también en dicho libro los respectivos discursos y numerosas fotografías.

## 2/

# Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa

## 2/1

La salud holística, integral: la persona, sus dimensiones y necesidades. La persona y sus dimensiones: física, psíquica, social y espiritual. Necesidades fundamentales de la persona.



La vida cotidiana es un viaje a través de muchas necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Muchos autores han clasificado en una pirámide las necesidades fundamentales. (Cf. Imagen 1, Pirámide de Maslow).

La salud en sentido holístico significa acompañar, curar y cuidar la persona en su totalidad, en todas sus dimensiones: físicas, mentales, sociales, espirituales y religiosas.

Por tanto, la definición de salud dada por la OMS, en 1946, como “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad” no es exacta, porque reduce la salud a meros criterios somáticos; a un “estado”. Esta misma definición la ampliará después la OMS, en 1990, al añadir la dimensión espiritual.

Y así, nos preguntamos: ¿cuándo está sana la persona física, psíquica, social, espiritual y religiosamente? Los técnicos en cada dimensión nos dirán qué nivel de salud goza la persona.

El médico en la dimensión física, el psicólogo en la psíquica, el sociólogo en lo social y el experto en valores, el teólogo, el pastoralista, el bioético, en la dimensión espiritual y religiosa.

Vivir sanamente, en sentido holístico, significa, por tanto, vivir no sólo los aspectos físicos, psicológicos, sociales, sino también la salud espiritual, es decir, la conciencia de ser trascendente, el conocimiento de los propios valores y respeto de la diversidad de escalas, la gestión saludable de la pregunta sobre el sentido y adhesión o no, libre, a una religión liberadora y humanizadora, que no genere fanatismos, esclavitudes, moralización, sentimiento de culpa, anestesia de lo humano<sup>5</sup>.

## 2/2

### Dimensión espiritual y dimensión religiosa.

La verdadera salud es una experiencia biográfica que hace posible una experiencia de salud también en medio de dificultades. Se puede vivir una madurez espiritual cuando uno es mayor, cuando se tiene alguna enfermedad, contratiempos, dificultades de la vida...

**Dimensión religiosa.** Comprende la vivencia de la persona en sus relaciones con Dios dentro de un grupo al que pertenece como creyente y expresa su fe y relaciones mediante ritos, celebraciones, sacramentos...

5. Cfr. Gracia Guillén “Espiritualidad en la práctica clínica”, conferencia manuscrita.

6. Francesc Torralba, “La espiritualidad”, Editorial Milenio, Bibliotecatorralba, nº. 22, Lleida 2004.

La salud en sentido holístico significa acompañar, curar y cuidar la persona en su totalidad, en todas sus dimensiones: físicas, mentales, sociales, espirituales y religiosas

**Dimensión espiritual.** Es más amplia y abarca, además, el mundo de los valores y de la pregunta por el significado último de las cosas.

Cuando la dimensión espiritual llega a cristalizar en la profesión de un credo religioso, cuando el mundo de los valores, de las opciones fundamentales, la pregunta sobre el sentido, cristalizan en una relación con Dios -ente superior- entonces hablamos de dimensión religiosa.

Muchos elementos pertenecen a la dimensión espiritual, pero no todos los individuos dan el paso a la fe, la profesión de un credo, la pertenencia a un grupo que comparte y celebra. Cuando todo esto sucede, tenemos, sin embargo, un camino para acompañar espiritualmente; se llama la “**eficacia del corazón**”. En el argot eclesástico diríamos “**la pastoral del buen recuerdo**”.

**Cicely Saunders** (1918-2005) se refiere a lo espiritual como el campo que concierne a los valores donde se dan cita recuerdos de defecciones, cargas de culpa, necesidad de reconciliación, sentimiento de vacío de la vida...

Muchas veces nos preguntamos qué es eso de espiritual, espiritualidad. Me permito hacer una síntesis, siguiendo al **Profesor Francesc Torralba**<sup>6</sup>.

La espiritualidad es un atributo trasversal, no es una parte de la persona, ni un añadido o algo independiente.

La espiritualidad de cada persona está marcada por la historia. Es apertura y relación con uno mismo y su entorno..., es compromiso y anhelo de bien universal, es fuerza interior que capacita para superar barreras:

**Gandhi** y **Martín Luther King** son un ejemplo. A nivel de la Iglesia católica podríamos poner muchas figuras, santos o no; y en nuestros días al Papa Francisco que, con su talante fresco, espiritual y entusiasta, nos encamina a metas nuevas, abiertas y gozosas. Vemos, pues, que lo espiritual afecta a ideas, sentimientos, vínculos.

Hay muchas clases de necesidades. Algunas son manifiestas, otras sutiles, inmediatas... Atenderlas ocupa parte de la vida.

Nos ocupamos aquí de las necesidades espirituales. Son intangibles, reconocidas o no y están presentes en todos con independencia de raza, edad, creencias... He aquí algunas:

- Sentido de la vida, darle significado, que tenga alcance.
- Necesidad de creencia, ideales, valores.
- Necesidad de belleza; en nuestro interior hay una sed de gracias que nos lleva a buscar lo bello.
- Necesidad de reconciliación, meditar, estudiar símbolos que evoquen lo invisible.

La espiritualidad ha de superar muchas barreras en el mundo moderno. Vivimos en una sociedad tecnificada, sometida a la producción y consumo, esclava de lo que produce. Nos hemos instalado en una superficialidad entretenida y banal, fachada vistosa y estética.

El “**homo tecnicus**” pasa muchas horas ante la TV viendo correr acontecimientos dispares, sin pensar ni digerir. Iniciar un movimiento contrario exige convicciones diferentes. La vida espiritual parte de ese implícito tan claro: Las cosas no son como aparecen ser. La persona es más que su constitución física. “**No nos imaginemos huecas en lo interior**”, decía **Santa Teresa** a sus monjas.

La IX Jornada Nacional SECPAL, celebrada en Palma de Mallorca, 12-13 mayo 2011, lanzó un Manifiesto en el que “**entiende la espiritualidad como nuestra naturaleza esencial, que nos conforma como seres humanos y de la que surge nuestro anhelo inagotable de plenitud, que aspira a dotar nuestra vida de sentido, coherencia, armonía y trascendencia**”.

El Manifiesto aboga por una clínica que acoja la experiencia espiritual del ser humano en el final de la vida y desarrolla tres títulos: Creemos. Consideramos. Apostamos. Creo que la puesta

LH n.316

en marcha de todas las consideraciones recogidas en el Manifiesto es un reto al servicio integral al enfermo.

### 2/3

#### ¿Qué es el Servicio de Asistencia Espiritual y Religiosa (SAER) y qué funciones tiene?

Hemos desarrollado algunas ideas sobre salud, necesidades de la persona humana y algunos criterios sobre necesidades espirituales y religiosas. Teniendo todo ello como base, vamos a describir qué es un SAER y qué funciones tiene en el hospital.

#### ¿Qué es el SAER?

“Se trata de un servicio que junto a todos los demás realizan la misión del centro. Tiene una orientación terapéutica: coopera con su presencia, su testimonio y sus acciones, a la asistencia, al tratamiento, a la curación y al cuidado de las personas asistidas en el centro. Si estamos convencidos que la Buena Nueva del Evangelio es sanadora y salvadora, ésta ha de llegar así a los asistidos, especialmente a través del SAER.

Esta orientación requiere personas formadas, dinámicas y una organización adecuada del Servicio. Exige también el trabajo interdisciplinar y en equipo junto al resto de los profesionales del centro, de manera que el agente pastoral no sea una isla, sino alguien integrado en un equipo muy concienciado de su misión, que tiene una tarea terapéutica muy concreta”.

#### Objetivo fundamental

“El principal objetivo del SAER es atender las necesidades espirituales y religiosas de las personas asistidas, familiares y colaboradores, siguiendo y recreando los gestos y actitudes de Jesús de Nazaret con las personas enfermas y vulnerables, contribuyendo de esta manera a la misión evangelizadora del centro. Evidentemente lo lleva adelante con la metodología e instrumentos que le son propios”.

#### Un poco de historia

Hoy nos parece fácil formular con cierta claridad la finalidad de un SAER en los hospitales. No es ninguna novedad, ya que siempre la Iglesia ha estado atenta a dicha asistencia, naturalmente con formas diversas, según los tiempos; basta recorrer la historia del hospital y, sobre todo, la presencia de la vida consagrada al servicio de los enfermos; las Constituciones de dichas Instituciones están llenas de indicaciones y doctrina. Y por no ir tan lejos, tenemos un claro ejemplo en lo sucedido desde el Concilio Vaticano II hasta hoy.

La pastoral de la salud inicia un movimiento fuerte de renovación en las Órdenes Religiosas de Hermanos de San Juan de Dios y PP. Camilos, secundados por un numeroso ejército de Congregaciones femeninas.

Numerosos encuentros, publicaciones y el nacimiento del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud y el Instituto Camillianum avalan este movimiento que está influyendo fuertemente en una mejora y profesionalización de la presencia pastoral en los hospitales.

Hoy la literatura sobre el tema y las numerosas personas preparadas e interesadas hacen que se preste mayor atención; es un momento de gran siembra, para recoger después, esperamos, una buena cosecha. Hoy disponemos ya de abundantes frutos. Siguiendo este discurso y antes de cerrar este capítulo quisiera señalar algunos libros, elaborados en “casa” y que inicialmente fueron y aún hoy son una buena mediación en lo que se refiere a pastoral de la salud. Por parte de los **Hermanos de San Juan de Dios**, se publicaron desde el Secretariado Internacional:

“¿Qué es la Pastoral sanitaria?” (1980) con 30.000 ejemplares en lengua española y traducido al italiano, portugués e inglés.

“Pastoral de enfermos en el hospital y la parroquia” (1982) con 20.000 ejemplares en lengua española y traducido al italiano e inglés.

7. Para desarrollar este objetivo fundamental existen otros objetivos parciales y diversas acciones. Cfr. Comisión General de Pastoral, La pastoral según el estilo de San Juan de Dios, Roma 2012, pp. 89-90 y Anexo 6, pg. 185-86.

8. Concilio Vaticano II, Declaración Dignitatis humanae, sobre la libertad religiosa, 2

“Dimensión apostólica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios” (1982), edición en lengua castellana, 6.000 ejemplares.

Por parte del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española un libro que ha estado muy presente en las capellanías es “La asistencia religiosa en el hospital” (1987). Ha sido y es un buen “manual”, rico en orientaciones prácticas.

Un extenso capítulo del libro desarrolla cómo es -deber ser- el Servicio de Asistencia Religiosa en el hospital, finalidad y destinatarios. Dice:

“El servicio religioso garantiza un derecho, hace presente la Iglesia evangelizadora, va destinado a los enfermos, familias, personal sanitario y en contacto con las parroquias, y diseña al mismo tiempo las actividades del Servicio”.

Es un magnífico capítulo a tener hoy en cuenta por los agentes de pastoral.

Creo que estas son las bases inmediatas que nos ofrece la historia de la pastoral de la salud. Pero no nos podemos quedar ahí, ya que el hoy de nuestra historia se abre a nuevos retos que exigen personas más preparadas y organizaciones más actualizadas.

Las Iglesias locales han de ser hoy muy conscientes de que han de realizar en los hospitales una pastoral, nueva y actualizada. Hoy hay mayores exigencias, pero también más medios. Aprovechemos la oportunidad para dar el salto de calidad.

## El acompañamiento espiritual y religioso al enfermo forma parte de la asistencia y curación integral

### 3/3

#### El porqué de esta atención espiritual y religiosa.

#### Razón.

La enfermedad afecta al hombre en su totalidad, necesidad de una asistencia integral.

#### Fundamento.

Toda persona tiene derecho a la libertad religiosa<sup>8</sup>, que consiste en la inmunidad de coacción y se fundamenta en la dignidad de la persona humana y debe ser reconocida jurídicamente.

#### Legislación.

- Carta Derechos Humanos, art. 18
- Constitución española, art. 16, 1
- Ley sobre la libertad religiosa, art. 2 a,b y 3
- Acuerdo España-Santa Sede (Enero 1979)
- Ley de Sanidad art. 10,1
- Diversos Códigos de Colegios médicos y enfermería...

### 3/

## Acompañamiento espiritual y religioso en el hospital.

El acompañamiento espiritual y religioso al enfermo forma parte de la asistencia y curación integral como hemos señalado repetidamente. No curamos cuerpos, sino personas. La enfermedad afecta a toda la persona: aspectos corporales, psicológicos, sociales y espirituales. Un magnífico ejemplo de cómo hacer y acompañar a los enfermos lo tenemos en Jesús de Nazaret.

LH n.316

¿Cómo los atendía? ¿Cómo les ayudaba espiritualmente? ¿Qué medicina utilizaba? Palabras y gestos de cercanía; no imponía, animaba, perdonaba, curaba, integraba...

He aquí un ejemplo práctico, entre tantos, de atención integral de Jesús al enfermo:

**Texto: Curación del paralítico (Mc 2,1-12)**

**Pasos:**

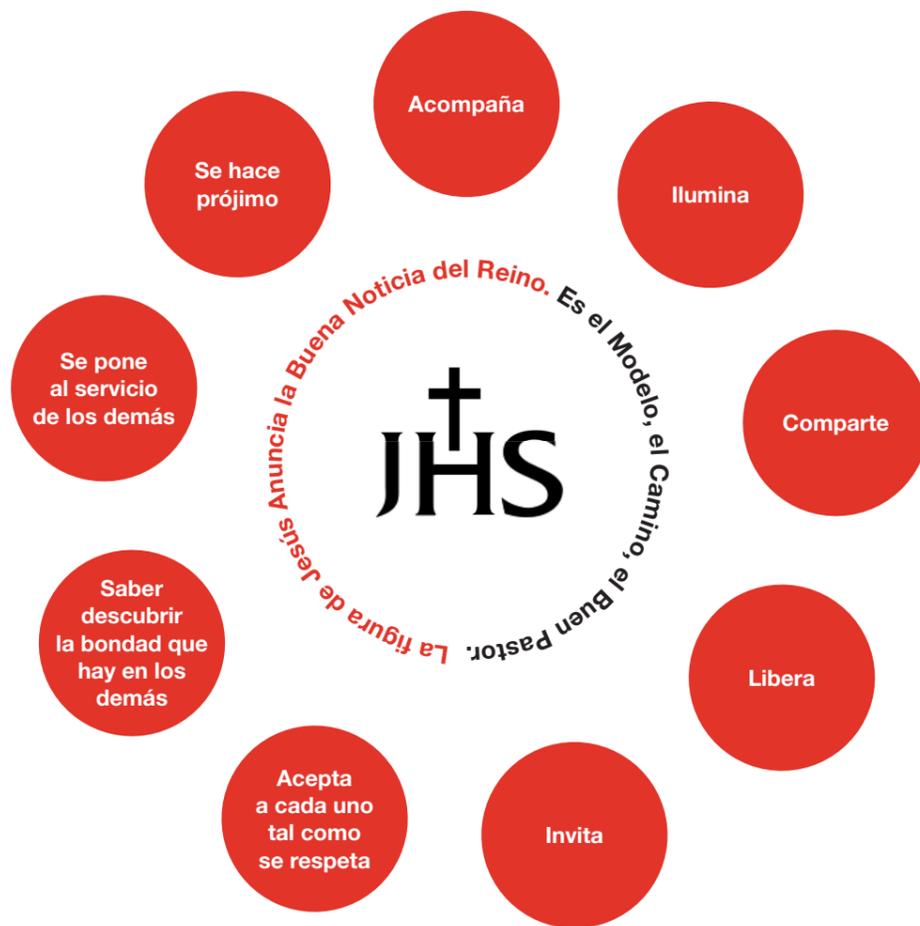
- **Un enfermo.**  
Un paralítico, pasivo, sin fuerzas, atado a su silla.
- **Cuatro amigos-voluntarios.**  
Solidaridad, creatividad, eficacia, saltan obstáculos.

- **Jesús.**  
Se da cuenta, intuye, comprende, quiere, perdona. Cambia la vida del paralítico. No discute, su amor le empuja a perdonar, sanar, liberar, poner en pie.

**Consecuencias del encuentro:**  
Curación integral, holística.

- Lo levanta-cura (aspecto físico).
- Lo contenta (aspecto psicológico).
- Le ordena que se vaya a su casa (aspecto social).
- Le perdona (aspecto espiritual).

El perdón de Dios recibido con fe es curativo, gratificante, sedante, liberador, salvador.



Los evangelios están llenos de ejemplos. Recordemos también:

- Los **discípulos de Emaús (Lc 24, 13-25)**. El cansancio, la fatiga, la desilusión, el sinsentido de lo que están viviendo...; el túnel de oscuridad e interrogantes se cambia por un encuentro, una palabra que ilumina, un gesto que despierta, el descubrir que es el resucitado que acompaña...

- **La samaritana (Jn 4)**. Observemos en Jesús su pedagogía, el modo de entrar en el corazón de una mujer vacía, insatisfecha que cuando descubre dónde está el "pozo" verdadero que llena, gratifica y sacia..., cambia de vida y se hace apóstol de quien le ha curado, sanado, salvado.

- Y digamos lo mismo con los iconos del **Buen Pastor (Jn 10)** y del **Buen samaritano (Lc 10)**.

Son encuentros pastorales -salvíficos- que estamos llamados a realizar hoy en el campo sanitario desde el servicio médico y asistencial, desde el servicio social y psicológico y, de modo particular, desde el SAER del hospital: curar y cambiar vidas, personas, y no sólo cuerpos.

Jesús de Nazaret es el modelo que nos puede ayudar a llevar a cabo una buena pastoral en el hospital. Él realiza un plan pastoral concreto como nos lo describen los evangelistas y que el evangelista Lucas nos lo presenta en la sinagoga de Nazaret así:

“El Espíritu del Señor está sobre mí, porque él me ha unguido para que dé la Buena Noticia a los pobres; me ha enviado a anunciar la libertad a los cautivos y la vista a los ciegos, para poner en libertad a los oprimidos, para proclamar el año de gracia del Señor...” (Lc 4, 16-19).

Después de este texto Lucas nos presenta la realidad del programa, es decir, una buena cantidad de enfermos que vienen a Jesús para ser curados y cómo el Señor los acoge. Un ejemplo que interpela, que llama a ser **agentes** que siembran la semilla, la Buena Noticia, el amor y la misericordia (**Mt 13**); **pescadores** de hombres, liberando del miedo, ofreciendo amistad (**Lc 5**); **médicos** que curan, sanan, reconcilian. **Pastores** que dan vida (**Jn 10**), salvan de los peligros, defienden, conducen a Dios.

La asistencia a los enfermos es un momento privilegiado por la gran cantidad de relaciones que ofrece el hospital, y por las muchas posibilidades para dar mensajes de amor y esperanza.

Urge que nos pongamos en acción, sintiéndonos llamados, enviados, estando presentes, organizando el Servicio, integrándolo, haciendo equipo interdisciplinar y prestando mucha atención, llevando a cabo una **pastoral personalizada** que vaya a la persona, a su cultura, a su historia, que toque su biografía; una pastoral **continuada**, porque el agente **no es, no debe ser, un bombero de Dios** que interviene en los momentos de emergencia, sino que está presente con su palabra, con su contacto humano, con su silencio, escucha, hasta con su actitud "orante", presencia a la que pueden confiar sentimientos, interrogantes, dificultades, vida; una pastoral impregnada de "acogida" a todos - todas las religiones, culturas, filosofías...; no se puede ir al mundo de los enfermos con prejuicios, barreras, etiquetas.

**Acoger** es la palabra:

- Ser **humano** con quien tiene necesidad de humanidad;
- Ser **espiritual** con quien tiene necesidad de espiritualidad;
- Ser **honesto** con quien tiene necesidad de honestidad;
- Ser **respetuoso** con quien tiene necesidad de respeto;
- Ser **voz de Dios** con quien tiene necesidad de este encuentro; llevar Dios al hombre, llevar

LH n.316

el hombre a Dios, contribuyendo a crecer y madurar en la fe, celebrando los sacramentos y orando con y por el enfermo.

Nunca mejor que este Simposium para recordar que hace 21 años la Iglesia española celebró el **Congreso “Iglesia y salud”** en Madrid, de 26 al 30 de septiembre de 1994. En él consiguió una medalla de Oro el Departamento de Pastoral de la Salud. Medalla de Oro, digo, por la preparación, desarrollo, participación (700 congresistas) y por la riqueza de ponencias, comunicaciones y experiencias. Seguro que alguno de los aquí presentes participasteis en el mismo. Por supuesto nuestro amigo Rudesindo, alma de Congreso; yo también vine desde Roma con un saludo del Pontificio Consejo de la Pastoral de la Salud. ¿Por qué hago “memoria” de ese Congreso?

Os lo confieso: tuve la tentación, preparando esta charla, de releer parte de la publicación que hizo la Editorial Edice de todo el Congreso; y en particular me detuve en la Comunicación Los SARC en los hospitales, presentada por **Dionisio Manso, Félix Iguacén, JM. Forcada, Marcel.Í Carreras** y **Alfonso Gea**. Son parte de los “viejos roqueros” de la pastoral de la salud en España. Una comunicación muy bien trabajada; profética, presentada hace 21 años, pero parece que está escrita hoy.

En el apartado dedicado a “**La ayuda espiritual en la enfermedad**” se habla del apoyo espiritual como un proceso que necesita unas condiciones ambientales que faciliten la ayuda espiritual. Dicha ayuda es también comunicación y acompañamiento y es posible desde diversas funciones. De dicha Comunicación tomo las siguientes expresiones:

“**La ayuda espiritual es un proceso que invita al enfermo a crecer:**

- **Ante las pérdidas, el enfermo busca el sentido de la vida.**

- **Ante los miedos y la incertidumbre, el enfermo busca confianza.**
- **Ante el sufrimiento, el enfermo busca explicaciones.**
- **Ante la soledad, el enfermo busca compañía.**
- **Ante la rebeldía, el enfermo busca comprensión.**
- **Ante la negación, el enfermo busca respeto.**
- **Ante la culpa, el enfermo busca perdón.**
- **Ante el silencio, el enfermo busca la palabra que da vida.**
- **Ante el realismo de la situación, el enfermo busca esperanza.**
- **Ante la muerte, el enfermo busca la vida”.**

Que nadie entre en “**depresión**” viendo el campo tan extenso y con tantas exigencias. ¡Ánimo! ¡coraje! para poder afrontar la tarea con buena preparación de base y especialización, a la vez que un buen trabajo en equipo, disciplinado y coordinado. Salta también a la vista la importancia que tienen las personas, el perfil que debemos exigir a quienes trabajan en la pastoral de la salud. Por ello, antes de realizar el proyecto pastoral y señalar las actividades a desarrollar, deberíamos fijarnos en los agentes, porque la pastoral vale lo que vale el pastor; la evangelización, lo que vale el evangelizador; el apostolado, lo que vale el apóstol.

Los agentes de pastoral deben tener presente muchas cosas; todas, o casi todas son importantes, necesarias, urgentes. Por ello no estará mal preguntarse alguna vez ¿qué somos o qué debemos ser para los enfermos?

La respuesta es: debemos ser para el enfermo presencia, alegría, esperanza, y aprender de su fragilidad que también nosotros somos frágiles, vulnerables, por eso sólo el “**herido**” puede cuidar y sanar. Debemos cuidar también nuestra palabra, saber escuchar antes de hablar; invitar, iluminar, entusiasmar; estas deberían ser nuestras palabras.

9. Departamento de Pastoral de la Salud, Congreso Iglesia y Salud, EDICE, Madrid 1995, pp. 238-239.

10. Cfr. Gracia Guillén “Espiritualidad en la práctica clínica”, conferencia manuscrita.

11. Cf. Papa Francisco, Mensaje Jornada Mundial de las Misiones 2015.

Y ¿nuestro hacer? Lo que hizo el Buen Samaritano (**Lc 10, 30-35**): pararse, acercarse, curar. Ser mediación, samaritanos, que se acercan al “**herido**”, lo curan y lo llevan a la posada... El resto lo hará el Señor.

Hoy corremos el peligro de convertir el SAER en un laboratorio psicológico, sin referencia a la biblia y a la teología; una pastoral “**descafeinada**”, sin el mensaje que es propio y específico de la pastoral. La pregunta que nos debemos hacer es: ¿cuál es la finalidad específica de un servicio pastoral en el hospital? ¿cuál es el objetivo final? Es la misma pregunta que debe hacerse el médico, la enfermera, el psicólogo o el trabajador social, cada uno en su especialidad. Es un tema a reflexionar para no invertir roles. Ayudar a los demás no es fácil. Y nadie, por principio, puede ayudar a otro a resolver un problema si él no lo tiene previamente resuelto. La ayuda holística a los enfermos comienza por lo más fácil, el manejo de “**valores instrumentales**”, por ejemplo, medicinas, que son valores extrínsecos y producen bienestar -dice Gracia Guillén<sup>10</sup>- que no es poco. Pero lograda esta meta exige la gestión de valores intrínsecos, “**valores espirituales**”.

Y esto es más difícil, porque exige poner en claro de qué valores hablamos, más profundos, los más sensibles a la naturaleza humana. Primero hemos de ponernos en claro nosotros mismos sobre esos valores, sigue diciendo Gracia Guillén. Y, por principio, no pueden darse por supuesto.

## 4/

## Conclusiones.

1. Se constata la necesidad de “**profesionalizar**” el SAER en los hospitales y, por consiguiente, preparar “**adecuadamente**” a los agentes de pastoral para un trabajo interdisciplinar en los mismos.

2. La atención espiritual y religiosa no es exclusiva de capellanes y de “**personas idóneas**”, sino que pertenece a todo el equipo sanitario; todos son responsables de la asistencia integral al enfermo; por ello, se pide que dichos profesionales sanitarios -médicos, enfermeros...- reciban mayor preparación para esta asistencia integral, incluida la espiritual y religiosa.

3. La atención integral al enfermo exige preparación, organización y coordinación de todos y cada uno de los servicios del hospital. También la Pastoral del hospital debe organizarse y coordinarse de forma que su trabajo y misión en el hospital contribuya a la salud integral.

4. Nos dice el Papa Francisco: “**La misión de los servidores de la Palabra -obispos, sacerdotes, religiosos y laicos- es la de poner a todos en una relación personal con Cristo. Se pide una respuesta generosa. “Ay de mí si no anuncio el Evangelio” (I Cor. 9,16)<sup>11</sup>”.**

5. Conclusión final. Sueño un hospital nuevo y un servicio de asistencia espiritual y religiosa nuevo, renovado, actualizado, donde el enfermo esté al centro, sea dueño y patrono; un hospital que respete los derechos del enfermo y la conciencia de los profesionales; un hospital, lugar de esperanza, abierto, humano, ecuménico, donde el enfermo sea curado integralmente, se sienta acogido, acompañado y amado. Un hospital no sólo de curación, sino también de evangelización, donde los agentes de pastoral contribuyan eficazmente a su curación integral. Sueño un hospital donde sean realidad las palabras escritas en una sala del Hospital de San Giacomo de Roma dirigidas al enfermo: “**Ven para ser curado. Si no curado, al menos cuidado. Si no cuidado, al menos consolado**”.



# 04/Los agentes de la pastoral de la salud en el hospital. Idoneidad.

José Manuel Álvarez Maqueda,  
Sacerdote. Pastoral de la Salud. Badajoz.

*“Jesús ha confiado a su Iglesia la misión de asistir y cuidar a los enfermos, perpetuando así su mensaje de misericordia. Si la Iglesia no se ocupase de los enfermos, no sería la Iglesia de Jesús, pues le faltaría una de sus notas esenciales. Todos los miembros de la Iglesia participan de su misión, si bien cada uno ha de realizarla en función del carisma recibido y del ministerio que la Iglesia le ha encomendado, pero siempre en corresponsabilidad con todos los demás para así hacer transparente el verdadero ser de la Iglesia”<sup>1</sup>.*

Para reflexionar sobre el ser y el actuar del agente de pastoral de la salud en el hospital, la Iglesia dispone de una documentación<sup>2</sup> que nos ayudará a encontrar el sentido y el papel que el agente de pastoral ha de asumir para una nueva evangelización en los centros hospitalarios, especialmente los de titularidad pública. La figura del Agente de Pastoral de la Salud en el hospital, podemos decir que está suficientemente tipificada desde una perspectiva teológica, ética, jurídica, pastoral y eclesiológica, de modo que las necesidades de los enfermos hospitalizados, no solo están asistidas por los agentes sanitarios que pueden ofrecer soluciones a sus conflictos biológicos, sino que además cuentan con agentes de pastoral que pueden ofrecerles un acompañamiento a sus necesidades biográficas, psicológicas, espirituales y religiosas. Realmente, todo es necesario si queremos conseguir el objetivo de una atención integral a los más débiles. Convendría ahora preguntarse quiénes pueden desempeñar el papel de agente de pastoral e identificar las características que les deben acompañar, así como aclarar cuáles han de ser las condiciones de idoneidad para desempeñar el servicio encomendado.

Palabras clave:

*idoneidad, iglesia, agente de pastoral, enfermo, atención.*

To reflect on the being and the acting of the Pastoral Care agent in the hospital, the Church has documentation that will help us find the meaning and the role the pastoral agent must assume for a new evangelization of hospitals, especially the publicly owned ones. We can say that the figure of the Pastoral Care Agent in the hospital is sufficiently typified from an theological, ethical, legal, pastoral ecclesiological perspective so that the needs of hospital patients are not only assisted by health workers who can offer solutions to their biological conflicts, but also by pastoral agents who can offer an accompaniment to their biographical, psychological, spiritual, and religious needs. Really, everything is necessary if we want to achieve the goal of comprehensive attention to the weakest. We should now ask ourselves, who can play the role of pastoral agent, identify the characteristics that they must fulfill and clarify what must be the conditions of suitability to perform the assigned service.

Key words:

*suitability, church, pastoral agent, patient, care.*

**1.** Galli, C.M., La teología pastoral de Aparecida, una de las raíces latinoamericanas de Evangelii Gaudium, en Revista “Gregorianum” 96, 1 (2015), p.25.

**2.** Ésta la que nos parece más significativa: RITUAL DE LA UNCIÓN Y DE LA PASTORAL DE ENFERMOS. Praenotanda de la edición típica del Ritual Romano (nº 1-41) y Orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado español (nº 42-86), Madrid, 1979; CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL, La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales, Madrid, 1987; En adelante utilizaremos la abreviatura CEP. CONSEJO PONTIFICIO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS, Carta de los agentes sanitarios, Ciudad del Vaticano, 1994; CELAM, Discípulos misioneros en el mundo de la salud. Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y El Caribe, Bogotá, 2010.

El Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos, es la herramienta que pone la Iglesia en manos de los presbíteros para celebrar correcta y convenientemente este Sacramento. El presbítero es también un agente de pastoral de la salud en la Iglesia.

Y para administrar bien este Sacramento, ha de tener en cuenta oportunamente las orientaciones doctrinales y pastorales que se ofrecen, por parte del Episcopado.

En 1994, el Consejo Pontificio para los Agentes Sanitarios publica la Carta de los agentes sanitarios, que trata de establecer los criterios éticos de la promoción y defensa de la vida humana.

La parte introductoria es una reflexión iluminadora sobre los agentes sanitarios, denominados “**ministros de la vida**”. Aquí encontramos una seria reflexión sobre el papel que ha de desempeñar el agente sanitario como agente pastoral comprometido en el contexto de su trabajo hospitalario.

En 2010, la Conferencia Episcopal de América Latina y El Caribe, saca a la luz una Guía para la Pastoral de la Salud.

En el capítulo siete presenta el perfil humano y teológico del agente de pastoral de la salud, aportando una significativa presentación de las características que ha de reunir un agente eclesial, cuando se va a hacer cargo de contribuir a la salud de los miembros de la Iglesia y la de todos aquellos que el Señor ponga en su camino.

Como orientación doctrinal, no podemos dejar de mencionar en este tema, a S. Juan Pablo II, con su Carta Apostólica sobre el sufrimiento humano, **Salvifici doloris (1984)** y su **Encíclica Evangelium vitae (1995)**.

El 25 de julio de 1987, la Conferencia Española, a través de la Comisión de Pastoral, publica el documento La Asistencia Religiosa en el Hospital. Orientaciones Pastorales. Se trata del documento que ha venido orientando la pastoral hospitalaria y, en este momento, tiene vigencia y sentido considerarlo como guía orientativa de todos los agentes de pastoral en un centro hospitalario. En muchos aspectos aún ilumina adecuadamente los pasos de quienes necesitan vivir su compromiso de forma actualizada.

Finalmente, la Conferencia Episcopal Española suscribe un Acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo, en 1985, para regular la Asistencia Religiosa Católica en los Centros Hospitalarios Públicos<sup>3</sup>. Así como el 23 de abril del 1986, La Conferencia Episcopal firma un Convenio con el Instituto Nacional de la Salud, para la aplicación del Acuerdo<sup>4</sup>. Este Convenio “**marco**” está sirviendo de referencia para regular la asistencia religiosa hospitalaria en cada una de las Comunidades Autónomas, si bien en la actualidad no todas las Provincias Eclesiásticas han considerado necesaria esta regulación en el contexto autonómico.

Por tanto, la figura del Agente de Pastoral de la Salud, en el Hospital, podemos decir que está suficientemente tipificada desde una perspectiva teológica, ética, jurídica, pastoral y eclesiológica, de modo que las necesidades de los enfermos hospitalizados, no solo están asistidas por los agentes sanitarios que pueden ofrecer soluciones a sus conflictos biológicos, sino que además cuentan con agentes de pastoral que pueden ofrecerles un acompañamiento a sus necesidades biográficas, psicológicas, espirituales y religiosas. Realmente, todo es necesario si queremos conseguir el objetivo de una atención integral a los más débiles.

3. Cfr. *Acuerdo asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios públicos, firmado por los ministros de Justicia, de Sanidad y Consumo y el presidente de la Conferencia Episcopal Española, el día 24 de julio de 1985*. Publicado en el B.O.E. de 21 de diciembre de 1985.

4. Cfr. *Convenio entre el Instituto Nacional de la Salud y la Conferencia Episcopal Española, para la aplicación del acuerdo sobre asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios públicos de 24 de julio de 1985*. Este Convenio se firma en Madrid, el 23 de abril de 1986. Y surte efecto desde el 1 de enero de 1986.

Convendría ahora preguntarse quiénes pueden desempeñar el papel de agente de pastoral e identificar las características que les deben acompañar, así como aclarar cuáles han de ser las condiciones de idoneidad para desempeñar el servicio encomendado.

## 1/

### Identidad del agente de pastoral de la salud y sus competencias necesarias.

El agente de pastoral de la salud configura su ser y actuar desde una llamada a desempeñar una misión, en un contexto eclesial.

El documento de la Comisión de Pastoral encabeza su reflexión sobre los Agentes de Pastoral, con un texto que muestra la raíz y la procedencia de su identidad. “**Jesucristo ha confiado a su Iglesia la misión de asistir y cuidar a los enfermos, perpetuando así su mensaje de misericordia**”<sup>5</sup>.

Esta misión es presentada como prioritaria e incondicional, porque si la Iglesia no respondiera a esta misión le faltaría algo esencial.

En este marco de referencia, todos los miembros de la Iglesia participan de esta misión, si bien “**cada uno ha de realizarla en función del carisma recibido y del ministerio que la Iglesia le ha encomendado**”<sup>6</sup>.

El agente de pastoral, por tanto, asiste y cuida a los enfermos porque es un miembro de la Iglesia que participa en su misión. No va por propia iniciativa, aunque se ha de contar con su disponibilidad y con un mínimo de condiciones personales para realizar la misión específica.

Además, ha de realizar su misión en el contexto de corresponsabilidad con todos los miembros de la Iglesia. Y es que se trata de una misión que es preciso conseguir comunitariamente, dentro de la unidad y diversidad de los ministerios en la Iglesia. Esto tiene importancia porque, de otra manera, no podría transparentarse “**el verdadero ser de la Iglesia**”.

“**La sociedad actual y el mundo sanitario han experimentado numerosos y profundos cambios que inciden en la forma de concebir y afrontar la salud, la enfermedad y la muerte, así como la asistencia sanitaria.**”

El agente de pastoral ha de estar en actitud de escucha para captarlos, y de búsqueda creativa para actuar pastoralmente con realismo, tratando de responder a los problemas y necesidades que plantea el momento actual”<sup>7</sup>.

“**El profesional sanitario del siglo XXI debe ser un profesional competente en los aspectos conceptuales y técnicos de su profesión y, además, poseer un conjunto de características personales (competencias participativas y personales) que son esenciales para alcanzar un desempeño superior ante los desafíos que plantea la realidad actual**”<sup>8</sup>.

Entonces, el agente de pastoral de la salud no ha de ser menos, en lo que respecta a su formación, desde un enfoque de competencias esenciales y específicas, a fin de conseguir una actuación pastoral más adecuada al contexto actual.

Porque además de la adquisición de conocimientos específicos, hay una serie de competencias claves que se asocian más a las actitudes y la conducta de las personas que deseen

5. CEP, *La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales*, 1987, nº145.

6. *Ibid.*, nº 145.

7. CEP, *La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales*, 1987, nº 9.

8. Martínez-Clares, P., Martínez-Juárez, M y Muñoz-Cantero, J.M. (2008). *Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia*. RELIEVE, v. 14, n. 2, p. 3. [www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2\\_1.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm)

LH n.316

comprometerse a ofrecer una relación de ayuda a los enfermos. Estas competencias están más en sintonía con las nuevas necesidades y situaciones que se suscitan en el hospital.

## 1/1

### Competencias esenciales que han de acompañar al agente de pastoral.

Las actitudes que conforman las nuevas competencias esenciales no son una simple complementación con los conocimientos adquiridos, para desempeñar una pastoral específica, sino que más bien se han de incorporar como elementos decisivos en la configuración adecuada de un agente de pastoral de la salud, preparado para la tarea de evangelizar y “responder a los problemas y necesidades que plantea el momento actual” en el mundo sanitario.

Una de las competencias esenciales se manifestará en la **capacidad para el afrontar situaciones de sufrimiento graves**, es decir, el agente de pastoral ha de saber acompañar con un mínimo de equilibrio:

“Es persona equilibrada, posee una madurez humana y psicológica que le permite iluminar y orientar situaciones conflictivas y de crisis”<sup>9</sup>.

Es decir, se trata de la disposición y habilidad para enfrentarse y dar respuesta a una situación determinada.

Otra de las competencias esenciales y necesarias se relaciona con la capacidad de trabajar en equipo, no solo para conseguir una mayor eficacia, sino para realizar la tarea pastoral en un contexto comunitario de Iglesia, reflejando y testimoniando su pertenencia eclesial:

“Cree y favorece el trabajo en equipo y la colaboración interdisciplinaria. Sabe trabajar en una pastoral de conjunto y facilita la integración con las otras áreas específicas”<sup>10</sup>.

Se trata, por tanto, de la disposición y habilidad para colaborar de manera coordinada en la tarea conjuntamente realizada por un grupo de personas que persiguen objetivos comunes.

Muy relacionada con la **capacidad de trabajar en equipo**, reseñamos la **capacidad de organizar el trabajo**. Es decir, se trata de la disposición y habilidad para crear las condiciones adecuadas con el fin de utilizar los recursos humanos o materiales, para desarrollar la tarea pastoral con el máximo de eficacia y eficiencia.

Para lo cual, es necesario tener en cuenta también la **capacidad de responder en el trabajo asumido**. Y, en este sentido, reconoceremos al agente que se implica personalmente, uniendo la disposición y habilidades personales con el conocimiento del servicio específico que se le ha encomendado desde el equipo.

Desde estas capacidades ha de surgir un agente capaz de programar y realizar seriamente la tarea evangelizadora.

Pero además ha de ser consciente de que no se trata de prepararse para una competente tarea profesional, sino que ha de ser **capaz de reorientar permanente y adecuadamente la tarea pastoral**:

“En su trabajo no se dejará guiar únicamente por criterios de eficacia y de éxito. Purificará constantemente sus motivaciones y en los momentos difíciles, en los que se sienta desanimado e impotente, reforzará su confianza en el Señor, el único que puede salvar”<sup>11</sup>.

9. CELAM, Discípulos Misioneros en el mundo de la salud. Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y El Caribe, Bogotá, 2010, nº 98.

10. CELAM, o. c., nº 98.

11. CELAM, o. c., nº 98.

Un agente de pastoral no puede acompañar a personas con dependencias que les producen sufrimiento, si no es desde una suficiente **capacidad de autonomía**, así como de una mínima **capacidad de iniciativa**, es decir, con la habilidad y disposición para tomar decisiones sobre propuestas o acciones.

Todas las competencias esenciales con las capacidades reconocidas hasta aquí, reclaman otra capacidad esencial, que es la capacidad de relación interpersonal.

Y podemos entenderla como la disposición y habilidad para comunicarse con los otros, con el trato adecuado, con atención, y sabiendo que no es posible una relación de ayuda si no aprendemos a entablar una buena comunicación, especialmente con las personas más vulnerables.

“Es persona rica en humanidad, que comunica cercanía, acogida, cariño; capaz de escuchar y de acoger al otro con su historia personal, su individualidad y ofrecerle hospitalidad en su corazón”<sup>12</sup>.

Una de las competencias indispensables para el trato y relación de ayuda con personas debilitadas por la enfermedad, y, por tanto, necesitadas de reencontrarse con el horizonte de valores que da sentido a toda su vida y su historia, reclama del agente de pastoral una gran capacidad para **respetar los valores y el contexto del enfermo**, siendo

“Respetuoso de la libertad religiosa y de las creencias de los enfermos, de los familiares y trabajadores de la salud”<sup>13</sup>.

## 1/2

### Competencias específicas para la asistencia pastoral más eficaz.

Ahora, conviene preguntarse en qué campos de pastoral y con qué competencias y recursos específicos, el agente de pastoral ha de invertir su tiempo y sus energías, dentro del centro hospitalario.

La Comisión Episcopal presenta la actividad pastoral, que ha de desarrollar el agente, para atender a los diferentes colectivos y servicios que incorpora el hospital. Cada uno de los colectivos requieren un carácter competencial diferente. De ahí que las Orientaciones pastorales presenten al agente un diseño de aplicaciones pastorales, en relación a cada destinatario, que habrán de ser tenidas en cuenta por el equipo de asistencia religiosa en el hospital<sup>14</sup>. A diferentes destinatarios, también se requieren diferentes competencias. De modo que cada uno de estos campos pastorales requiere recursos humanos competentes.

En un hospital existen muchos servicios, sanitarios, técnicos y de mantenimiento, etc. No hay agentes que, de manera adecuada, puedan abordar pastoralmente todos los servicios presentes en el hospital. Por eso se necesita la complementariedad, coordinada por el equipo del servicio de asistencia religiosa.

Se trataría de abordar la atención pastoral al enfermo, a su familia, la adecuada celebración de los sacramentos, la relación con los profesionales sanitarios, una formación bioética que permita aportar asesoramiento y afrontamiento de conflictos éticos en el hospital, una colaboración con la humanización de la asistencia sanitaria, y todo ello desde un trabajo en equipo, que permita la programación, y la evaluación de lo que se está realizando.

Esta tarea de complementariedad requeriría que cada agente conozca bien sus competencias y se implique en los campos pastorales donde se sienta mejor preparado.

12. CELAM, o. c., nº 98.

13. CELAM, o. c., nº 98.

14. Cfr. CEP, o.c., nº 50-144.

LH n.316

No se trata de exigir al equipo del servicio religioso que se convierta en un grupo especializado y “técnico” para atender idealmente a todo el personal del hospital. Se trata de asumir tareas pastorales, lo más competentemente que se pueda. Por eso sería conveniente preguntarse qué tipos de competencias se necesitarían y quiénes podrían asumirlas, para atender adecuadamente a cada colectivo de profesionales en el hospital.

Las competencias de los diferentes agentes de pastoral han de estar en correlación con las necesidades y sensibilidades de los enfermos, y de las personas que trabajan en el hospital, al servicio de los enfermos.

La competencia, en este campo de la pastoral de la salud, supone que el agente está asistido de capacidad, formación y algunas habilidades creativas para hacer posible el servicio que se le propone. De otra manera, sería contraproducente para el agente y para los destinatarios a evangelizar.

#### a) El encuentro pastoral con el enfermo.

La competencia para el encuentro con el enfermo, requiere del agente de pastoral una preparación adecuada en:

- La estima y el respeto a cada enfermo en lo que se refiere a sus necesidades y convicciones personales. En el plano humano y religioso.
- Las habilidades para la comunicación y escucha con el enfermo.
- La relación de ayuda para todos aquellos que la necesiten y la pidan.
- La presentación oportuna de la propuesta de encuentro con el Señor, si el enfermo se reconoce creyente. Encuentro orante y/o sacramental.
- Proporcionar, o coordinar con el voluntariado, el acompañamiento a los enfermos que, por gravedad (Cuidados paliativos) o soledad, están más necesitados.

El servicio religioso ha de mostrarse competente en la acogida y disponibilidad para acompañar a los enfermos y sus familiares, en todo momento, pero también en los momentos celebrativos que se ocasionan, con motivo de la estancia en el hospital.

En muchas ocasiones el enfermo y su familia pide al capellán o persona idónea una oración por ellos o el tenerlos en cuenta en la Eucaristía de cada día.

O bien acompañar en el funeral y en el duelo, siempre que se pueda.

Realmente estas competencias para el encuentro con el enfermo son más propias del capellán o la persona idónea, puesto que son los agentes que han de mostrar disponibilidad para hacer el seguimiento pastoral al enfermo.

Esto no impide que tanto el personal sanitario creyente, como el voluntario, puedan ejercer una labor de acompañamiento puntual en coordinación con los agentes que están realizando el seguimiento continuo al enfermo.

#### b) La oración con y por el enfermo

El enfermo tiene necesidad de acudir a quien le puede fortalecer en su desvalimiento. La oración diversificada puede ser la oportunidad de encuentro con el Señor, para agradecer, pedir auxilio en medio de su debilidad, y sentirse conectado con el Dios de su fe.

El agente de pastoral ha de manifestar su competencia en el acompañamiento al enfermo que tiene la necesidad espiritual de invocar a su Dios. Y si el enfermo lo necesitara, se le ha de ayudar a orar con él y por él.

Especialmente en el proceso final de la vida, para que el enfermo se sienta ayudado a remontar los miedos y la angustia de la muerte próxima por la confianza en quien sabemos que nos acogerá en todo momento, pero especialmente en el momento de la muerte<sup>15</sup>.

15. Cfr. CEP, La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales, 1987, nº 63-67.

## El agente de pastoral ha de manifestar su competencia en el acompañamiento al enfermo que tiene la necesidad espiritual de invocar a su Dios

### c) La celebración sacramental

En primer lugar, la celebración de los sacramentos compete al capellán y, en su caso, a un agente extraordinario para distribuir la Comunión. Estos agentes de pastoral han de valorar la importancia, para un enfermo creyente, de la participación en los sacramentos, como encuentros privilegiados con el Señor.

Por esto, han de mostrar ante todo una actitud de respeto y discernimiento para detectar “las motivaciones de los enfermos y de sus familiares o allegados al pedir, no pedir o rechazar un sacramento”<sup>16</sup>. Esta actitud preventiva para actuar pastoralmente, requiere previamente del agente de pastoral la competencia de “discernir, igualmente, sus propias motivaciones al ofrecer los sacramentos”<sup>17</sup>.

En primer lugar, el agente, al ofrecer los sacramentos a los enfermos,

“Ha de respetar los niveles de fe cristiana de los enfermos y las etapas de su caminar en la fe para actuar gradualmente con discreción y pudor, evitando todo lo que pueda provocar dolor, resentimiento o alejamiento”<sup>18</sup>.

Por tanto, no ha de prevalecer en primer lugar la apreciación del sacramento para el propio agente que lo ofrece, sino que ha de ofrecerse preferiblemente a petición del enfermo. Porque,

“Es el enfermo quien ha de solicitar o aceptar el sacramento con plena fe y celebrarlo en las mejores condiciones, activa y conscientemente (RU 13). Es él, su nivel de fe, su estado de salud y de fuerzas...quien ha de marcar el ritmo de la celebración”<sup>19</sup>.

Para un enfermo creyente, el valor de los sacramentos, entendidos como encuentros salvíficos, está fuera de toda duda, y se trata de estar en disposición de percibir mínimamente esa presencia del Señor, como valiosa para él, en ese momento.

Por eso, ofrecer el encuentro sacramental es muy recomendable, teniendo en cuenta el momento más adecuado para el enfermo, sea el sacramento de la Reconciliación, como la Comunión eucarística o la Unción del enfermo.

Ahora bien, para ofrecer oportunamente el sacramento, como un encuentro con el Señor, se requiere conectar primero con el enfermo, sintonizar con la situación que está viviendo, motivar el valor del encuentro con el Señor, en ese momento único de su vida y, finalmente, esperar que sea el propio creyente quien exprese su necesidad de que el Señor venga a su vida y se pueda encontrar con Él.

“Por eso será necesario revisar una pastoral exclusivamente “sacramentalista”, reducida al empeño de hacer aceptar los sacramentos”<sup>20</sup>.

Todo esto supone que el agente de pastoral de la salud, el capellán, esté en disposición de hacer un proceso de acompañamiento al enfermo, tan importante como necesario, para que se produzca desde la fe la necesidad del encuentro con el Señor.

Por tanto, no parece pastoralmente conveniente ofrecer los sacramentos a los enfermos, de una forma directa, sin el diálogo y acompañamiento previo. En ocasiones ha habido personas que se han visto comprometidas a recibir el sacramento por no decir que no, o por no ponerse en evidencia.

Entonces, conviene reseñar que el papel competencial del agente de pastoral para los sacramentos, estará mayormente en contribuir a que

16. CEP, o.c., nº 72.

17. Ibid., nº 72.

18. Ibid., nº 70.

19. Ibid., nº 71.

20. Ritual de la Unción y de la Pastoral de enfermos, nº 59, b.

LH n.316

“La celebración sacramental ha de constituir, habitualmente, la culminación de una relación significativa con el enfermo y el resultado de un proceso de fe realizado por éste”<sup>21</sup>.

#### d) La atención a los enfermos más graves

El acompañamiento al enfermo en el proceso final de la vida tiene carácter prioritario para el servicio de asistencia religiosa y pastoral.

Ayudar a morir es una tarea pastoral que requiere preparación, temple y adiestramiento para explorar las necesidades espirituales del enfermo y atenderlas, en la medida de lo posible. Es preciso acercarse físicamente al enfermo y atreverse a hacer junto a él su proceso final, que nunca se sabe cuánto durará.

No todo agente está preparado para acompañar este proceso final y, por tanto, si no está preparado, tampoco sería competente para desempeñar este servicio.

Los agentes de pastoral que ejercen como capellanes, han de incorporar una formación adecuada, semejante a la que se necesita para colaborar pastoralmente con los equipos de cuidados paliativos.

El agente ha de aprender a tratar heridas psíquicas, acompañando además a encontrar el sentido de la vida, sin el cual la vida resulta desesperante. Y si el enfermo es creyente, es preciso explorar su necesidad de encuentro con el Dios de su fe, alimentando la confianza en Él y ayudándole a superar los miedos que su propio estado le ocasiona.

“Es discreto, no impone su presencia; está atento para captar lo que el otro

quiere y necesita; respeta sus silencios y confidencias. Reconoce su pobreza, sus límites y es consciente de no poder responder a tantos problemas, pero tiene un corazón capaz de hospedar todo sufrimiento y comunicar consuelo, serenidad y paz”<sup>22</sup>.

Por otra parte, la relación de ayuda permitirá también acompañar en la necesidad de aceptar y ser aceptado, así como perdonar y ser perdonado. Porque en la historia de cada persona se albergan situaciones del pasado que merecen ser incorporadas de manera reconciliadora.

Pero este proceso, por el que pasa cada enfermo antes de morir, merece que cada agente se sitúe en su papel de acompañamiento, porque el enfermo necesita a todos los agentes que puedan estar a su lado, aportando sus servicios específicos como sanitarios, capellanes, voluntarios, etc.

#### e) Atender a las familias de los enfermos

La familia del enfermo participa del sufrimiento del enfermo y ejerce en todo momento un esfuerzo de acompañamiento permanente.

Por tanto, la primera competencia que el servicio religioso ha de disponer respecto a las familias de los enfermos, es la capacidad de acogida y cercanía, teniendo en cuenta sus necesidades para

“Ofrecerles la atención pastoral que precisen en cada momento”<sup>23</sup>.

#### f) Atender al personal sanitario

Para atender pastoralmente al personal sanitario del hospital, también se necesitan competencias específicas. El servicio religioso ha de mostrarse disponible también para los momentos celebrativos del personal sanitario y de las personas que integran los diferentes servicios del hospital.

21. CEP, La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales, 1987, nº 69.

22. CELAM, o. c., nº 98.

23. CEP, La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales, 1987, nº 118.

“Estar al lado del personal sanitario, sobre todo en los momentos de dificultad y de dolor, mostrar interés por su vida y ofrecerle desinteresadamente ayuda, es hoy una sencilla y evangélica forma de atenderle pastoralmente”<sup>24</sup>.

Bien sea por motivos de alegría y por motivos de sufrimiento. Es pastoralmente muy positiva la presencia de algún miembro del servicio religioso en las despedidas de las/os enfermeras/as que se trasladan de servicio, porque se les termina el contrato o por exigencias de los servicios centrales.

O celebrar una Misa en memoria de un sanitario que ha fallecido. O bien participar en las celebraciones gozosas por nacimientos o bodas del personal sanitario y familia.

Especialmente necesario es el acompañamiento a las familias, antes y después del fallecimiento del enfermo. Se trata de intentar proporcionar sosiego y esperanza.

Y, sobre todo, estar disponibles para lo que se necesite, especialmente en la dimensión de lo espiritual y religioso.

#### g) El asesoramiento ético

“En el hospital se plantean a diario problemas éticos que afectan a los enfermos, a sus familiares, a los profesionales sanitarios y a los diversos departamentos y servicios. Problemas múltiples, variados y algunos, complejos y difíciles.

Están relacionados con el comienzo y el final de la vida, con el cuidado de la misma, con el ejercicio de la profesión o con la organización de las estructuras sanitarias”<sup>25</sup>.

¿Cómo puede contribuir el capellán, como agente de pastoral, a afrontar las situaciones de conflicto ético en el hospital? Forma parte de la misión del agente de pastoral “contribuir” al esclarecimiento de las situaciones éticas en conflicto, “colaborar” en la formación ética de los profesionales sanitarios, y “ofrecer asesoramiento” a quien lo solicite en el hospital<sup>26</sup>.

Desde luego, ésta es una labor muy delicada, y se precisa una especial competencia por el nivel de preparación que se requiere hoy para conocer y abordar las dificultades de carácter ético que puedan suscitarse.

Esto es así, tanto para ofrecer una verdadera relación de ayuda eficaz, como para ejercer una labor de orientación desde los valores evangélicos propuestos en una ética cristiana.

¿Cómo puede un agente de pastoral asesorar éticamente a personas y estamentos que en una cultura pluralista se adhieren a sistemas de valores tan diversos? ¿Cómo puede ayudarles cuando no comparte el mismo sistema de valores?<sup>27</sup>

- En primer lugar, el agente de pastoral ha de tener una formación bioética suficiente.

- Su preparación le debe permitir buscar puntos de convergencia en medio de culturas y valoraciones diferentes.

- Se tratará de ser fiel a la propia posición ética, respetando la de los otros. Y desde ahí entablar diálogos de encuentro.

- De tal modo, que “a la luz de la Palabra y conducta de Jesús podrá percibir el agente claramente cuáles son las exigencias éticas fundamentales en las que ha de basar su tarea de iluminar, educar y asesorar éticamente”<sup>28</sup>.

24. CEP, o.c., nº115.

25. Ibid., nº 120.

26. Cfr. CEP, o.c., nº 121.

27. Ibid., nº 122.

28. Ibid., nº 124.

LH n.316

## H) La colaboración en la humanización de la asistencia sanitaria.

“Los hospitales han dejado de ser humanitarios para los enfermos y para el personal que trabaja en ellos”<sup>29</sup>.

Esto se escribía hace 25 años y hoy sigue siendo verdad en muchos de nuestros hospitales. Por lo que se hace muy necesaria una labor de humanización, por parte de todos los agentes sanitarios. El agente de pastoral, con mayor razón, está convocado a prestar un servicio de humanización, necesario y comprometido. ¿En qué aspectos? En

“Considerar al enfermo una persona que sufre en su cuerpo y en su espíritu y ha de ser atendida en su totalidad, es decir, en todas sus dimensiones y necesidades.

El que está enfermo necesita ser amado y reconocido, ser escuchado y comprendido, acompañado y no abandonado, ayudado pero nunca humillado; sentirse útil, ser respetado y protegido; necesita encontrar un sentido a lo que le pasa”<sup>30</sup>.

Es uno de los campos de pastoral en el hospital donde se necesita especialmente más convicción y valentía para mostrarse y desarrollar una labor evangélica. No se puede ir por libre sino desde una labor de equipo y también tratando de acompañar a los profesionales sanitarios “para que las instituciones estén al servicio de los enfermos” y no al contrario.

Por eso, el agente de pastoral ha de “colaborar con la humanización, desempeñando con hu-

manidad y competencia sus propias funciones”<sup>31</sup>. Y, desde luego, ha de colaborar con la humanización, sobre todo,

“Estando más junto a los que más sufren los efectos de la deshumanización: los enfermos más necesitados y desasistidos del hospital (moribundos, solos y abandonados, ancianos, disminuidos, familiares, etc), compartiendo sus limitaciones y su impotencia, ofreciéndoles un trato lleno de amor y de misericordia, creando y promoviendo lazos de solidaridad afectiva y efectiva en torno a ellos”<sup>32</sup>.

Pero además, la dimensión profética del agente de pastoral es muy necesaria, en una doble dirección:

a) desempeñando una labor de información y asesoramiento, “dando a conocer los derechos y deberes a la persona enferma, respetándolos, trabajando por que se respeten en el hospital, defendiéndolos, animando y apoyando a los enfermos y familiares para que hagan valer sus derechos y deberes”<sup>33</sup>.

b) Y, por otra parte, ayudando al enfermo a considerarse “responsable y protagonista de su salud, de su curación y de su vida, y sujeto de derechos y obligaciones; prestar atención a la familia y contar con su colaboración en el cuidado del mismo”<sup>34</sup>.

29. Ibid., nº135.

30. Ibid., nº 137.

31. Ibid., nº 141.

32. Ibid., nº 142.

33. Ibid., nº144.

34. Ibid., nº137b.

## 2/

### Idoneidad del agente de pastoral de la salud.

Una persona es idónea, cuando reúne las condiciones necesarias para desempeñar una tarea competentemente. No se trata solamente de una capacidad para ser y actuar de modo funcional.

Un agente de pastoral de la salud manifiesta su idoneidad cuando es consciente de participar en la misión de la Iglesia, desempeñando el ministerio que se le ha encomendado, y actuando competentemente en corresponsabilidad con toda la Iglesia<sup>35</sup>.

Sólo desde aquí podemos comprender y situar bien al agente de pastoral de la salud. Hay diversidad de agentes de pastoral de la salud. Cada uno, según el ministerio que se le confía en la Iglesia, ha de asumir y ser consecuente con las condiciones que propician un servicio mejor. El documento de la Comisión Episcopal de Pastoral<sup>36</sup>, es el que mejor describe las características y las competencias que se le asignan, desde la Iglesia, a cada Agente de Pastoral en la realidad hospitalaria. Y, por tanto, el ejercicio de estas competencias expresará el grado de idoneidad de un determinado agente en el desarrollo de la misión que la Iglesia le encomienda a través de su ministerio.

#### A) El obispo, padre y pastor.

El Obispo es el principal agente de pastoral, responsable de la pastoral de la salud en su diócesis. Y al asumir

“la obligación de promover y dirigir la pastoral de toda la diócesis, ha de

manifestar una atención especial hacia los más pobres y desamparados”<sup>37</sup>.

Los enfermos graves, y en el proceso final de la vida, son los más pobres entre los pobres. Pierden el bien de la vida, que dependiendo de su estado, ya no volverán a recuperarla.

El Obispo manifestará su idoneidad, en la misión de:

- “Visitar a los enfermos hospitalizados personalmente y no sólo delegando en otros esta obligación.
- Enviar a los centros hospitalarios a las personas que estima más adecuadas para prestar la asistencia religiosa.
- Apoyarles y animarles en el desempeño de la misión que les ha confiado, y urgir su formación.
- Promover la pastoral sanitaria en la diócesis, creando los organismos necesarios para ello”<sup>38</sup>.

Por tanto, el grado de idoneidad de un Obispo, respecto a la misión de “asistir y cuidar a los enfermos”, en su diócesis, estará en relación con el modo de realizar las cuatro competencias que indicarán su preocupación real por la pastoral de la salud.

#### B) El capellán presbítero

Normalmente, el agente de pastoral que está más incorporado a la vida del hospital es el Capellán. Como presbítero y pastor, tiene una misión amplia y comprometida<sup>39</sup>. Manifestará su idoneidad en el ejercicio de su misión:

- Como pastor, enviado por el Obispo, ha de asistir y cuidar a los enfermos, dando muestras palpables de la misericordia del Señor.

- Acogiendo, comprendiendo y acompañando, sobre todo a los más débiles por su gravedad, su soledad, etc. “Ha de atender con toda

35. Cfr. O.c., nº 145.

36. Cfr. O.c., nº 146-151.

37. Ritual de la Unción y de la Pastoral de enfermos, nº 57.

38. CEP, La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales, 1987, nº146.

39. Cfr. CEP, La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales, 1987, nº147.

LH n.316

solicitud a los enfermos y agonizantes, visitándolos y confortándolos en el Señor (PO 6)<sup>40</sup>.

- Siendo en el hospital un agente de reconciliación fraterna, tratando de conciliar en las situaciones de conflicto.

- Capacitándose para ser agente de comunión real en la construcción del equipo pastoral y actuando siempre como vínculo de unidad.

- **Como responsable de la celebración de los Sacramentos**, procurando que el encuentro del Señor con el enfermo, a través del Perdón, de la Eucaristía y la Unción, sea preparado lo mejor posible y se realice como encuentro salvífico para el enfermo, en ese momento concreto de fragilidad para él.

El Ritual de la Unción de enfermos, en las Orientaciones pastorales que nos ofrecen nuestros Obispos, dice:

“Por eso será necesario revisar una pastoral exclusivamente «sacramentalista», reducida al empeño de hacer aceptar los sacramentos, y una pastoral exclusivamente orientada «al bien morir», que sólo lograría que los enfermos vieran al sacerdote como mensajero de la muerte<sup>41</sup>.”

Esto significa que nuestros Obispos entienden el papel del Capellán de manera mucho más amplia en el seguimiento y acompañamiento de los enfermos, especialmente los que más lo necesiten.

Y los Sacramentos serán mejor celebrados cuando se ayude al enfermo, siempre que se pueda, a valorar y situar el Sacramento como encuentro con el Señor, que viene en ayuda de nuestra debilidad.

- **Como servidor de la Palabra**, aplicándola a las circunstancias concretas de la vida del hospital.

- Formándose permanentemente por el estudio y la reflexión sobre la Palabra y la bioética teológica.

- Participando en los ámbitos del hospital donde se plantean los conflictos sobre la salud, Comités, Jornadas, Encuentros de humanización de la medicina, etc.

- Animando y estando disponibles para una relación de ayuda con los profesionales sanitarios. También están necesitados de apoyo y estímulo.

- Fomentando entre los profesionales sanitarios, los Movimientos de Iglesia (Prosac) que les puedan ayudar a constituir grupos de reflexión.

### C) La persona idónea

Junto al Capellán, e incluso en su ausencia, nuestros Obispos logran incorporar en el Acuerdo y Convenio con el Estado (1985 y 1986 respectivamente), la figura denominada “persona idónea”<sup>42</sup>.

- Se trata de una persona creyente, comprometida en el mundo de la salud (diácono, religioso/a, laico/a), formada suficientemente, que tratará de desempeñar, como agente de pastoral en el Hospital, la misma función que un Capellán, a excepción de la celebración de los Sacramentos de la Eucaristía, Penitencia y Unción. Si bien podrá distribuir la Comunión, como ministro extraordinario, a los enfermos que la soliciten.

- La persona idónea es designada y enviada por el Ordinario, y desempeñará su misión en el Hospital, con los mismos derechos que el Capellán, ante los servicios y administración de la Comunidad Autónoma que corresponda.

40. CEP, La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales, 1987, nº147.

41. Ritual de la Unción y de la Pastoral de enfermos, nº 59.

42. Cfr. Acuerdo asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios públicos, firmado por los ministros de Justicia y de Sanidad y Consumo y el presidente de la Conferencia Episcopal Española, el día 24 de julio de 1985. Publicado en el B.O.E. de 21 de diciembre de 1985. Art. 4.

La Iglesia ha de aprender a proyectarse en nombre de Jesús, para realizar su proyecto en esta tierra, siguiendo sus pasos y sus gestos

- La persona idónea es un agente de pastoral de la salud, que deberá realizar una formación adecuada, y familiarizarse con la labor de complementación pastoral junto al Capellán, en todos los campos de actuación donde se necesite una presencia evangelizadora.

- En caso de que no sea posible contar con la presencia de un Capellán, deberá ejercer igualmente su función pastoral, y para ofrecer los sacramentos podrá remitirse al párroco más cercano al Hospital o recurriendo oportunamente al párroco de la comunidad de pertenencia del enfermo.

### D) El profesional sanitario cristiano

Un tercer grupo de agentes de pastoral de la salud, han de ser considerados los laicos profesionales sanitarios cristianos que trabajan en el hospital. Participan de la misión de la Iglesia, en primer lugar, con su testimonio personal de identificación con Jesucristo en el ejercicio de sus tareas hospitalarias.

“Los trabajadores de salud son los agentes naturales de la pastoral de la salud; es importante actuar junto a ellos acompañándolos en su proceso de formación, de humanización y fortalecimiento de los valores humanos, éticos y bioéticos<sup>43</sup>.”

También manifiestan su idoneidad cuando:

- El profesional sanitario cristiano, ha de estar atento a los momentos oportunos para actuar humanizando, sobre todo a los más vulnerables del hospital. Su mejor contribución a la familia hospitalaria, sobre todo a los enfermos, es

“La honradez y la competencia, condición que no puede ser suplida por ningún otro celo apostólico<sup>44</sup>.”

- Se comprometen “a trabajar para que el hospital esté al servicio de la mejor atención al enfermo,

- a estudiar y profundizar en los graves problemas éticos que se plantean en este campo, a valorar su trabajo como la posibilidad de un gran servicio, a tomar conciencia de estar junto al que sufre como “enviado” del Señor<sup>45</sup>.”

“Por lo que se refiere al servicio que se ofrece a los que sufren, es preciso que sean competentes profesionalmente: quienes prestan ayuda han de ser formados de manera que sepan hacer lo más apropiado y de la manera más adecuada, asumiendo el compromiso de que se continúe después las atenciones necesarias.

Un primer requisito fundamental es la competencia profesional, pero por sí sola no basta. En efecto, se trata de seres humanos, y los seres humanos necesitan siempre algo más que una atención sólo técnicamente correcta. Necesitan humanidad. Necesitan atención cordial<sup>46</sup>.”

### E) Los religiosos y religiosas

Agentes de pastoral son también los que cuidan a los enfermos en nombre de la Iglesia, como testigos de la compasión y ternura del Señor, que es el carisma propio de los religiosos cuando están presentes y trabajan en el hospital<sup>47</sup>. Conviene reconocer que la mayor parte de nuestras “personas idóneas” han sido elegidas de entre los religioso/as consagrados/as.

“Sirviendo a los enfermos vive su consagración y seguimiento radical de Cristo. Su necesaria capacitación

43. CELAM., o.c., nº 129.

44. Ritual de la Unción y de la Pastoral de enfermos, nº 57. Comisión Episcopal de Pastoral, La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales, 1987, nº149.

45. CEP, La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales, 1987, nº149.

46. BENEDICTO XVI, Carta Encíclica Deus caritas est, 25 de diciembre del 2005, nº 31a

47. Cfr. Ritual de la Unción y de la Pastoral de enfermos, nº 57

LH n.316

y competencia, su entrega sin reservas al enfermo, su compromiso y lucha en la defensa de los derechos del mismo, etc. son el vehículo para expresar el amor de Jesucristo”<sup>48</sup>.

#### F) El laico voluntario

Otro grupo de agentes de pastoral de la salud son aquellos laicos cristianos que por solidaridad con el enfermo se prestan a acompañarlo voluntariamente. Los voluntariados especializados se han incrementado.

No es lo mismo acompañar a un enfermo de cáncer, que a otro de parkinson o de alzheimer... Acompañar supone una labor previa de formación importante. Estos están llamados también a desempeñar una misión como bautizados: ser testigos del amor de Dios en el hospital.

- “Sintiéndose solidario de los enfermos acude desinteresadamente en su ayuda, aportando su esfuerzo, saber y, sobre todo, su humanidad, amistad y afecto.

- Puede prestar diversos servicios, complementarios unos, específicos e insustituibles otros: visitar y acompañar al enfermo y su familia, llevar la comunión, colaborar en las actividades de animación hospitalaria, etc”<sup>49</sup>.

#### g) El enfermo

Finalmente, pero no en último lugar, se encuentran los enfermos. Ellos pueden sintonizar mejor que otros con sus compañeros de sufrimiento.

El enfermo creyente muestra su participación en la misión de la Iglesia,

“Siendo un testigo vivo de Cristo, que sufre, lucha, acepta sus limitaciones, reza, se preocupa, anima y ayuda a otros

enfermos, sabe agradecer lo que recibe de los demás, ayuda a “relativizar” valores y formas de vida de nuestra sociedad y nos llama a ser realistas, recordándonos que somos limitados y frágiles pero con energías insospechadas”<sup>50</sup>.

## 3/

### Compromiso eclesial y pastoral de la salud.

En la atención al enfermo, la Iglesia se juega su propia credibilidad.

Para Jesús, evangelizar y asistir a los enfermos forma parte de la misma misión. Por eso, hemos entendido que la misión de acompañar y asistir a los enfermos es prioritaria para la Iglesia.

“En sus gestos terapéuticos y en su compromiso la Iglesia se juega en el campo de la salud su propia credibilidad. Trabajando en comunión, los agentes de pastoral expresan la totalidad del acercamiento terapéutico del buen samaritano, que cuando cura anuncia la buena noticia del Padre”<sup>51</sup>.

Esta comunidad eclesial ha de aprender a proyectarse en nombre de Jesús, para realizar su proyecto en esta tierra, siguiendo sus pasos y sus gestos.

“La comunidad cristiana es prolongación histórica de Cristo.

48. CEP, La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales, 1987, nº148b.

49. Ibid., nº150.

50. Ibid., nº151.

51. CELAM, o. c., nº 99.

El enfermo debe encontrar en ella el lugar privilegiado que encontraba en Jesús: su misma preferencia, cercanía y acogida, el mismo trato respetuoso y tierno, su fuerza sanadora”<sup>52</sup>.

- Una Iglesia que vive el Amor, también desde una seria iniciativa comunitaria.

Y la actividad programática de la Iglesia está centrada en “un corazón que ve”. Ésta es la expresión de Benedicto XVI, cuando trata reflexionar acerca del ejercicio del amor, que no sólo ha de ejercerse individualmente, sino también como “iniciativa comunitaria”, de manera organizada.

“El programa del cristiano -el programa del buen Samaritano, el programa de Jesús- es un «corazón que ve». Este corazón ve dónde se necesita amor y actúa en consecuencia. Obviamente, cuando la actividad caritativa es asumida por la Iglesia como iniciativa comunitaria, a la espontaneidad del individuo debe añadirse también la programación, la previsión, la colaboración con otras instituciones similares”<sup>53</sup>.

¿Qué pastoral?

Esto se traduce en una pastoral que humanice y evangelice, promoviendo la acogida y la defensa de los más débiles.

“Es una pastoral humanizadora y evangelizadora que hace presente los gestos y palabras de Jesús misericordioso e infunde consuelo y esperanza a los que sufren; una pastoral que anuncia al Dios

de la vida y que promueve la justicia y la defensa de los derechos de los más débiles, de los enfermos; que compromete a toda la comunidad cristiana en un trabajo organizado y estructurado dentro de la pastoral de conjunto”<sup>54</sup>.

¿Qué humanización es la que evangeliza?

Evangelización que humaniza, y humanización que evangeliza las relaciones humanas, sobre todo en el contexto de la enfermedad y la salud.

“La humanización nos lleva a afirmar que "ser" con el enfermo puede ser más importante que el "quehacer". Encontrarse con el otro significa escucharlo, acogerlo con sus preocupaciones, esperanzas, dificultades, con su historia, sus miedos, sus angustias; establecer con él una relación de igual a igual, centrada en la persona, reafirmando su dignidad y grandeza. Se trata de no pasar de largo ante las situaciones que vive el enfermo y su familia; ofrecer una asistencia integral que satisfaga sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual, social y espiritual, y no sólo en su dimensión patológica”<sup>55</sup>.

¿Qué Pastoral de la Salud?

Entonces, la Pastoral de la Salud, ha de ser la actuación de todo el Pueblo de Dios, en su compromiso con “la vida”.

“La Pastoral de la Salud es la acción evangelizadora de todo el Pueblo de Dios, comprometido en promover, cuidar, defender y celebrar la vida, haciendo presente la misión liberadora y salvífica de Jesús en el mundo de la salud”<sup>56</sup>.

52. CELAM, o. c., nº 119.

53. BENEDICTO XVI, Carta Encíclica Deus caritas est, 25 de diciembre del 2005, nº 31a

54. CELAM, o. c., nº 5.

55. CELAM, o. c., nº 130.

56. CELAM, o. c., nº 90.

LH n.316

Los agentes de la Pastoral de la Salud han de formarse, como todo profesional sanitario se forma para promover seriamente la vida del enfermo.

Y para llevar a cabo hoy esta “acción evangelizadora”, es preciso tomar en serio la formación de los agentes de pastoral:

“Formar agentes de pastoral de la salud en los aspectos humano, ético, bioético, pastoral y espiritual, para anunciar la Buena Nueva de la salvación desde las realidades de la salud y de la enfermedad, de la vida y de la muerte”<sup>57</sup>.

En el mundo de la salud la Iglesia no puede asumir otro modelo que el del servicio y la comunión.

El compromiso de la Iglesia, desde su misión evangelizadora, pasa por un modelo de servicio y de comunión, de servicio a los más débiles, donde se acoge a todos por lo que son y se valora lo que puede dar cada uno.

“Un modelo de servicio, de diaconía, que la Iglesia está llamada a expresar hoy en el mundo de la salud, como signo del Reino, es la comunión eclesial que tiende a la plena inserción del enfermo en la comunidad y en la familia, así como la del anciano, la de la persona con capacidades diferentes, la del débil y vulnerable, que son acogidos por lo que son, sin barreras ni prejuicios, valorando el aporte original que pueden dar”<sup>58</sup>.

En el mundo de la salud, la Iglesia también incluye la dimensión ecuménica.

Todo esto nos lleva a la conclusión de que en la Nueva Evangelización estamos implicados todos, y, por tanto, hemos de incluir la dimensión ecuménica como tarea evangelizadora inexcusable.

“La Pastoral de la Salud tiene mucho que aportar a los diversos campos de la pastoral y, a la vez, recibe con verdadero gozo la riqueza que éstos le aportan desde su propia especificidad. La Nueva Evangelización requiere la participación de todos los bautizados, desde los diferentes campos de la pastoral, incluyendo una relación fraterna con otras Iglesias y con organismos y movimientos que trabajan en el mundo de la salud, a fin de hacer realidad el mensaje de Jesús: “He venido para que tengan vida y vida en abundancia” (Juan 10,10)<sup>59</sup>.

57. CELAM,  
o. c., nº 92

58. CELAM,  
o. c., nº 99.

59. CELAM,  
o. c., nº 149.

## Bibliografía

### CELAM.

*Discípulos Misioneros en el mundo de la salud. Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y El Caribe*, Bogotá, 2010.

Conferencia Episcopal Española. Comisión Episcopal de Pastoral. *La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales*. Madrid, 1987.

Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. *Carta de los agentes sanitarios*. Ciudad del Vaticano, 1995.

Ritual de la unción y de la Pastoral de Enfermos. *Praenotanda de la edición típica del Ritual Romano (nº 1-41) y Orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado español (nº 42-86)*. Madrid, 1979.





# 05/**La persona idónea** en el servicio religioso del hospital.

**Begoña Bilbao,**  
*persona idónea* en el  
Hospital de Basurto. Bilbao. (Vizcaya).

De una manera concisa y entendible, la autora nos explica qué es una persona idónea en el servicio religioso de un hospital, qué requisitos debe cumplir y qué funciones debe desempeñar. El hospital de hoy necesita evangelizadores capacitados, pues la competencia pastoral es una de las expresiones modernas de la caridad. Y necesita, además, poner signos que expresen visiblemente la dimensión eclesial del ministerio en favor de la salud y de los enfermos. La incorporación de la persona idónea y de colaboradores y/o voluntarios del equipo del Servicio de Atención Religiosa es hoy un signo elocuente.

Palabras clave:  
*Persona idónea, Hospital, Servicio religioso.*

The author explains in a concise and understandable manner, what a suitable person is in the religious service of a hospital, what requirements must be met and what functions should be performed. The hospital today needs trained evangelizers, as pastoral competence is one of the modern expressions of charity. It also needs to put signs that visibly express the ecclesial dimension of the ministry for the sake of health and needs of the sick. The incorporation of the right person and employees and / or volunteers in the Religious Care Service Team is now a significant sign.

Key words:  
*Right person, Hospital, Religious service.*

**Persona:** En primer lugar tiene que haber en lenguaje ignaciano “**Subjecto**”, es decir, cierta madurez y consistencia personal. Sabemos que la integración personal es un proceso, pero ha de darse una disposición para conocerse y trabajarse las propias “**sombras**”, carencias y “**compulsiones**”, en orden a “**servir mejor**”, ya que cada uno de nosotros somos el principal instrumento en la intervención, y no podemos ser ingenuos, pues sabemos que “**la gracia no suple la naturaleza**”

**Idónea:** Es decir, “**adecuada**”, lo contrario al: “**todo vale**”. Es deseable pedir la “**idoneidad**” a la persona idónea que pertenece al equipo del Servicio Religioso, pero también ha de pedirse la “**idoneidad**” al presbítero, al Obispo... No se trata de crear un “**cuero de élite**”, “**una secta de elegidos**”, pero dado lo exigente y delicada de la labor, sí hay que pedir una “**actitud de discípulo**”, es decir, deseo de aprender, de mejorar, sana sospecha en nuestras prácticas...

**En el servicio:** Es fundamental tener el contexto de nuestra misión: el servicio, enmarcado en la escena del lavatorio de los pies: Juan 15. Para ello hay que “**ponerse el delantal**” y “**agacharse**”. Es necesario preguntar: “**¿Qué quieres?**” “**¿Qué necesitas?**” “**¿En qué puedo ayudarte?**” Desarrollar por tanto nuestra tarea desde la escucha y la humildad.

**Religioso:** No es cualquier servicio el que se nos ha encomendado y aunque sabemos que “**llevamos el tesoro en vasijas de barro**”, urge cuidar ese “**tesoro**”, alimentar nuestra propia

experiencia de Dios, beber de nuestra tradición espiritual,... Y cultivar el asombro y el agradecimiento.

**En el hospital:** No podemos obviar el contexto en el que se desarrolla nuestra tarea, un contexto que constituye un privilegio y un desafío. Privilegio, pues el hospital constituye una “**frontera existencial**”, un “**areópago**” donde emergen las grandes búsquedas y preguntas. Desafío, pues nos reta a estar a la altura del nivel exigido, desarrollando un trabajo serio, riguroso, de calidad.

## 1/ Razón de ser de la persona idónea.

“**La aparición e integración de la persona idónea en los SARC no obedece principalmente a la situación táctica de la Iglesia en España, que cuenta cada vez con menos sacerdotes o con pocos disponibles.**”

**Obedece, sobre todo, a una exigencia eclesiológica. Este servicio es obra de la Iglesia.**

**Y la Iglesia es el Pueblo de Dios, integrado por todos los bautizados. Así, pues, esta configuración nueva del SARC pone en marcha la naturaleza de la Iglesia, la gran Iglesia de Jesús.**

**A la vez, manifiesta también que la atención religiosa a los enfermos, no es exclusiva de los presbíteros, sino que compete a toda la comunidad eclesial”<sup>1</sup>.**

### 1/1

#### Su reconocimiento en la regulación de la asistencia religiosa en los hospitales.

El Acuerdo sobre Asistencia Religiosa Católica en los centros hospitalarios del sector público, firmado el 24 de julio de 1985 por los Ministros de Justicia y de Sanidad y Consumo y el Presidente de la Conferencia Episcopal Española, contempla la figura de las “**personas idóneas**” que, junto con los capellanes-presbíteros, integran el Servicio de Asistencia Religiosa Católica dentro de los hospitales del sector público.

Todos los Convenios que, en ejecución del citado Acuerdo marco, se han ido firmando por la Iglesia con el INSALUD, con las Comunidades Autónomas, Diputaciones y Municipios, contienen y desarrollan la figura de las “**personas idóneas**”.

### 1/2

#### La nueva configuración del Servicio de Asistencia Religiosa.

El SARC hace presente y visible a la Iglesia -Pueblo de Dios-, con sus diferentes dones y ministerios, en la institución hospitalaria.

El SARC asume la misión, confiada por la Iglesia, de evangelizar el mundo de la salud y de la enfermedad, explicitando dentro del mismo una variedad de ministerios y de presencias que tienen como tarea proclamar la Buena Noticia de la salvación, significar eficazmente la presencia salvífica de Dios, acoger las aspiraciones más hondas del hombre, colaborar en la atención integral del enfermo, acompañar al enfermo y a sus familias en los procesos de enfermedad y de muerte.

La persona idónea contribuye a mostrar que la Iglesia es toda ella ministerial y que su misión salvífica es responsabilidad y tarea de todos los fieles (**ChL 23**) y no sólo del pastor, además de

facilitar que el SARC pueda realizar mejor sus funciones.

### 1/3

#### Enriquecimiento de la acción evangelizadora en el hospital.

La persona idónea puede contribuir a enriquecer la acción evangelizadora aportando la visión del laico, si es laico, la sensibilidad femenina, caso de ser mujer, la perspectiva carismática, si es religioso/a.

Esta aportación coral es particularmente necesaria en un mundo, como el de la salud y de la enfermedad, que es lugar de “**alianza**”, de confluencia de voluntades y esfuerzos multidisciplinares y de diferentes especialidades.

La evangelización, eclesial y oficialmente asumida por el SARC, será tanto más eclesial e incluso eficaz cuanto más y mejor represente la variedad de dones con los que el Espíritu enriquece y embellece a su Iglesia. La experiencia atestigua que la incorporación de la persona idónea aporta, con frecuencia, nueva savia, creatividad y un entusiasmo pastoral benéfico.

### 1/4

#### Disminución y envejecimiento de los presbíteros.

Tradicionalmente el SARC ha sido prestado por los presbíteros designados para ello por la Iglesia. Su presencia sigue siendo claramente necesaria. Sin embargo, el promedio de edad de quienes desarrollan su labor pastoral en los centros hospitalarios públicos es, en el conjunto de la Iglesia Española, superior a la media del clero activo en otros ministerios.

Aumenta el número de diócesis en los que es cada vez más difícil cubrir adecuadamente las bajas. Por ello -y quizás por una escasa valoración

**1.** Mons. Lluís Martínez Sistach, Apertura del I Encuentro de Personas Idóneas. Barcelona, 23 de mayo de 1991.

2. Acuerdo sobre asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios públicos firmado por los Ministros de Justicia y de Sanidad y Consumo y el Presidente de la Conferencia Episcopal Española, el día 24 de Julio de 1985. Publicado en el B.O.E. de 21 de Diciembre de 1985.

3. Artículo 4º: Los capellanes o personas idóneas para prestar la asistencia religiosa católica, serán designados por el Ordinario del lugar, correspondiendo su nombramiento a la Institución titular del centro hospitalario, previo cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables, según la relación jurídica en que se encuentre el capellán.

4. Hech. 10,38.

5. Cfr. Comisión Episcopal de Enseñanza y catequesis, El catequista y su formación. Edice. Madrid 1985 p. 41.

6. GS 1.

de este ministerio- son no pocos los sacerdotes que compaginan ese ministerio con otras ocupaciones.

De ahí la necesidad de evitar por todos los medios el debilitamiento de la presencia evangelizadora de la Iglesia en las instituciones sanitarias y de proveer, con visión de futuro, a una sensibilización de la comunidad cristiana y a la preparación de nuevos agentes de Pastoral de la Salud.

## 1/5

### El cambio profundo de la institución hospitalaria.

El cambio profundo de los ambientes sanitarios hace frecuentemente problemática la presencia y la acción del capellán. El ritmo de vida hospitalaria, convulsa y tecnificada, de una medicina emancipada de los valores religiosos y de todo lo sagrado, no dan al sacerdote el puesto y prestigio que antaño tuvo.

Es más, en este contexto, el capellán corre el riesgo de aparecer como un cuerpo extraño en medio de la lucha imponente de la salud, incluso en la misma Iglesia se siente un aislado y advierte, por muchos signos, la escasa atención prestada a su función.

El hospital de hoy necesita evangelizadores capacitados, pues también ahí la competencia -en este caso, pastoral- es una de las expresiones modernas de la caridad.

Necesita, además, poner signos que expresen visiblemente la dimensión eclesial del ministerio en favor de la salud y de los enfermos. La incorporación de la persona idónea y de colaboradores-voluntarios del Equipo del SARC es hoy un signo elocuente.

## 2/

### Identidad de la persona idónea

El Acuerdo marco entre la Iglesia y el Estado<sup>2</sup>, habla de una figura específica bajo el nombre de persona idónea<sup>3</sup>.

Por persona idónea se entiende al que no es presbítero, es decir, al diácono, religioso/a, y al seglar. Desde el punto de vista teológico y eclesial existe evidentemente una diferencia entre el presbítero y la persona idónea.

El presbítero es el agente ordinario y principal de la atención o servicio religioso. Y es imprescindible, ya que es el único que está capacitado plenamente para ejercer el culto y administrar los sacramentos.

La persona idónea es una persona llamada por Dios para ejercer su ministerio en torno a los enfermos, conforme al modelo que le ofrece Jesús, que

“Pasó haciendo el bien y curando a todos los oprimidos”<sup>4</sup>.

Movida por el Espíritu lleva a cabo su tarea con una espiritualidad peculiar. Desde su vinculación a la Iglesia, realiza un acto eclesial que es, al mismo tiempo, un servicio a los hombres, estando abierto constantemente a sus gozos y preocupaciones<sup>5</sup>.

La vocación de persona idónea tiene su origen en un llamamiento de Dios a determinadas personas a quienes Él quiere encomendar la tarea de anunciar a los pobres -enfermos- la Buena Noticia<sup>6</sup>. Esta vocación específica tiene su raíz

en la vocación común del pueblo de Dios, llamado a trabajar al servicio del designio salvador del Padre a través de Cristo en la Iglesia. El invita a los que quiere a prolongar su acción evangelizadora:

“No me elegisteis vosotros a mí, sino que yo os elegí a vosotros”<sup>7</sup>.

La persona idónea está constantemente “abierta a la acción del Espíritu Santo, tanto a la que tiene lugar en el corazón de los enfermos y en el de quienes los cuidan, como en la que acontece en su propio corazón. Por eso debe ser sensible a esta acción del Espíritu, la cual no es uniforme, sino que es diferenciadora, por ser un llamamiento que Dios dirige a cada uno”<sup>8</sup>.

Así pues, su presencia podrá ser paz, consuelo, alivio, cambio de rumbo, purificación, exigencia y tantas cuantas cosas quiera el Espíritu comunicar por su medio.

“Como el Buen Samaritano, está al lado y al servicio de los enfermos y de quienes sufren, respetando en ellos, por encima de todo y siempre, la dignidad de la persona y, con los ojos de la fe, reconociendo la presencia de Jesús sufriente”<sup>9</sup>.

Se aleja de la indiferencia que deriva en costumbre, renovando cada día el compromiso de ser hermano/a de todos, sin discriminación alguna. Es quien añade “el corazón a la institución para humanizarla”<sup>10</sup>.

La persona idónea es designada por el Obispo para ejercer por delegación todas las funciones pastorales en el hospital a excepción de las que

por su naturaleza corresponden al ministerio ordenado. Es miembro de pleno derecho del SARC<sup>11</sup> y asume todos los derechos y responsabilidades propias de este servicio en el marco de los acuerdos Iglesia-Estado y en la descripción que de los mismos se hace en las Orientaciones pastorales que da la Comisión Episcopal de Pastoral<sup>12</sup>.

## 3/

### Funciones de la persona idónea.

La persona idónea puede realizar las mismas funciones que el presbítero, excepto aquellas que derivan del orden sagrado.

## 3/1

#### Visita y acompañamiento de los enfermos y sus familias.

Una pastoral de la salud evangelizadora, sensible al “camino del hombre”, a sus situaciones existenciales y a los condicionamientos ambientales e institucionales de su proceso de salud y de enfermedad, ha de ser ante todo la “pastoral de la relación y del encuentro”.

De ahí que, además del capellán, también la persona idónea tiene en la visita y en el acompañamiento de enfermos y familias su primera y más cotidiana labor. Acompañamiento integral, descubriendo sus necesidades. Es un ministerio delicado, que necesita un buen soporte humano, teológico y pastoral, dotes y habilidades para la escucha. Es el cauce ordinario para la evangelización explícita, no sólo de los enfermos y sus familias, sino también para quienes les atienden.

7. Jn 15, 16.

8. Catechesis Tradendae n. 35.

9. Juan Pablo II, Mensaje para la II jornada mundial del enfermo 1994. Dolentium Hominum n. 24, p. 7.

10. SD, 29.

11. Acuerdo Marco, Art. 4 y cf. Documento de Asistencia Religiosa en el hospital, ns. 145-151.

12. Nos referimos al texto antes citado de "La Asistencia Religiosa en el Hospital".

### 3/2

#### Oración y celebración de los sacramentos.

La persona idónea tiene también un lugar específico e importante dentro de la dimensión litúrgica y celebrativa de la pastoral. Prepara a los enfermos para celebrar los sacramentos de la Penitencia y de la Unción; puede administrar el Bautismo; distribuir la Comunión; asistir al matrimonio; presidir la oración de exequias; proclamar la Palabra; celebrar encuentros de oración; animar las celebraciones litúrgicas.

### 3/3

#### Asesoramiento en las cuestiones religiosas y morales.

En el hospital se viven a diario los grandes interrogantes de la existencia y se plantean problemas éticos que afectan a los enfermos, a sus familiares, a los profesionales sanitarios y a los diversos departamentos y servicios. La **persona idónea**, en la medida en que haya sido debidamente preparada para ello, puede contribuir a la iluminación y esclarecimiento de los mismos, colaborando en la formación de los profesionales y ofreciendo asesoramiento ético a los enfermos, familiares, personal y servicios del centro que lo soliciten.

### 3/4

#### Colaboración en la humanización de asistencia hospitalaria.

La humanización de la asistencia es una de las grandes preocupaciones actuales en el campo sanitario. La **persona idónea** puede colaborar en la misma aportando la fuerza humanizadora de los valores evangélicos (compasión, respeto, ayuda mutua, solidaridad, gratuidad, reconciliación...); desempeñando con humanidad y competencia sus propias funciones; atendiendo de manera especial a los que sufren en mayor

grado los efectos de la deshumanización; participando y apoyando las acciones que se lleven a cabo en el hospital para lograr un trato más humano; finalmente, dando a conocer los derechos y deberes de la persona enferma, respetándolos y defendiéndolos.

### 3/5

#### Atender al personal sanitario y colaborar con él.

El SARC ha de ser consciente de que a su misión pastoral le es confiada toda la “**familia hospitalaria**”, es decir cuántas personas están directa o indirectamente al servicio del enfermo, de sus familias y de la salud de la comunidad. Este ministerio, hecho de diálogo y de cercanía, se desglosa en múltiples acciones cuyo denominador común es la animación cristiana de la institución y de sus servicios. Dentro de los objetivos de este ministerio ocupa un lugar especial el fomento del asociacionismo profesional dentro del hospital, sobre todo de la asociación PROSAC (profesionales sanitarios cristianos).

### 3/6

#### Fomentar y animar el voluntariado.

En colaboración con el equipo de pastoral, la persona idónea desempeña un papel importante en la promoción, selección y formación del voluntariado, tanto en su vertiente social como pastoral.

### 3/7

#### Coordinación del equipo.

En determinadas circunstancias, la persona idónea podría ser nombrada incluso responsable del SARC, según condiciones y límites a establecer por la autoridad eclesiástica.

El hospital es hoy un lugar clave para la evangelización, pues por él pasan, antes o después, tanto los fieles como los alejados

### 3/8

#### Intercomunicación con parroquias y comunidades.

También puede ejercer fenomenalmente la tarea de mantener la intercomunicación hospital-parroquia. Utilizar los diferentes cauces para que el seguimiento pastoral a la persona enferma no se corte, dejándole sin el consuelo de la fe o los sacramentos por parte de la comunidad, esté donde esté.

## 4/

### Perfil de la persona idónea

El **hospital** es hoy un lugar clave para la evangelización, pues por él pasan, antes o después, tanto los fieles como los alejados e increyentes; en él hay una feligresía permanente -el personal sanitario, con sus necesidades pastorales específicas- y se trata de una entidad científica, educativa y ética de primer orden<sup>13</sup>. La presencia de la Iglesia en el mismo ha de ser cualificada.

Es responsabilidad del Ordinario del lugar designar al personal que ha de prestar la asistencia religiosa en el hospital y encomendarle la misión canónica. Respetando los derechos del Ordinario del lugar de la diócesis en esta materia, sería conveniente establecer con carácter general para el conjunto de las diócesis españolas, los requisitos para obtener la “**declaración eclesial de idoneidad**”, que de ordinario constituirá una condición previa para que una persona pueda ser designada persona idónea<sup>14</sup>.

Dejando a salvo lo que la Comisión Episcopal de Pastoral pueda proponer en su día sobre este importante asunto a la Conferencia Episcopal

Española, señalamos los requisitos que consideramos más importantes.

1. Gozar de buena salud física ya que entra en un mundo de gran movimiento y en muchos aspectos estresante. Ello no significa que no pueda tener determinadas enfermedades que le permitan un ejercicio pastoral excelente y una mayor capacidad de comprensión hacia los que padecen.
2. Ser una persona con madurez humana y equilibrio afectivo; con un nivel suficiente de autoestima; capaz de establecer una buena relación con los demás, de colaborar y trabajar en equipo; con una gran apertura mental y una buena disponibilidad para el diálogo; sensible para comprender el mundo del sufrimiento y acogedora para aceptar las propias limitaciones y las de los otros;
3. Ser hombre o mujer de fe y esperanza, capaz de dar testimonio y razón de su vida y de su quehacer. Vocacionada para trabajar con enfermos. Con espíritu eclesial, capaz de vivir su fe y su acción dentro de la comunidad de los creyentes, consciente de estar entroncada a una tradición viva que le ha precedido.
4. Tener un nivel cultural aceptable y la preparación teológica, espiritual, ética y pastoral -básica y específica- para poder realizar la misión que se le va a encomendar.
5. Conocer el mundo del enfermo y del hospital y tener experiencia de trabajo pastoral en este campo.
6. Estar en disposición y comprometerse a la formación integral permanente. Dispuesto a formarse a fondo en estrategias de relación de ayuda-counselling.
7. Con capacidad para no huir, y afrontar la angustia existencial y el desierto espiritual que en ocasiones inunda la situación de enfermedad.
8. Una persona sencilla capaz de desvelar la pequeñez de las cosas grandes y la grandeza de

13. Informe «Iglesia y Salud» a la LXIV Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española.

14. Habrá que establecer los requisitos para otorgar la DEI: estudios y títulos requeridos; planes de estudio (materias y créditos); cursos complementarios para obtener la DEI; instituciones que pueden otorgarla; actualización y formación permanente de las personas idóneas.

las cosas pequeñas, en un momento como el de la enfermedad grave o terminal en el que se puede recuperar lo esencial.

9. Testigo de comunión, pues la salud espiritual remite siempre a la experiencia de comunidad.
10. Testigo de la esperanza, desde una dimensión trascendente de la vida.
11. Capaz de celebrar la vida en medio de tanto sufrimiento y muerte.

## 5

### Necesidades en la formación.

Es necesario entender la formación como un proceso que inspira, estimula y orienta el crecimiento de la persona y le ayuda a desarrollar sus capacidades para desempeñar la misión.

Es por tanto una formación integral, que afecta al Ser y no sólo al Hacer, que garantiza una madurez humana, secular y espiritual, así como una cualificación teológica y pastoral. Toca por tanto la dimensión de lo humano, lo cristiano y lo pastoral.

La formación del agente de pastoral tiene como finalidad no conferirle un “rol”, sino ayudar a crecer y madurar, “servir mejor”, capacitarse.

Los criterios orientadores de dicha formación serían:

- **Profundizar en la propia identidad:** personal (autoconciencia) y pastoral
- **Personalizar actitudes:** escucha, diálogo, empatía, etc.
- **Adquirir conocimientos**

(teología bíblica y pastoral, sacramentos, bioética, liturgia, ciencias humanas ,etc..) y habilidades para la relación de ayuda

#### - Evaluación permanente.

Y los ámbitos en los que se necesita una formación específica serían:

- Trabajo en equipo.
- Intervención en crisis.
- Comunicación no-verbal.
- Dimensión espiritual: cuidar la propia espiritualidad del agente pastoral.
- Claves para analizar, entender e incidir en el actual contexto socio-cultural.
- Bioética.
- Dimensión interconfesional, ecumenismo...
- Prevención del “burn-out”, técnicas de autocuidado.

## 6/

### Orientaciones prácticas para promover la figura de la persona idónea.

Para promover la figura de la persona idónea habrá que recorrer con paciencia un largo camino, contando con las dificultades que existen tanto en los capellanes y en las mismas personas idóneas: individualismo, reticencias frente a la mujer, falta de confianza en la colaboración de los laicos, inercia y cerrazón a los cambios, clericalismo (acaparar todas las funciones), concepciones diversas de la tarea pastoral, frágil sentido eclesial, falta de preparación y formación adecuada, experiencias negativas...

Ofrecemos algunas orientaciones prácticas para promover con empeño y prudencia la figura de la persona idónea:

**1. Recuperar los carismas y ministerios en la comunidad cristiana.** No se trata de disminuir o devaluar la figura y misión del sacerdote, sino de situarlo. Habrá que reconocer y acoger con gratitud los carismas y ministerios y acompañar en el proceso de su maduración dentro de la comunidad. Habrá que superar actitudes inmaduras que impiden o dificultan el ejercicio de los ministerios.

**2. Crear una nueva mentalidad sobre el SARC.** Este no es un fin sino un medio al servicio de la comunidad hospitalaria. Hay que caminar hacia SARC que sean verdaderos equipos -uno en el servicio que prestan, y diversos en la variedad de sus miembros y de su carisma propio- que vivan y actúen en equipo -proyecto, trabajo en común, información mutua, oración, formación, descanso y fiesta.

**3. Clarificar la figura de la persona idónea y situar su acción dentro de los SARC.**

**4. Establecer,** con carácter general para el conjunto de las diócesis, un mismo nivel de preparación teológica y pastoral de las personas que el obispo designe para prestar la asistencia religiosa en el hospital, los requisitos para obtener la DEI en orden a su designación como persona idónea, la actualización y formación permanente de las personas idóneas en ejercicio.

**5. Impulsar y acompañar la incorporación de personas idóneas en los SARC.**

- Enviar a personas valiosas, vocacionadas y preparadas;
- Contar, preparar y estudiar con el equipo de capellanes la incorporación de la persona idónea;
- Dar relieve a la toma de posesión de la persona idónea; e incluso valorar el hacerlo en una celebración litúrgica de carácter público.
- Presentar a la persona idónea al personal del centro, sobre todo a aquellos con los que va a tener una mayor relación;
- Tener en cuenta la sensibilidad de los

hospitales cuya mentalidad no está preparada para aceptar un acompañamiento humano y espiritual por parte de los laicos y religiosos, sobre todo en medios no practicantes o de cristianos tradicionales;

- Acompañar a la persona idónea y al equipo de capellanes al que se incorpora en la marcha de la experiencia;
- Organizar su trabajo en el Hospital con el equipo del SARC de tal manera que pueda enriquecer su misión eclesial, no achicándola ni reduciéndola a la acción pastoral hospitalaria, sino engarzándola y abriéndola a la pastoral de conjunto de la Diócesis, a la que puede y debe aportar valores específicos, antropológicos, teológicos y pastorales.
- Prestar un especial cuidado a la atención espiritual de la persona idónea;
- Tiempo libre suficiente para que tenga un sano descanso físico y psíquico, para que pueda tener una relación familiar y social más amplia que la que le ofrece el hospital, con el fin de no perder de vista otras situaciones y valores.

**6. Dar a conocer la figura de la persona idónea y sus posibilidades.**

**7. Organizar encuentros periódicos** de personas idóneas.

8. Organizar y motivar la **formación.**



## 06/ **Formación** básica para la misión en Pastoral de la Salud.

**José Carlos Bermejo,**  
Religioso camilo.

Pensar en formación y en pastoral de la salud nos puede llevar a identificar diferentes áreas, tales como la formación necesaria que han de tener los agentes de pastoral para ser aceptados como tal en una estructura hospitalaria, o la formación que estos pueden impartir para incidir en la cultura general o en los profesionales de la salud en particular, o aquella formación que puede darse en la Iglesia como parte de la necesaria evangelización en el campo de la pastoral en general.

En la Iglesia universal y en España en particular han existido y persisten diferentes iniciativas. Existe un centro que imparte formación reglada ("Sapientia cristiana") con títulos de Licenciatura y Doctorado en Pastoral de la Salud (Camillianum) desde 1989, y diferentes Escuelas de Pastoral de la Salud, tanto en su formato presencial como a distancia, con más o menos carga lectiva según escuelas y programas. Algunas imparten titulaciones de posgrado universitario, otras más bien certificados concretos por las acciones formativas y por parte de la institución que ofrece la formación.

Palabras clave:

*Formación, Pastoral, Asistencia religiosa, Hospital.*

Thinking of training and pastoral care can lead us to identify different areas such as the necessary training that pastoral agents must have in order to be accepted as such in a hospital structure, or the training that they can provide to influence the general culture or health professionals in particular, or the training or that may be given in the Church as part of the necessary evangelization in the field of pastoral care in general.

In the universal Church and in Spain in particular different initiatives have existed and still remain. There is a center offering formal training ("Christian Sapientia") with degrees of Bachelor and Doctorate in Pastoral Care (Camillianum) since 1989, and different Schools of Pastoral Care, both in face-to-face and distance formats, with more or less workload depending on the Schools and Syllabuses. Some offer Post-Graduate Degrees, other Training Activities which are certified by the Institution providing training.

Key words:

*Training, Pastoral, Religious care hospital.*

- La atención a los trabajadores.

- El “encuentro/counselling” para el desarrollo resiliente de cuantas personas se encuentran en el hospital.

Quien desea ser fiel a las tareas propias del asistente espiritual en hospitales, se encontrará con el mundo de las necesidades espirituales y el mundo de las necesidades religiosas<sup>1</sup>.

Algunos desafíos nos son planteados de manera actualizada, en este sentido. Es el caso de lo que lanzó el papa Francisco en estos términos:

“He decidido conceder a todos los sacerdotes para el Año jubilar, no obstante cualquier cuestión contraria, la facultad de absolver del pecado del aborto a quienes lo han practicado y arrepentidos de corazón piden por ello perdón. Los sacerdotes se deben preparar para esta gran tarea...”<sup>2</sup>

Sin duda, el papa reclama preparación para una forma de ministerio.

## 2/

### Competencias pastorales y acreditación.

En nuestro Estado, la acreditación para el ministerio de agente de pastoral de la salud en los hospitales públicos, en el contexto del Acuerdo Marco vigente entre el Estado Español y la Santa Sede, así como en el marco de los acuerdos autonómicos, está en manos de que el obispo del lugar nombre a los “capellanes”.

1. “Congreso Iglesia y salud”, “Los servicios de asistencia católica en los hospitales”, EDICE, Madrid 1995, p. 237.

2. Vaticano 1 de septiembre de 2015.

3. Comisión Episcopal de Pastoral, “La asistencia religiosa en el hospital”, EDICE, Madrid, 20072 n. 176.

4. Comisión Episcopal de Pastoral, o.c., n. 177.

5. Comisión Episcopal de Pastoral, o.c., n. 178.

6. Comisión Episcopal de Pastoral, o.c., n. 180.

7. Comisión Episcopal de Pastoral, o.c., n. 184.

Normalmente no se siguen criterios de formación previa mínima o de supervisión en este campo.

En otros países, como Estados Unidos, se exige supervisión en **Clinical Pastoral Education**, requiriéndose conocimientos teóricos, prácticos y también de intercongregacionalidad.

En Irlanda, por otro lado, existen criterios para la certificación de capellanes católicos, comisiones para ello, así como definición de diferentes competencias que se han de tener.

La ausencia de procedimientos de acreditación, de requisitos previos, de definición de competencias, etc., en España, no nos deja totalmente descubiertos, pero sí disminuye las exigencias y posiblemente el nivel de prestación de estos servicios.

Contamos con un referente marco en el que se describen tareas y claves de valor, como es el documento de la Comisión Episcopal de Pastoral, titulado “La asistencia religiosa en el hospital”. En él se dan orientaciones pastorales sobre la Formación específica y permanente de los agentes de pastoral.

En estas orientaciones, se dice que

“La formación no es un lujo que algunos pueden permitirse, es una condición indispensable para afrontar hoy situaciones que se plantean en el hospital y prestar eficazmente un servicio”<sup>3</sup>.

Así mismo, se dice:

“La exigencia, pues, de una formación específica y permanente para quienes trabajan o van a

trabajar en este campo pastoral se hace cada día más viva y necesaria”<sup>4</sup>.

Y también:

“La formación del agente de pastoral tiene como finalidad no el conferirle un rol sino el ayudarle a crecer y madurar humana y cristianamente, a configurar la propia identidad, a capacitarse y perfeccionarse para desempeñar fielmente su misión”<sup>5</sup>.

Se piensa, en el citado documento, en una formación que ayude a conocer bien el mundo del enfermo, sus vivencias, sus comportamientos, sus necesidades, especialmente las espirituales<sup>6</sup>, que van más allá de las religiosas.

La formación en pastoral de la salud ha de ser una iniciativa llevada a cabo por los diferentes organismos de la Iglesia: se ha de introducir la pastoral de la salud en los planes de estudios de los Seminarios, Facultades de Teología, Institutos de Pastoral, se han de organizar cursos de iniciación y formación continuada; así como difundirse materiales de formación, fomentándose encuentros y jornadas de estudios de diferente envergadura<sup>7</sup>.

En efecto, en España existen diferentes instituciones religiosas (en particular las Órdenes que por carisma se dedican a la salud), que promueven acciones de formación en pastoral de la salud.

simismo existe la tradición de realizar encuentros de seminaristas organizados por el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española.

Son acciones aún insuficientes para el gran desafío que representa una mirada justa a la salud, la enfermedad, el morir... desde la perspectiva cristiana.

### 3/

## Formación eficaz.

La formación en pastoral de la salud no puede ser mera instrucción. Ha de comportar un desarrollo personal de los agentes de pastoral, ha de ser práctica, participativa, gradual, personalizada.

Una formación eficaz podría llevar a los formandos a prepararse también para una eventual vinculación en los Comités de Ética Asistencial en los hospitales donde existen, de manera que la dimensión espiritual ocupara su debido lugar, también iluminada desde la fe, siempre con capacidades deliberativas para las situaciones de conflicto.

La pastoral, por otro lado, no es la aplicación de la doctrina. La teología pastoral, considerada de segundo rango en otras épocas, tiene su propio objeto de estudio, su método, subrayándose la misión evangelizadora de toda la Iglesia en el mundo de hoy, con su riqueza y variedad de contextos socio-culturales.

Yo diría más, la teología pastoral tiene un poder humanizador dentro del conjunto de las diferentes teologías y especialidades de este sector.

Contribuye a realizar un diálogo muy especial entre teoría y praxis, un diálogo fecundo, que lleva a mirar la realidad y la fe con mirada comprometida y, desde ella, sentirse urgidos a la caridad individual y grupalmente, de manera programada, evaluada, discernida en cada momento y espacio.

La teología pastoral, en efecto, está caracterizada por su dimensión operativa, es decir, por su rica referencia a la acción, de la que también nace la teoría.

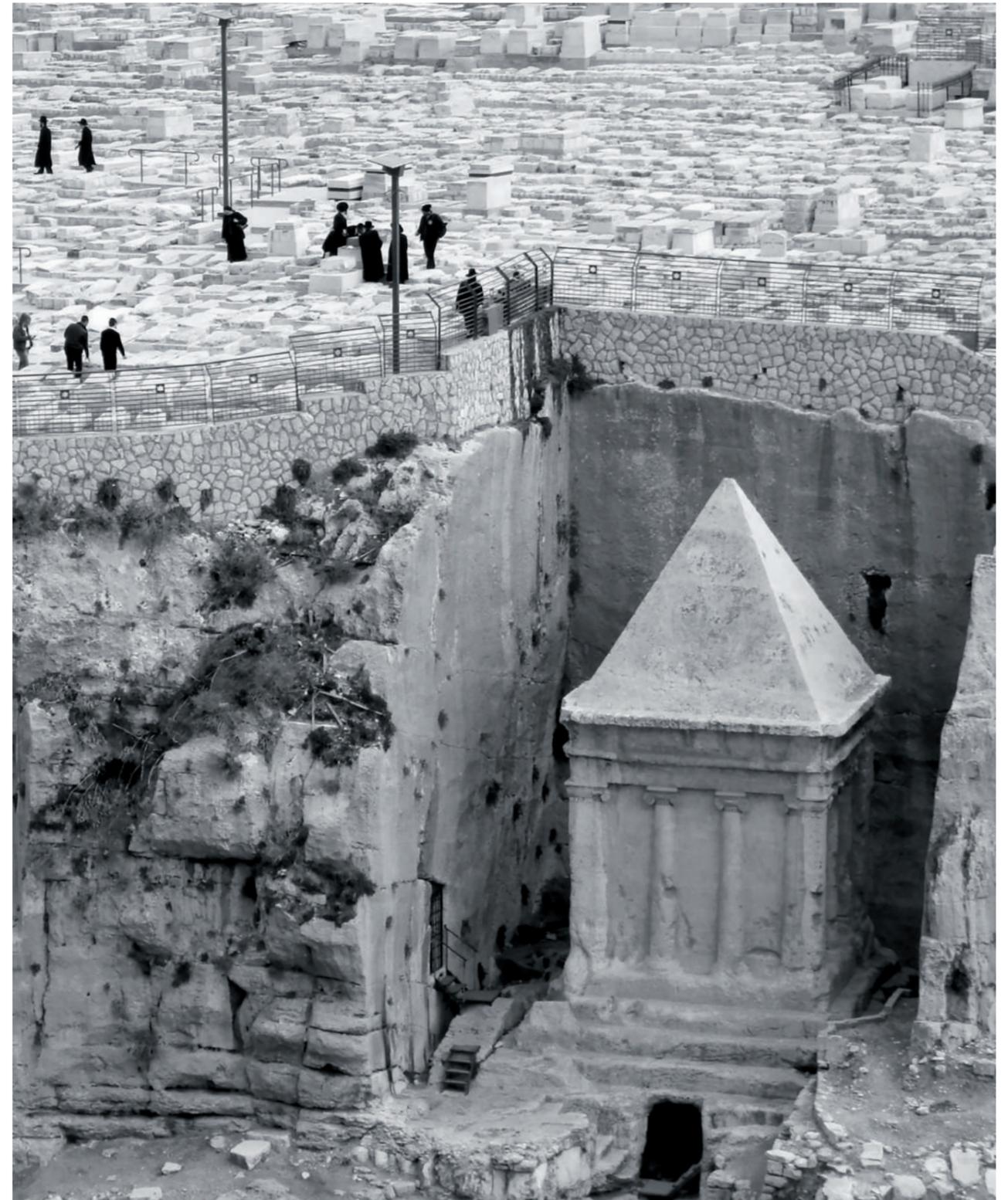
Han quedado atrás los viejos tiempos en los que la pastoral se reducía a la vida litúrgica y la teología pastoral a la aplicación de la teología (teoría) a la praxis. La teología pastoral tiene su propia identidad, un rango no menor que cualquier otra teología.

Por eso, este libro contribuirá a la formación de los teólogos con una visión pastoral adecuada a los tiempos de hoy<sup>8</sup>.

La formación en pastoral de la salud, la formación de los agentes de pastoral de la salud, puede contribuir a humanizar la comunidad cristiana, a evangelizar la iglesia, una necesidad ineludible.

Si esta está viviendo una primavera, es posible que tengamos que reconocer que la pastoral de la salud aguarda todavía la verde estación de los brotes que anuncien la generosidad de su savia interior.

**8.** Cfr. BERMEJO J.C., "Prólogo", en: SANDRIN L., "Introducción a la teología pastoral", PPC, Madrid 2015,





## 07/Experiencias

# 07/1

## Programa FLAMMA: gestión informática de peticiones de usuarios que desean acompañamiento espiritual y/o asistencia religiosa católica durante su hospitalización.

Mn. **Sebastià Aupí i Escarrà**,  
Capellán y coordinador del SARCH.  
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta.  
Parc Hospitalari Martí Julià. Girona

La tarea pastoral del servicio religioso la desarrollamos con un equipo de 1 persona idónea, 2 psicólogas, 3 sacerdotes y un diácono en los dos hospitales públicos de la ciudad de Girona: **Hospital Universitario Dr. Josep Trueta** (hospital de referencia) y **Parc Hospitalari Martí Julià** (convalecencia, paliativos, agudos y salud mental), con una capacidad de 250-400 y 350-600 camas, respectivamente.

El inicio de este programa se remonta al otoño del 2008 cuando en una reunión del equipo del Servicio Religioso del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona evaluamos y quisimos arrancar nuevos proyectos más integrados en el hospital, porque en toda la pastoral que se hacía, se tenía la sospecha que éramos una isla en el océano del hospital, sin problemas, pero sin demasiadas conexiones con otros servicios. En esta reunión, decidimos reorientar las visitas por las habitaciones, que dejaban de ser indiscriminadas. Y, también, dejar de usar los censos de usuarios que hasta entonces se utilizaban. Esta decisión provocó sorpresa en la dirección y la preocupación en el Obispado, que hicieron un gran voto de confianza.

Y, así, llega enero de 2009, y se informatiza toda la historia clínica del hospital. Se crea un programa para asistencia clínica (SAP), otro para cuidados de enfermería (GACELA), otro para farmacia y trabajo social... y, por qué no, otro para el servicio religioso, para el acompañamiento espiritual y asistencia religiosa católica. Un programa informático, **Flamma**, fruto de la cooperación del servicio religioso, la unidad de tecnología de informática y el gabinete jurídico. Y de esta forma, llega la primera versión del programa SARCH en primavera de 2009.

A lo largo de estos años hemos ido haciendo modificaciones y mejoras en el programa a partir de la experiencia pastoral. Y ahora, otoño del 2015, ya presentamos la quinta versión, que quiere ser una herramienta para la mejora asistencial y pastoral del hospital.

Flamma es un programa que nos permite:

1. **La identificación de los usuarios y sus demandas.**
2. **La trazabilidad pastoral de sus recorridos espirituales y/o religiosos.**
3. **El censo de las actividades pastorales, para evaluar y potenciar una pastoral integrada.**
4. **El análisis de los datos incorporados al programa (nº personas, edad, actividad pastoral, etc.) para la posterior memoria anual.**

Este programa funciona de manera muy sencilla:

1. Página de identificación personal, para el agente o capellán en cuestión que lo utiliza. Página identificación personal para cada componente del servicio. Garantizando la confidencialidad de la lectura y uso de los datos. Actualmente por la LOPD15/1999 utilizamos datos de máxima protección.
2. Página de introducción de los usuarios y su demanda.
3. Censo del hospital y unidades
4. Registro Pastoral del usuario, con observaciones individuales y de equipo.

Y desde enero de 2015, el programa informático está implantado en los dos hospitales públicos de la ciudad, ayudándonos a mejorar la respuesta pastoral de manera coordinada y adecuada, sin precipitaciones y con mucho cuidado de las necesidades.

La manera con la que hacemos divulgación de nuestro servicio es a través de los canales clásicos de comunicación (personal sanitario), pero también utilizamos canales más actuales. Hemos elaborado un cartel informativo donde se especifica qué ofrece el servicio religioso y nuestras vías de contacto.

Y además, el servicio religioso aparece en el video de acogida del hospital, un video diseñado para explicar a los pacientes que servicios ofrece el centro.

Con esta metodología de trabajo, hoy, la presencia del servicio religioso está como miembros o consultores en las sesiones clínicas, en el comité de ética asistencial y en las comisiones de mortalidad y de catástrofes del Hospital Dr. Josep Trueta; así como en las sesiones clínicas y en las comisiones de paliativos, convalecencia y cultural del Parc Hospitalari Martí Julià.

## Áreas de prestación del servicio religioso.

### Hospital Dr. Josep Trueta

- Servicio religioso a todas las unidades y servicios del centro.
- Servicio psicológico.
  - UCI y UPIC
  - Ginecología, Obstrucción, Prematuros, Neonatos, Pediatría, UCI Pediatría.

### Parc Hospitalari Martí Julià

- Servicio religioso a todas las unidades y servicios de hospitalización, unidad de agudos y paliativos, unidad de convalecencia.
- Servicio religioso a todas las unidades y servicios de salud mental.

## Experiencias:

**Programa FLAMMA:**  
gestión informática de peticiones  
de usuarios que desean acompañamiento  
espiritual y/o asistencia religiosa  
católica durante su hospitalización.

LH n.316

96

Intervenciones pastorales realizadas  
en 2014. Hospital Trueta:

Meses	Visitas	Comuniones	UM	Otros	nº personas atendidas
Enero	139	57	8	3	51
Febrero	180	103	11	2	37
Marzo	274	101	15	8	60
Abril	186	79	15	8	51
Mayo	196	102	11	8	55
Junio	210	38	13	10	55
Julio	220	49	16	4	62
Agosto	176	26	13	8	51
Septiembre	90	21	4	3	33
Octubre	180	27	11	5	47
Noviembre	152	25	13	3	47
Diciembre	169	68	21	5	53
<b>Total</b>	<b>2172</b>	<b>696</b>	<b>151</b>	<b>67</b>	<b>602</b>

Gracias al programa SARCH hemos podido extraer los datos referentes a las intervenciones pastorales realizadas en 2014.

A lo largo de este año se han atendido 387 personas nuevas dentro del Servicio Religioso.

Dentro de este servicio, a parte de las visitas realizadas, se han administrado 696 comuniones, 151 Unciones de los Enfermos, 6 Oraciones de Final de Vida, 2 Bautizos, 2 ayudas de beneficencia y 21 oraciones por diferentes circunstancias.

## El programa Flamma.

**Flamma** nos quiere recordar el punto de inicio de todo católico, cuando en nuestro bautismo, se nos enciende la vela de Bautismo. Una vela encendida es como un deseo, un augurio.

Que vosotros, niños, podáis tener siempre a vuestro lado, ya en estos primeros años de vuestra vida, a padres, padrinos y amigos que os guíen, os iluminen con un consejo, una palabra de Dios, un gesto de afecto.

Que nunca os quedéis en la oscuridad, alejados del bien y de la verdad. Y vosotros, padres y padrinos, no os echéis nunca atrás, sino que, del mismo modo que esta vela da luz, sepáis dar también a vuestro hijo la luz y la claridad de Jesús y su Evangelio.

Que la pastoral de la salud hospitalaria sepa mantener esta llama de la Fe, que es el Tesoro humano más importante y delicado.

97



## Experiencias:

Experiencia de trabajo en equipo en un equipo de atención espiritual y religiosa (SAER).

LH n.316

# 07/2

## Experiencia de trabajo en equipo en un equipo de atención espiritual y religiosa (SAER).

Begoña Moreno,

Centro San Juan de Dios.  
Ciempozuelos (Madrid).

La experiencia a compartir es la que vivimos desde el Centro de San Juan de Dios en Ciempozuelos (Madrid). Un centro que pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Provincia Bética) y que se dedica exclusivamente a la atención a personas con enfermedad mental y con discapacidad intelectual desde 1876.

Costa de 1070 plazas divididas en 4 áreas: área de Personas con discapacidad (6 unidades y 3 dispositivos externos), área de Salud mental (UHTR, UCPI, Unidad de Rehabilitación y 6 dispositivos externos), área de Psicogeriatría (3 unidades) y una unidad de cuidados somáticos para nuestros residentes.

El modelo del centro, como no podía ser de otra manera, es nuestro fundador, San Juan de Dios. Él tras su dramática experiencia en el Hospital Real de Granada, nos hace llegar un modelo de atención donde el enfermo está en el centro de la asistencia y en el que se asiste de manera integral.

“Debemos dar una asistencia que considere todas las dimensiones del ser humano: biológica, psíquica, social y espiritual. Solamente un a atención que trate todas estas dimensiones podrá considerarse una ASISTENCIA INTEGRAL”  
(Carta de Identidad de la OH, 5.1)

La asistencia religiosa desde Jesucristo, como origen de la salud-salvación, y el acompañamiento espiritual de los asistidos, de sus familiares y de los trabajadores y voluntarios, forma parte profunda del ser de la Orden Hospitalaria, además de ser un derecho del enfermo.

Esta asistencia espiritual y religiosa se ofrece a través de los **SAER (Servicio de Atención Espiritual y Religiosa)**, pero es el centro (en toda su dimensión) la que vela por que se cumpla su misión primordial como obra apostólica: **Evangelizar el mundo de la enfermedad y el sufrimiento.**

“Nuestra misión es evangelizar el mundo del dolor y del sufrimiento a través de la promoción de obras y organizaciones

98

sanitarias y/o sociales, que presten una asistencia integral a la persona siguiendo el estilo de San Juan de Dios”  
(Carta de Identidad de la OH, 1.3)

El SAER es un servicio que junto a todos los demás realizan la MISION del centro (la Evangelización). Tiene además, una orientación terapéutica: coopera con su presencia, testimonio y acciones, a la asistencia, al tratamiento, a la curación y al cuidado de las personas atendidas en el centro.

Su objetivo es atender las necesidades religiosas y espirituales de los asistidos, sus familiares y colaboradores (=trabajadores y voluntarios). Realiza esta atención mediante grupos, celebraciones de los Sacramentos, encuentros individuales, acompañamiento y testimonio de vida.

Cada centro de la Orden Hospitalaria tiene su propio SAER, pero todos están coordinados por un equipo provincial, quien marca los objetivos y líneas de actuación y funcionamiento más generales.

Como cualquier otro servicio del centro funciona con los mismos parámetros, es decir, existe una dependencia de un miembro del comité de dirección. En este caso de la gerencia del centro.

Se determina una coordinación que tiene, entre otras funciones, el deber de programar objetivos, establecer un plan anual, presupuestar la actividad y evaluar mediante indicadores objetivos la labor que se realiza.

Es muy importante, adoptar instrumentos, herramientas y obligaciones del resto de servicios y departamentos, si no queremos que el SAER sea un elemento satélite del centro.

## 1/

## El equipo de Atención Espiritual y Religiosa.

El SAER, en el centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, está formado por tres agentes de Pastoral, dos capellanes y un Hermano de San Juan de Dios. Una de las agentes de pastoral además hace las labores de coordinación.

Pasemos brevemente a describir las funciones de cada uno de los perfiles:

## 1/1

### Agentes de Pastoral.

Los **agentes de pastoral** son personas vocacionadas para motivar y ayudar en el proceso de evangelización a personas enfermas o en situación de vulnerabilidad.

Su rol profesional responde a una vivencia personal y madura de su Fe y de su experiencia de Jesucristo. Son personas capacitadas y formadas para el desarrollo de actividades individuales y de grupo, y con conciencia de ser parte de la Iglesia.

En el caso concreto de nuestro centro, además, la acción pastoral se realiza por sectores, por lo que es necesario cierto conocimiento de las necesidades concretas de las poblaciones a atender (Geriatría, discapacidad intelectual y enfermedad mental).

Procuramos una atención especializada en función de las necesidades y tipo de vivencia religiosas de nuestros usuarios.

¿Qué formación es necesaria para un buen desempeño de las funciones?

99

## Experiencias:

Experiencia de trabajo en equipo en un equipo de atención espiritual y religiosa (SAER).

100

LH n.316

- Teología, pastoral y espiritualidad (Master en pastoral Social y de la Salud).
- Formación institucional.
- Conocimiento básico en psicología y relación de ayuda.
- Formación ética (bioética).
- Formación técnica en función del área donde ejerza (conocimiento básico de la vejez, o de la discapacidad o de la enfermedad mental).

Además de este currículo básico, existe un aspecto fundamental para el buen desempeño de esta labor, que es la **vivencia**.

Nadie puede acompañar por un camino que no se haya recorrido previamente, al menos en parte. Una vivencia espiritual, religiosa, empática, madura...es muy necesaria para realizar bien esta tarea.

Las funciones del agente de pastoral varían si es en relación a la misión evangelizadora del centro o si es un la relación directa con los usuarios.

En relación a la primera, las funciones son:

- Colaborar con la humanización de la asistencia.
- Integrar en la pastoral la colaboración del voluntariado.
- Integración y participación activa en el trabajo interdisciplinar.
- Desarrollar líneas estratégicas de la provincia.
- Colaborar en las sesiones de formación del centro sobre cuestiones pastorales.
- Animación litúrgica en las Eucaristías del centro.
- Preparar y animar otras celebraciones para el personal del centro.
- Ofrecer Acompañamiento espiritual y religiosos a los trabajadores.
- Atender las necesidades y demandas religiosas de los colaboradores.

En relación a la atención directa a los usuarios, sus funciones son:

- Encuentro Pastoral con el paciente y su familia en el momento del ingreso.

- Visita al paciente y familiares para detectar sus necesidades de asistencia espiritual y religiosa.
- Acompañamiento espiritual y /o religioso.
- Dejar constancia por escrito de las acciones realizadas a los pacientes (en su historia clínica a través de un apartado pastoral).
- Participar en las reuniones de equipo de unidades para garantizar la asistencia holística de los residentes cubriendo la dimensión espiritual y religiosa.
- Ofrecer a los pacientes momentos de meditación, reflexión, oración.
- Asesoramiento sobre cuestiones espirituales y religiosas.
- Actividades pastorales en grupo: organizar y dirigir grupos de reflexión (evangelización) en las distintas unidades, colaborar con los grupos de catequesis ofreciendo la actividad a los nuevos ingresos y facilitando la comunicación entre los catequistas y la unidad.
- Celebración de la Fe en momentos de fiestas de las distintas unidades.
- Derivar las demandas de sacramentos hacia los capellanes.
- Estar atenta a situaciones de dificultad de los pacientes que pueda hacer más vulnerable su bienestar espiritual.

## 1/2

### Capellanes.

Los capellanes son personas preparadas y sensibilizadas para anunciar la palabra de Dios, celebrar los Sacramentos que el enfermo, asistido o su familia necesitan. Además es necesario que tengan cualidades de escucha activa, diálogo y trabajo en equipo y que respeten y comprendan las dinámicas asistenciales del resto de servicios.

Sus funciones son las propias: celebración de Eucaristía, llevar la comunión a los enfermos encamados, celebrar el sacramento de la Reconciliación, celebración de la Unción de los enfermos y ritos de exequias, vista pastoral y acompañamiento espiritual, peor sobre todos religioso.

101

## 1/3

### Hermanos de San Juan de Dios.

En nuestro caso concreto, el Hermanos que pertenece al equipo es el Superior de la Comunidad en estos momentos, pero participa del equipo como responsable del equipo de catequistas que existe en el centro. Un equipo de trabajadores y voluntarios que semanalmente dan catequesis de adultos a los residentes. Su aportación es fundamentalmente su “ser hospitalario”, su actuar al estilo de San Juan de dios, haciendo presente en Reino de Dios entre los pobres y enfermos.

## 2/

### Trabajo en equipo.

Para que un equipo de pastoral funcione es necesario que tenga conciencia de trabajo en equipo. Trabajo conjunto como equipo y capacidad de trabajar como miembros de otros equipos (asistenciales, médicos, de voluntarios, etc)

Para ello es necesario que sus funciones estén protocolizadas, que sean conocidas por el resto de servicios y que el propio SAER pueda modificar y evaluar estos protocolos según el impacto que tenga en los otros servicios.

Por ejemplo, si una de nuestras funciones es dar la comunión en la unidad de cuidados somáticos habrá que hablar con el colectivo de enfermería para saber cuál es el mejor momento, pactar con ellos una hora, acoger o demandar información sobre las peculiaridades de los pacientes y su estado (si pueden deglutir o no, si está o no agitados etc.).

Elaborar listados de pacientes que han demandado recibir la comunión, para que los cuidadores lo sepan y se coordinen las actividades.

Y por supuesto, devolver algún tipo de información que pueda ser clínicamente relevante a otros profesionales: DUE, médicos, psicólogos,...

Es necesario entender que somos un equipo que incide y trabaja en otros equipos. Para ello es muy importante recordar las 5 “C” del trabajo en equipo:

- **Compromiso:** Nos comprometemos a aportar lo mejor de cada uno
- **Complementariedad:** No todos sabemos de todo. Somos complementarios en nuestro saber y hacer
- **Coordinación:** Nuestra labor debe estar organizada y liderada
- **Comunicación:** El trabajo en equipo exige una buena comunicación abierta y sincera, tanto entre el propio equipo, como con otros
- **Confianza:** Sin recelos. Todos podemos hacer las cosas bien.

Nuestra experiencia, por el tipo de centro y su pertenencia a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, la incursión en los equipos asistenciales ha sido más fácil. Pero no ha estado exenta de dificultades. P

ara superarlas ha habido mucho trabajo en equipo, mucha formación e información sobre la misión de nuestro trabajo y la importancia del trabajo coordinado para lograr esa asistencia de calidad e integral que la Orden Hospitalaria pide a todos sus profesionales, y sobre todo mucha paciencia y mucho diálogo. Que sin lugar a dudas, son la clave del buen trabajo en equipo.

# 07/3

## El modelo de atención espiritual en los centros sanitarios y sociales de la Provincia de Aragón - San Rafael de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

**Mercè Puig-Pey,**

coordinadora Área de Pastoral, Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Provincia de Aragón - San Rafael.

*Sólo con la caridad, iluminada por la luz de la razón y de la fe, es posible conseguir objetivos de desarrollo con un carácter humano y humanizador (Benedicto XVI)*

La atención espiritual es consustancial a la misión de la Orden Hospitalaria ya desde sus inicios a mitad del siglo XVI. La preocupación de Juan de Dios y de sus colaboradores que la persona sufriende fuera atendida de un modo evangélico, no dejando de lado ninguno de sus dimensiones constitutivas, ha ido tomando diferentes formas en consonancia con los tiempos históricos y los diversos modelos asistenciales vigentes en cada época.

El paso a la modernidad y la posterior secularización de la sociedad y de sus estructuras impulsó, tras el halo innovador del Vaticano II e inmersos de lleno en el posmodernismo, un movimiento de renovación en la Orden Hospitalaria liderado por el entonces superior general **P. Marchesi**.

El impulso llevó los Hermanos a replantearse tanto su modo de vida comunitaria como su obra. El esfuerzo de aquellos años se focalizó en la humanización, tanto de la vida de las comunidades, como del modelo asistencial y sus estructuras hospitalarias<sup>1</sup>.

Las iniciativas de aquel momento ofrecieron, pues, a la Orden una nueva autocomprensión y una nueva forma de estar presentes en la historia. Fruto de ello fueron la Renovación, la Humanización y la Hospitalidad (como carisma y valor fundamental), que evocan las líneas orientativas que han regido su desarrollo en estas últimas décadas<sup>2</sup>.

En nuestra sociedad, nadie pone en duda el criterio de centralidad de la persona atendida en las instituciones sanitarias y sociales, y las leyes que defienden su dignidad, el respeto que merece y el derecho a la diversidad cultural y al pluralismo religioso.

La Orden, inserida plenamente en el tejido social, ha tenido como objetivo ya desde sus inicios, evangelizar el mundo del dolor y del sufrimiento a través de su modo de cuidar, promoviendo obras y organizaciones sanitarias y sociales que desean ofrecer una atención integral a cualquier persona<sup>3</sup>.

**1.** Marchesi, P. L. La Humanización, Secretariado Interprovincial de España, Roma. 1981.

**2.** Piles Ferrando, P. Siguiendo las huellas de San Juan de Dios hoy. Ediciones San Juan de Dios - Campus Docent. Barcelona. 2015. p 87-90.

**3.** Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Carta de identidad de la O.H. de San Juan de Dios. Roma. 2000. p.24.

Ello supone cuidar a la persona en su totalidad y poder abordar su dimensión espiritual en el quehacer asistencial no como algo tangencial, anecdótico o puntual sino desde el mismo corazón de la acción hospitalaria y social. Acción orientada a sanar la persona reuniéndola, ofreciendo sentido a la quiebra y fragmentación que conlleva todo sufrimiento humano y conectándola nuevamente con su fuerza vital para que pueda sostenerse y seguir su camino.

Para que se dé ese tipo de acción integral es necesario situar la dimensión espiritual al lado de las otras dimensiones que cuidamos: la física, la psicológica y la social. Ello supone un reto importante, pues las instituciones son cada vez más secularizadas y la sociedad contempla a la persona sobre todo desde su biología.

Si bien los modelos asistenciales optan ciertamente por la centralidad de la persona, la apuesta por la excelencia en la innovación y tecnificación de los procesos a menudo deja de lado el cuidado de su dimensión espiritual. Dimensión que, por cierto, muchos profesionales confunden con un modo particular de practicar la religión, por lo que en su mayoría la rehúyen.

Es mucha la tradición desarrollada a lo largo de estos cinco siglos por la Orden Hospitalaria en el ámbito de la espiritualidad. Tras la renovación llevada a cabo en estas últimas décadas, en diálogo con los cambios sociales y culturales, su reflexión en esta área se ha materializado en el documento **Pastoral según el estilo de San Juan de Dios**<sup>4</sup>.

En este documento se profundiza en los campos de la espiritualidad y la religión buscando una plataforma capaz de ofrecer un marco conceptual renovado a su modelo de atención pastoral.

Ello nos está permitiendo reformular la atención espiritual y religiosa en los centros de nuestra Provincia sin perder lo esencial de su identidad cristiana católica. Siguiendo esta línea, que da relieve a la espiritualidad, entendiéndola como la capacidad humana de orientarse

hacia el sentido y la plenitud (Dios, para el creyente), y que respeta las distintas confesiones religiosas y desea atenderlas, en nuestro último Capítulo Provincial (2014) se ha dado un fuerte impulso al tema de la atención espiritual focalizándola sobre todo en su vertiente terapéutica y asistencial.

Acorde a esta línea, desde la Pastoral Provincial estamos actualmente rediseñando los servicios de nuestros centros para poderlos insertar adecuadamente en la estructura que sustenta nuestro modelo de cuidar, y poder integrar a sus profesionales plenamente en la red asistencial.

Nos apoyamos en el derecho fundamental que tienen todas las personas asistidas al acompañamiento espiritual, independientemente de su orientación religiosa y su concepción de vida<sup>5</sup>. De este modo podemos garantizar el pleno desarrollo de la atención según el estilo juandiano, facilitando que todos los usuarios sean atendidos integralmente y hospedados evangélica y respetuosamente.

Nuestra atención espiritual se inspira en los textos fundacionales de la Orden y en los evangelios de la misericordia. De ellos extraemos los elementos primordiales que impregnan nuestro modo de actuar, que está adaptado a los diferentes sectores que atendemos según sus características especiales.

Nuestro talante de acogida, profético y misericordioso nos predispone a encarar el sufrimiento humano sin pasar de largo junto al hombre<sup>6</sup>. Esta afortunada expresión de P. Marchesi orienta nuestra mirada y acción asistencial desde la sensibilidad evangélica que desea llevar a todas las personas que sufren el mensaje de vida, de perdón, de alegría, de fraternidad, de comunión y salvación que proclamaron Jesús y sus seguidores al inicio de nuestra era.

Estamos convencidos que si somos capaces de comprender la enseñanza universal de los textos fundacionales y sentirnos en comunión con la experiencia de base que los mantiene vivos,

**4.** Orden Hospitalaria San Juan de Dios. La pastoral según el estilo de San Juan de Dios. Roma. 201. p. 55-59.

**5.** Declaración Universal de los derechos humanos, artículo 18. Asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales. Comisión Episcopal de Pastoral (CEE) (25 de julio 1987).

**6.** Marchesi; Spinsanti; Spinelli, Por un hospital más humano. Ediciones Paulinas. Madrid. 1986. p. 30.

## Experiencias:

El modelo de atención espiritual en los centros sanitarios y sociales de la Provincia de Aragón - San Rafael de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

LH n.316

podremos dialogar constructivamente con la diversidad y pluralidad de la obra, orientando el cuidado de la persona desde una apertura evangélica y universal, como lo hizo San Juan de Dios.

## 1/

# Organización de la atención espiritual y religiosa en la Provincia.

## 1/1

### Equipo Provincial.

Es importante señalar algo sobre la labor actual del equipo Provincial, responsable último de la implantación del nuevo modelo. Este equipo (dos profesionales y un hermano hospitalario) desarrolla su labor coordinándose con los equipos de los centros. Su actividad común se orienta a:

- Cuidar la presencia de los servicios en cada centro.
- Fortalecer la identidad de los equipos y profundizar en el carisma.
- Reflexionar y proponer los contenidos y estructura del modelo de atención espiritual respetando la particularidad de cada centro.
- Apoyar la transversalidad provincial (agudos, cronicidad, social, conocimiento).
- Proponer y apoyar proyectos formativos a nivel universitario. El curso 2016-2017 ofreceremos la tercera edición del **Posgrado Humanización y atención espiritual en so-**

**ciudades plurales**, en el que colaboran diversas instituciones de España e Italia. A él asisten no sólo los profesionales que se dedican plenamente a la atención espiritual sino profesionales de todos los ámbitos que desean formarse en estas materias.

- Abrir líneas de investigación a nivel provincial e interprovincial.
- Coordinarse con otras líneas transversales de la Provincia (voluntariado, obra social).
- Cuidar el cultivo de la espiritualidad juandiana para profesionales junto a los equipos de los centros.
- Interprovincialidad. La Orden está dividida por Provincias con un responsable de la atención espiritual en cada una de ellas. Tenemos encuentros por sectores asistenciales a nivel de España y Portugal lo cual nos permite abordar nuestros modelos debatiendo criterios y fortaleciendo acciones comunes. Anualmente se organizan dos encuentros sectoriales en diversas localidades de la península.
- Estar presentes y participar en la Región Europea.

## 1/2

### Colectivos atendidos.

Son muchos y variados los colectivos que atendemos: cronicidad, discapacidad, riesgo de exclusión social, infancia, migrantes, maternidad, mayores, pacientes agudos, salud mental, sinhogarismo. Todos ellos piden un acercamiento específico que deseamos cuidar integralmente.

A tal efecto, estamos desarrollando e impulsando, en diálogo con los distintos equipos de los centros, un modelo propio de atención espiritual distinguiendo el sector sanitario y el social.

Este modelo está adaptado a la complejidad de las estructuras organizativas de los centros, lo

Son muchos y variados los colectivos que atendemos y todos ellos piden un acercamiento específico que deseamos cuidar integralmente

## 2/

# El Modelo de Atención Espiritual en el ámbito sanitario.

cual permite atender con calidad y profesionalidad a todas aquellas personas que necesitan de nuestro servicio.

Contamos también con un centro de espiritualidad, Hospitalia, cuyo responsable es un hermano hospitalario capellán. Este centro, abierto al territorio, ha desarrollado una atención de sensibilidad interreligiosa. En Hospitalia se imparten cursos, se ofrecen retiros y se dispone también de un espacio de sanación holística.

## 1/3

### Personas que ofrecen la atención espiritual.

En el sector sanitario, actualmente en nuestra Provincia tenemos contratados nueve profesionales laicos la mayoría de los cuales lideran los equipos de atención espiritual junto a hermanos, hermanos capellanes, hermanas y sacerdotes diocesanos o de alguna otra congregación religiosa. Todos están coordinados por el equipo provincial y trabajan conjuntamente en dos líneas, agudos y cronicidad.

En el sector social no tenemos profesionales contratados específicamente. Un profesional de cada centro o fundación se responsabiliza de la atención espiritual y destina unas horas de su jornada para esta labor específica. La coordinación de la línea la lleva el mismo equipo provincial.

Junto a los profesionales de los diferentes ámbitos colaboran voluntarios preparados para la labor, aunque estos seguirán integrados en el voluntariado del centro y se regirán por su normativa.

7. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. La pastoral según el estilo de San Juan de Dios. Roma. 2012. p. 103-105.

Como hemos dicho anteriormente la Orden Hospitalaria ya hace años que reflexiona sobre el modelo de atención espiritual y religiosa que desea para sus centros. En su último documento de pastoral establece una implementación del Servicio en tres niveles<sup>7</sup>. Ello nos ha dado pie a formalizar lo que hemos denominado **Consejo, Equipo y Comisiones de humanización y espiritualidad**. Cada cual ocupa su lugar en la estructura y tiene su propia identidad y función.

El Consejo Pastoral, o más propiamente el **Consejo del SAER**, es un órgano que depende directamente de gerencia y vela por la identidad, orientación y desarrollo de la atención espiritual en cada centro. Está compuesto por siete u ocho miembros, profesionales representativos del centro, más la presencia de una persona externa conocedora del ámbito sanitario y espiritual. El Consejo orienta, asesora y reflexiona sobre el trabajo del equipo y recoge y evalúa su labor, siempre en diálogo con las líneas orientativas propuestas por la Curia Provincial, que a su vez sigue las directrices de la Curia General.

El **equipo** lo constituyen profesionales, formados en acompañamiento, humanidades y carisma, y conocedores del sector sanitario específico en el que desarrollan su labor. Están insertados en la plantilla del centro con contrato estable. La mayoría de equipos cuentan con la participación de un sacerdote hospitalario aunque algunos comparten sacerdotes diocesanos o de otras órdenes religiosas.

Son equipos de un sólo miembro o varios, dependiendo de las dimensiones de cada centro,

## Experiencias:

El modelo de atención espiritual en los centros sanitarios y sociales de la Provincia de Aragón - San Rafael de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

LH n.316

cuyos profesionales actúan por demanda directa o derivada atendiendo todas aquellas personas y familias que necesitan su atención específica. Indirectamente, los equipos colaboran y dan apoyo a los profesionales.

Las **comisiones de Humanización y Espiritualidad** están formadas por profesionales de diversos ámbitos y sensibles a lo espiritual. Penden directamente del equipo que es quien las convoca y organiza. Estas comisiones pueden ser estables en el tiempo o formarse en función de temáticas determinadas. Sus objetivos pueden ser varios: formativos, reflexivos, celebrativos, soporte a estudios e investigación, etc. A nivel de estructura, y acorde a la voluntad de dar una orientación más terapéutica al servicio, hemos reorientado la dependencia funcional de los equipos al ámbito asistencial.

Estamos formalizando las dependencias funcionales con las direcciones enfermeras o las que se consideren más oportunas, según la particularidad de cada sector. Ello nos permite desarrollar la labor de los equipos con una mayor inserción en el tejido asistencial, lo cual facilita nuestra presencia en los momentos en que somos necesarios. Las coordinaciones, establecidas por consenso con las direcciones, son básicas y el trabajo por derivación va ganando día a día mayor amplitud.

Nuestro objetivo en el sector sanitario es que los equipos de Atención Espiritual formen parte estable de los organigramas de cada centro, con dependencias consensuadas y clarificadas, y coordinaciones formales que puedan mantenerse en caso de cambio de profesionales.

Siguiendo también las indicaciones del documento antes mencionado, los equipos de cada centro están elaborando Planes Funcionales que nos permiten marcar estrategias cuatrienales y concretarlas en objetivos anuales. Las estrategias se formulan según los siguientes puntos:

1. Asistencia directa. Los planes permiten decidir en qué unidades y servicios vamos a actuar

y con qué acciones llevaremos a cabo nuestra labor (presencia directa, oración con los enfermos, talleres, meditación, arteterapia...) Uno de nuestros grandes retos es poder acceder a la historia clínica y poder registrar en ella nuestra intervención para facilitar la coordinación con los demás profesionales. Ello también nos sería de utilidad en la elaboración de memorias o trabajos de investigación. A estos efectos estamos trabajando para poder utilizar la taxonomía NANDA-NIC-NOC en lo que se refiere a la atención de necesidades espirituales (valores y creencias).

2. Formación. Resultan fundamentales las formaciones teórico-prácticas que los equipos imparten al colectivo asistencial. Estamos ofreciendo cápsulas formativas con el objetivo de aclarar conceptos y ayudar a visualizar la dimensión espiritual y religiosa de las personas que atendemos. Formamos no sólo en la vertiente de necesidades sino también en el de las capacidades. La formación también pretende dar herramientas de detección y atención, dar criterios para la interconsulta y ayudar a los profesionales a visualizar su propia espiritualidad.

También se preparan jornadas específicas de temas relacionados con la espiritualidad y humanización, y se ofrecen espacios de reflexión y debate centrados en la espiritualidad del modelo asistencial.

3. Liturgia y sacramentos. Los equipos cuidan los espacios litúrgicos y festivos ligados a la tradición de la Orden hospitalaria. También facilitan la administración de sacramentos a los pacientes que los soliciten. Para el caso de atender personas de otras religiones hemos hecho algún acuerdo de colaboración con el fin de facilitar la presencia de sus representantes religiosos.

4. Coordinaciones no asistenciales. Los planes funcionales también recogen las coordinaciones de los equipos fuera del ámbito directamente asistencial, como son las que tienen con los otros centros de las líneas de agudos

o cronicidad, con la iglesia local, con el voluntariado, o las participaciones en órganos como el Comité de ética del centro.

## 3/

### La atención espiritual en el ámbito social.

En junio del año 2003 la Orden Hospitalaria editó un pequeño documento, **La Orden Hospitalaria comunidad evangelizadora, desde los excluidos**<sup>8</sup>, donde quedaba reflejada su apuesta por la pastoral social. Este documento, vigente hoy, establecía los fundamentos teológicos y los principios y criterios eclesiológicos y carismáticos así como también las líneas operativas a desarrollar. Al igual que en el ámbito sanitario, para nosotros es importante que la acogida e intervención que desarrollamos con la persona que padece algún tipo de exclusión social o sinhogarismo sea integral y contemple su vertiente espiritual.

Los centros, fundaciones y programas del sector social tiene unas características distintas al sanitario no sólo por la tipología de las personas asistidas sino, sobre todo, por las dimensiones de los centros con estructuras de menor complejidad que en el sector sanitario y con equipos profesionales de dimensiones más reducidas. Ello nos permite otro tipo de relación y organización con los equipos teniendo en cuenta que el respeto y la apertura para con las personas con las que trabajamos y a las que atendemos son básicos en una población muy plural tanto a nivel cultural como religioso. La dirección de cada centro es la responsable última de la atención espiritual. Puede delegar en los responsables asistenciales. Actualmente no existe en todos los centros una comunidad de hermanos, lo cual significa una pérdida importante de presencia carismática. Ello nos impele a asegurar

una figura profesional que cuida especialmente esta área de la espiritualidad dedicando unas horas específicas de su jornada a atender las necesidades que surjan. También es importante la disposición de tiempo liberado para el trabajo en el grupo provincial, que en estos momentos de cambio es fundamental para la consolidación del modelo. Este profesional trabaja junto a un pequeño equipo colaborador de profesionales y voluntarios del centro, definiendo las líneas de acción que se llevarán a cabo o bien directamente o bien con otros profesionales. Nuestro objetivo es trabajar en equipo con los demás profesionales para ofrecer una atención integral. Ante el desconocimiento que hay actualmente sobre el tema de la espiritualidad estamos viendo la necesidad de ofrecer formación específica para que los profesionales puedan detectar, atender y cuidar, derivando si es preciso, las necesidades espirituales de las personas que acompañan. Estamos ofreciendo espacios de oración para usuarios, encuentros de espiritualidad para profesionales y profundización en temas carismáticos. Celebramos las fiestas respetando la diversidad confesional de las personas atendidas así como teniendo en cuenta la laicidad de los equipos. La universalidad del carisma y del mensaje evangélico nos permite ser creativos en este ámbito.

Concluimos este artículo con unas palabras del P. Marchesi editadas en 1985 y que siguen orientándonos aún hoy en nuestra labor.

**“El enfermo de hoy, más aún que de los medios técnicos más avanzados, tiene necesidad de Hospitalidad en el verdadero sentido de la palabra. Si el hospital no hospeda al hombre, a la totalidad del hombre, damos un gran escándalo y, además, negamos credibilidad a nuestro testimonio: los enfermos sólo podrán comprender algo de Dios cuando nosotros lo manifestemos a través de nuestra humanidad”**”.

8. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Provincia de Aragón - San Rafael. La Orden Hospitalaria, comunidad evangelizadora, desde los excluidos. Barcelona. 2003.

9. Marchesi; Spinsanti; Spinelli. Por un hospital más humano. Ediciones Paulinas. Madrid. 1986. p. 32.



**08/Recursos**

# 08/1

## Qué piden los enfermos a los Servicios de Asistencia Religiosa Católica

**Basilisa Martín Gómez,**  
Presidenta General de Fraternidad  
Cristiana de Personas con  
Discapacidad de España.

Escribo como enferma y comprometida en el mundo de la enfermedad, expresando lo que los enfermos piden a los capellanes y **personas idóneas** del Servicio de Asistencia Religiosa Católica en los Hospitales.

Tengo una larga experiencia personal en ingresos hospitalarios a lo largo de mi vida. Además conozco a muchas personas y he acompañado a bastantes, que han vivido igualmente ingresos hospitalarios, con las que he compartido su experiencia y la valoración del servicio religioso.

Hay bastante coincidencia en las peticiones que hacemos y que expreso a continuación:

- 1. Que el capellán tenga vocación para tratar con enfermos.** Que no lo haga solo por haber sido enviado por el Obispo y cubrir “el expediente”, sino que aproveche el envío para descubrir este mundo apasionante, para sensibilizarse, amarlo y vivirlo como un lugar privilegiado del Evangelio de Jesús y su preferencia por los pobres y los enfermos. Con esta actitud se puede provocar o descubrir la vocación por el mundo de la enfermedad y el sufrimiento. De no ser así el servicio se puede convertir para el capellán en una carga en lugar de una misión.
- 2. Que el capellán o persona idónea no llegue como alguien que viene de fuera para traer “la salvación”.** Que sea cercano, paciente, con capacidad para escuchar, lo que posibilitará la confianza en el enfermo para que, llegado el caso, pueda abrirse a él y expresarle sus preocupaciones, lo que necesita tiempo. Me viene a la mente una frase que empleaba el fundador de Frater, el Padre François: «No se abre un capullo de rosa a navajazos». Que disfrute durante el día de calor y durante la noche del frescor. Esperad..., no hagáis nada... He aquí vuestro capullo abierto.»
- 3. Que sepa acompañar.** Que no dé impresión de ir con prisa, no es necesaria una visita diaria pero sí intensa. Siempre habrá enfermos que necesiten más tiempo que otros, porque su

enfermedad sea más grave, tengan problemas personales, familiares... o estén más solos. A veces no se necesitan palabras, solo gestos, que sepa estar. Otras sí, que se siente un poco a conversar. Con interés por toda la dimensión de la persona, en ocasiones solo podrá tomar contacto desde la parte humana, pero sin dejar de realizar, en el momento oportuno, la dimensión y oferta religiosa.

- 4. Que se dirija a los enfermos como personas adultas,** que no les trate como niños. Que sepa compartir los momentos de enfermedad, a veces desconcierto, debilidad, inseguridad...

En un hospital la persona se siente vulnerable, desnuda, indefensa, pocas veces decide sobre su vida, todo se lo dan hecho, como mucho le dan un papel a firmar, el consentimiento informado, que la mayoría de las veces no lo lee, está en manos del médico y se fía de él, y si lo lee se le quitan las ganas de hacerse nada dado el peligro que entrañan las pruebas, aunque sea de un 1%. Si el capellán es cercano, quizá sea la única persona a la que le pueda expresar sus miedos y angustias. A sus familiares no quiere preocuparles y el resto del personal pasa tan deprisa que no hay un momento para las confidencias.

- 5. Que sea portador del amor de Dios revelado en Jesús** que se traduce en los gestos, palabras y acciones de Jesús para con los enfermos, en celebraciones religiosas, y en aceptación gozosa del encargo recibido. Para ser capellán o persona idónea del servicio religioso en los hospitales no solo es necesario ser “buena gente”, lo que se presupone, sino además prepararse adecuadamente para realizar la misión encomendada. Gracias a quienes realizan esta misión con dedicación e ilusión renovada.



# 08/2

## ¿Qué espera un profesional del Servicio Religioso?

**Margarita Patrocinio Pérez,**  
Hija de la Caridad y enfermera.  
Hospital Santa Bárbara de Puertollano  
(Ciudad Real).

Pertenezco a una Congregación que desde los orígenes se ha ocupado del servicio y atención a los enfermos. Gracias por la oportunidad de aportar mi pequeña experiencia en este Simposium de pastoral hospitalaria.

¿Qué pido yo como **personal sanitario**, como enfermera a los capellanes?, pues os pido muchas cosas, pero no os asustéis son muy sencillas.

Convencida de una afirmación que he oído a nuestra Madre General “**los pobres y en este caso los enfermos tienen el derecho de reconocernos**”, os pido

- Que se os vea, poder reconocerlos, identificarlos, que estéis presentes, que os podamos visualizar, saber vuestros horarios, cómo podemos buscaros, saber cuándo el capellán está en el hospital y cuándo no
- Que os acerquéis al control de enfermería, que nos saludéis, nos habléis y para los más virtuosos que os aprendáis nuestros nombres, es muy significativo cuando se llama a uno por el nombre.
- Que cuando se os llamen, vengáis y os hagáis presentes.
- Que seáis hombres vocacionados; que no os veamos tristes, amargados, de mal humor. A mí por ser Hermana en el hospital alguna vez me han dicho “**como está la Sor hoy, ha pasado mala noche**”, parece que los demás profesionales si pueden tener un mal día pero la Sor, y en vuestro caso los capellanes, no. Es cuestión de servicios, a mí cuando ingresa un paciente un poco especial, con alguna adición, suspicaz, complicado, etc., mis compañeras dicen “**ese para la Sor**” y yo os digo a vosotros, ese también para los capellanes, porque nosotros como consagrados debemos hacerlo.
- Que contéis con las enfermeras; nosotras sabemos más del paciente que el médico, él sabe el diagnóstico, pero nosotras a pie de

cama sabemos si ha pasado una mala noche, si ha tenido un disgusto familiar, y os podemos aconsejar e informar y deciros “**creo que ahora no es el mejor momento de tu visita o por el contrario, deciros que si es necesaria vuestra presencia**”, pero para ello tenéis que **patearos el hospital** como ya se ha dicho muchas veces en este Simposium.

- Que no os dé apuro hablar de Dios, que no os desaniméis en vuestra labor.

Que nos evangelicéis, no deis por supuesto que todas las enfermeras y personal sanitario y de otros servicios, por muy buena intención que tengan tienen una cultura religiosa. Yo me encuentro con compañeros que me hacen preguntas de niños de primera comunión, pero por lo menos tienen el interés o la curiosidad de hacerse esas preguntas. Vuestra presencia en los hospitales es evangelizadora.

La figura de las **personas idóneas**, me parece genial, me encanta esta figura, en los hospitales hay que seguir potenciándola, son de gran ayuda para los capellanes.

**Como persona consagrada que soy**, como Hija de la Caridad, os pido más, porque yo cada día me exijo más y mis compañeros y los enfermos me exigen más que a una enfermera seglar. Nosotros debemos dar ese “**plus**” que los demás esperan. Os exijo más, pero quizás también os comprenda más, porque sé de mis debilidades, de mis fallos, a veces de mi desgana, de mis impotencias,... Contad conmigo, como consagrada sé de vuestros cansancios como de los míos, pero me tenéis como persona de referencia para ayudaros, contad con las personas consagradas en los hospitales.

Sé que tenéis muchas tareas, que estáis a veces solos y poco acompañados, que quizás os falte mayor formación y preparación para este servicio, pero os digo que tenéis una hermosa misión que cumplir, no dejéis de hacerla, intentadlo por lo menos, daros tiempo, quizás lo que en un principio os daba miedo ahora os apasione,

bien sé que todos los comienzos son duros. A mí me destinaron a París sin saber hablar el idioma, pero comprendí que la enfermedad no entiende de ricos y pobres, de jóvenes o ancianos, no tiene edad y que llega a quien le llega en el momento que le llegue. Pero sí sé que los gestos, las miradas, el lenguaje no verbal es internacional.

El mundo del dolor y del sufrimiento siempre me ha interpelado, especialmente el mundo de la enfermedad y de la muerte. A mí me gusta mucho la palabra **consolación** del pasaje de Isaías, “**Consolad, consolad a mi pueblo dice el Señor, habladle al corazón...**”. Creo que estamos llamados a ser esos ángeles del consuelo en los hospitales.

Para mí, como decía mi fundador San Vicente de Paul, “**una Hija de la Caridad irá diez veces a ver a los enfermos y diez veces se encontrará con Dios en ello**”. Tengo la mejor vocación del mundo y para mí la enfermería me permite hacer esto realidad. Me encanta mi vocación y mi servicio de enfermera.

Sueño con un Servicio de Asistencia Religiosa estable. Sueño que para los pastores -Señores obispos- los enfermos sean verdaderamente una prioridad.

Y por último os pido, Capellanes, que si no podéis con este servicio, si os causa demasiada ansiedad, no pasa nada, tenéis muchos valores, todos no valemos para lo mismo y en el reino de Dios hay miles de formas de hacer. Pero por favor, por favor, si no podéis, si no os gusta, si estáis demasiado sobrecargados, hablad con vuestro obispo, exponedle vuestras razones. Este es un servicio demasiado delicado como para hacerlo tan a la ligera. Gracias.



# 09/Comunicado final

Al término del Simposio de Pastoral Hospitalaria, los participantes queremos comunicar lo que hemos visto y sentido en este encuentro a nuestras Iglesias locales, a los enfermos y sus familias, a los profesionales sanitarios, a los agentes de pastoral de la salud en los hospitales y en las parroquias y a toda la sociedad.

Hemos experimentado la presencia de Cristo en medio de nosotros, la fuerza sanante y salvadora de su vida, de su muerte y resurrección, y de los valores del Reino que él anunció sanando.

Hemos contemplado las luces y las sombras de los Servicios de Asistencia Religiosa Católica en los Hospitales (SARCH), sus dificultades y las grandes oportunidades de colaborar con el resto de los Servicios en la atención integral a los enfermos.

Nos sentimos llamados y enviados al hospital para ser “sacramentos vivos” del Señor y de su Iglesia, que pasa hoy junto a los enfermos, las familias y personal sanitario, mostrando la ternura y la misericordia de Dios a través de nuestra persona, nuestros gestos y palabras, aliviando dolores, consolando penas, compartiendo alegrías, avivando la fe, celebrando los sacramentos, orando con y por los enfermos, acompañándolos en el proceso de la enfermedad o de su muerte como paso a la Vida...

Somos conscientes de que esta misión hemos de realizarla, fijos los ojos en el Señor y dejándonos guiar por su Espíritu, en comunión

y corresponsablemente los presbíteros, religiosos y laicos que formamos parte de los Servicios Religiosos.

La misión en el hospital nos enriquece y nos ayuda a crecer y madurar, nos exige formarnos, trabajar en equipo, de manera organizada e integrada en el hospital y en comunicación con las parroquias.

Hemos de ser creativos, audaces, sabiendo que el camino es largo. Pero estar en el hospital nos desgasta y puede quemarnos; por ello necesitamos, además de la gracia del Señor, el apoyo y la ayuda de nuestros pastores y de nuestras comunidades.

El Simposio ha sido un encuentro fraternal y gozoso, de trabajo y oración, en el que hemos escuchado las aportaciones de las diócesis en los últimos años, las reflexiones de los ponentes, las experiencias de algunos Servicios Religiosos, lo que esperan de nosotros los enfermos, familiares y el personal del hospital.

Los participantes hemos aprobado algunas propuestas de futuro que compartimos con vosotros:

- **Formación: diseño de un plan de formación básica que capacite a toda persona que vaya a trabajar en un SARCH; e introducción de la pastoral de la salud en los planes de formación de los seminarios.**
- **Revisar los acuerdos entre las provincias eclesiales y las comunidades autónomas para ver en qué situación están.**
- **Trabajar en equipo dentro de los SARCH. Coordinación de carismas y tareas; con Planificación y evaluación (en el hospital y a nivel diocesano).**
- **Luchar por el reconocimiento del SARCH en el hospital: Darnos a conocer. Cumplir con nuestro compromiso de presencia en el hospital. “Profesionalizar nuestra tarea,**

no nuestra misión”. Incorporación en los Comités de Ética Asistencial.

- **Acompañamiento personal y pastoral a los capellanes y personas idóneas que se incorporen al SARCH. Cuidar el aspecto vocacional.**
- **Estudio de implantación de programas informáticos que faciliten un registro del trabajo y ayuden a cumplir la Ley de protección de datos.**
- **Elaborar un modelo común de memoria y planificación del SARCH.**
- **Propiciar encuentros diocesanos e interdiocesanos (SIPs) de Servicios religiosos hospitalarios.**

- **Acción pastoral con los profesionales del hospital. Conocer y dar a conocer ProSaC.**

- **Buscar cauces para potenciar la relación entre la pastoral hospitalaria y las parroquias.**

- **Promover el reconocimiento de la PS dentro de las Diócesis, incluir en los planes diocesanos y catequesis. Que las Delegaciones coordinen, estimulen y animen.**

Agradecemos la presencia del Secretario del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud y de los obispos que nos han acompañado. Agradecemos, también, el apoyo de quienes nos han acompañado con su oración.

**El Escorial, 15 de octubre de 2015  
Festividad de Santa Teresa**





LH n.316



## Ha muerto el cardenal Zygmunt Zimowski, president del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud.

Con motivo del fallecimiento de Mons. Zimowski, el Hno. José Luis Redrado dirigió unas palabras de pésame al secretario del Dicasterio, Mons. Jean Marie Mupendawatu:

“He recibido la noticia de la muerte de S.E. Mons Zygmunt Zimowski, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la salud. Me uno a ti y, en tu persona, a todos los Colaboradores del Pontificio Consejo. También mi afecto y oración para los familiares de Mons Zimowski.

Estos momentos son para unir afectos y oraciones por Mons Zimowski por quien

pedimos al Señor le conceda el descanso eterno. Esta paz y descanso, premio del Señor, que concede a cuantos han sido llamados a trabajar en su viña y, en este caso, una viña tan cercana al Evangelio como son los enfermos.

Más todavía, Mons Zimowski ha tocado con mano no solo el mundo de los enfermos, sino que la ha hecho más evidente con su propia enfermedad con la que ha tenido ocasión de una mayor identificación con quienes sufren y, sobre todo, con el Maestro, Jesús de Nazaret.

Que este año de la Misericordia haya encontrado nuestro queridísimo Mons Zimowski un abrazo fuerte y definitivo, paz y misericordia sin límites de parte del Señor.

Toda la familia de la Pastoral de la salud está en duelo, pero en permanente esperanza, porque es real la promesa del Señor: “Yo soy la resurrección y la vida, quien cree en mí, aunque muera, vivirá” (Juan 11,25).

El Hno. Redrado junto al Papa Francisco y al fallecido, Mons. Zimowski



# LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

[www.sanjuandedios.net](http://www.sanjuandedios.net)

