

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 34. Segunda época. Julio-Agosto-Septiembre 1982
Número 185. Volumen XIV

Director

ANGEL M.^a RAMIREZ

Redactores Jefes

Joaquín Plaza
José L. Redrado

Consejo de Redacción

Amado Palou. Cecilio Eserverri.
Juan Luis Alabert. Pascual Piles.
Alfonso Mendioroz.
José M.^a Sostres. José Sarrió.
Miguel Martín

*Administración, Publicidad
y Distribución*

José Esteve

Dirección

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
Barcelona 34

ISSN 0211-8262
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

- 124 LH OPINA - PASTORAL SANITARIA
- 126 SALUDO DE BIENVENIDA
Por José L. Redrado
- 128 FELICITACION, ALIENTO Y AGRADECIMIENTO
Por Mons. José M.^a Guix
- 130 LA VIDA, LA SALUD, LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE
Por José Manuel Arenal
- 134 EL ENFERMO, UN SER INUTIL
Por Mariano Galve
- 138 JESUS Y LOS ENFERMOS:
PRESENCIA Y ACOGIDA SALVADORAS
Por Mons. Javier Osés
- 142 SENTIDO Y VALORES DE LA ENFERMEDAD
DESDE EL PUNTO DE VISTA TEOLOGICO
Por Francisco Abel
- 145 LOS GRANDES JALONES HISTORICOS DE PRESENCIA
DE LA IGLESIA EN EL MUNDO DE LOS ENFERMOS
Por Antonio Borrás
- 149 LA ORACION EN LA ENFERMEDAD
Por Rudesindo Delgado
- 154 LA RELACION DE AYUDA EN LA PASTORAL SANITARIA
Por Antonio Gomis
- 158 PASTORAL DE ENFERMOS EN LA PARROQUIA
Por Mons. Narciso Jubany
- 160 PASTORAL EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
Por José L. Redrado
- 163 MESAS REDONDAS
- 163 I. PASTORAL DE ENFERMOS EN VARIAS PARROQUIAS
Presentación: Miguel Pessarrodona
- 170 II. EL SERVICIO RELIGIOSO EN LOS HOSPITALES
Presentación: Pascual Piles
- 177 III. FUNCIÓN Y DINÁMICA DE VARIOS SECRETARIADOS
Presentación: José Farrés
- 186 ACTO DE CLAUSURA

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

HAN COLABORADO EN ESTE NUMERO

FRANCISCO ABEL

Doctor en Medicina
Licenciado en Teología
Jefe del Servicio de Planificación Familiar
(Hospital San Juan de Dios, Barcelona)
Profesor de la Facultad de Teología, Barcelona

JOSE MANUEL ARENAL

Licenciado en Medicina y Teología
Coordinador Regional de Pastoral Sanitaria en Zaragoza

ANTONIO BORRAS

Licenciado en Filosofía y Letras
Profesor de Historia eclesiástica en la Facultad de Teología, Barcelona

RUDESINDO DELGADO

Director del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria

JOSE FARRES

Capellán de Hospital
Delegado diocesano de Pastoral Sanitaria, Vic

MARIANO GALVE

Psicólogo, Jefe del Servicio Religioso (Hospital Psiquiátrico San Baudilio, Barcelona)
Profesor de Psicología Clínica en la Escuela de ATS Psiquiátrica (San Baudilio)

ANTONIO GOMIS

Psicólogo
Director de la Escuela de Psicología Fundación Vidal y Barraquer, Barcelona

JOSE M.^a GUIX

Obispo auxiliar de Barcelona

NARCISO JUBANY

Cardenal-Arzbispo de Barcelona

JAVIER OSES

Obispo de Huesca

MIGUEL PESSARRODONA

Licenciado en Teología
Capellán de hospital

PASCUAL PILES

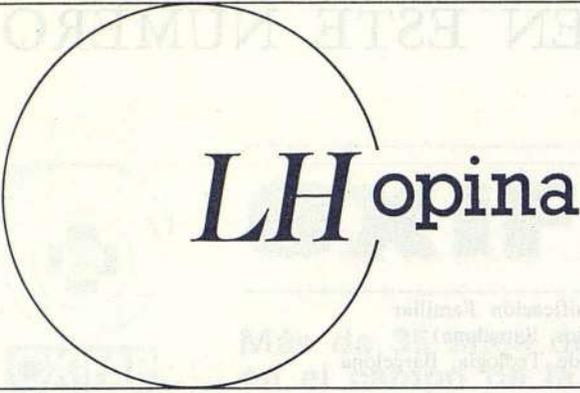
Licenciado en Teología y Psicología
Capellán de hospital

JOSE PONT I GOL

Arzobispo de Tarragona, Presidente de la Conferencia Tarraconense

JOSE L. REDRADO

Licenciado en Teología
Jefe del Servicio Religioso y Profesor de Etica en la E. U. E.
del Hospital San Juan de Dios de Barcelona
Coordinador de Pastoral Sanitaria en Cataluña



LH opina

PASTORAL SANITARIA

TODOS RESPONSABLES.

Este era el subtítulo del curso de pastoral sanitaria, celebrado en la Residencia Mater Salvatoris del Tibidabo (Barcelona). Este curso ha estado organizado por los Delegados diocesanos de Cataluña y Baleares y ha reunido durante los días 22 al 27 de febrero a 180 cursillistas, venidos de toda la geografía española; más de la mitad procedentes de Cataluña y el resto de Aragón, País Vasco, Reino de Valencia, Baleares, Castilla, Andalucía y Galicia.

El curso ha sido intenso y lleno de contenidos: la vida, la salud, la enfermedad, la ayuda que todo enfermo pide; se han desarrollado técnicas para hacer más cercana esta ayuda; se han expuesto criterios sobre la pastoral de enfermos en el hospital y la parroquia y sobre los secretariados que promueven y coordinan dicha pastoral.

Han sido unos días de escucha, de diálogo y comunicación de experiencias; varias han sido expuestas en mesas redondas, en especial las que se refieren a varias parroquias, hospitales y secretariados.

Los conferenciantes han realizado una gran labor de iluminación, han abierto caminos. Entre estos conferenciantes cabe destacar a Mons. Narciso Jubany, cardenal de Barcelona y a don Javier Osés, obispo de Huesca; a los padres Abel y Antonio Gomis, además de otros psicólogos y pastoralistas. Coordinó el curso José Luis Redrado, responsable regional de Cataluña y Baleares; lo inauguró Mons. José M.^a Guix y lo clausuró Mons. Pont i Gol, presidente de la conferencia episcopal tarraconense.

Decir que han sido unos días con un ambiente enriquecedor es casi superfluo; el mismo internado en el que se desarrolló el curso ha contribuido a ello, ya que aparte de las conferencias, diálogos y mesas redondas, hemos podido compartir la oración de la mañana y de la tarde en un gran clima de serenidad, de variedad y de fe; igualmente, hay que señalar los espacios

libres, tanto durante la jornada como después de cenar y que han servido para intercambiar ideas y experiencias los participantes de la misma diócesis, institución, etc. Hemos de subrayar en los participantes su responsabilidad, su entrega disciplinada y todo el ambiente alegre y receptivo que se respiraba. Que el curso ha sido bueno, muy bueno, se notaba en el ambiente y se ha constatado después en la encuesta que al final se realizó.

Creemos que el curso no sólo será un recuerdo que se llevan los participantes, sino también y, sobre todo, un convencimiento y una reafirmación, una mayor motivación para dar un paso hacia adelante, descubriendo la ayuda que nos pide el enfermo, descubriendo que son muchas las necesidades pastorales dentro y fuera del hospital y que no nos está permitido lamentarnos, esperar a que otros comiencen o sentirse derrotados antes de comenzar.

El grupo de participantes no ha formulado unas conclusiones, pero sí que se ha reafirmado en una serie de criterios y actitudes, imprescindibles si queremos que nuestra tarea pastoral sea viva, actual y comprometida. En concreto, fueron leídos en el acto de clausura los siguientes:

1. Reconocemos que no estamos solos. En estos momentos de grandes cambios históricos somos una comunidad que se reafirma en su vocación: nos sentimos enviados por la Iglesia para servir a la persona enferma.
2. Frente a una sociedad tecnocrática, que hace sentirse a la persona enferma como un ser *inútil*, tenemos que defender los derechos de esta persona enferma y fortalecer la idea de que no es productividad, deseo, poder; es proyecto, es esperanza y, en cualquier circunstancia, *es y tiene sentido*. No debemos imponer nuestros criterios y soluciones, sino posibilitar que el enfermo encuentre las suyas, adoptando actitudes receptivas y propiciando una ayuda, no compasiva sino compartida. Debemos dar al enfermo una atención *integral*, con gran *respeto*, pero con mayor participación y compromiso. Debemos dar una atención preferencial a los enfermos graves y problematizados, sin olvidar a sus familiares. Estamos convocados todos a *buscar y crear humanidad* en nuestro medio, sin *descalificar* a nadie y sin *evadir* responsabilidades.
3. Creemos que es más fácil superar el dolor en compañía que en soledad. Cuando es persistente, éste sólo puede tener sentido desde un marco de seguridad y de paz. Por eso, no se pueden ofrecer palabras y hacer gestos vacíos de significado. Así, entraremos en la lucha auténtica de evangelización y humanización, y evangelizamos, porque somos evangelizados por los más pobres.
4. Somos conscientes de que la enfermedad es un momento privilegiado para la oración. Desde el que se queja contra Dios por su enfermedad hasta el que madura desde ella y reconoce el misterio, oremos con el enfermo, respetando su forma de expresión y educándole.
5. Sentimos la urgencia de formar un equipo pastoral, con una organización, aunque sólo sea mínima. Debemos empezar a unir nuestras inquietudes *ya*, desde este momento; es urgencia que nos piden los enfermos, es urgencia de nuestra profesionalidad sin regateos, es urgencia, porque también nos lo pide nuestro carisma de servicio al hombre que sufre.

LABOR HOSPITALARIA ofrece en el presente número el material base que se dictó en el curso; conscientes, no obstante, de que aunque no refleja todo lo que fue y se vivió por dentro, es un material interesante y práctico; así lo creemos,

SALUDO DE BIENVENIDA

JOSE L. REDRADO

Un saludo cordial a todos los presentes, a todos cuantos vais a compartir este nuevo curso de Pastoral Sanitaria, organizado por los delegados diocesanos de Cataluña y Baleares; en su nombre, como coordinador del grupo, sed bienvenidos.

Desde el inicio queremos deciros que no queremos que sea un curso más; es mucho el sacrificio que habéis hecho como para que esto se convierta en una cosa más de las tantas que hacemos. Habéis venido de toda la geografía española, y vuestra presencia nos obliga a los organizadores a una mayor responsabilidad.

Aunque el curso se pensó primero para Cataluña y Baleares, nos dimos cuenta de la necesidad de abrirlo a otras regiones y provincias, a fin de que el esfuerzo y la experiencia se multiplicasen y sirvieran para un mayor enriquecimiento. Nos alegra el abanico de representaciones diversas y lo numeroso y cualificado del auditorio. Venís de Aragón, de Baleares, del País Vasco, de la Comunidad Valenciana, de Cataluña, de Andalucía, de Castilla y de Galicia. Total, casi doscientos participantes. Nos alegra la representación de los seglares —enhorabuena— porque es una respuesta que seguro está preñada de inquietud y novedad. Querríamos más presencias de capellanes de hospital y lo mismo agentes de pastoral en las parroquias.

¡Ojalá que lo que no hemos obtenido en cantidad lo hayamos conseguido en calidad, en entusiasmo y responsabilidad! No lo dudo. Sed bienvenidos.



Presidencia en el acto inaugural

El curso tiene una formulación bien definida: Pastoral Sanitaria. No soy yo quien os va a explicar *qué es y qué significa la pastoral sanitaria*.

A lo largo del curso, con los diálogos, con el intercambio de experiencias, podremos salir todos más iluminados, más reafirmados, más convencidos y comprometidos; eso es lo que pretendemos con el curso. Si lo conseguimos, pero entre todos, habremos cumplido la finalidad no sólo para estos días, sino también en lo que significa de compromiso y de tarea pastoral allí donde nos encontramos.

Esperamos que toda la trama del programa, su dinámica y la respuesta de cada uno de nosotros hará más posible, más nueva, más convencida y más eficaz la presencia de la Iglesia ante el enfermo: presencia en las planificaciones sanitarias, presencia en los centros hospitalarios, presencia en los domicilios donde detrás de la fachada sufre alguien, un hombre está enfermo, un hombre se muere.

Es nuestro deseo —y el mío quiero expresarlo muy particularmente— es nuestro deseo que este curso sirva para algo; nos desperece, nos haga más creativos, más imaginadores, más comprometidos; nos convierta a todos un poco más y se note en el ambiente, y ello será realidad cuando los demás noten que el enfermo está en el centro de nuestros desvelos, organigramas, papeles, preocupaciones... Será realidad si nuestra palabra, nuestro gesto, nuestras actitudes están a favor del hombre, de todo hombre enfermo.

Os invitamos a una relectura pausada del programa para que os impregnéis de su contenido y dinámica y para que entre todos hagamos posibles los objetivos que pretendemos.

Queremos que el curso no se convierta sólo en conferencias y mesas redondas, queremos que se comparta también a otros niveles: experiencias, planes pastorales, caminos recorridos, dificultades, esperanzas que se abren...

Y por ser un curso de pastoral sanitaria, para personas agentes de la misma, queremos compartir también la fe; para ello celebraremos comunitariamente dos momentos importantes del día: Laudes por la mañana y Eucaristía por la tarde; deseamos que sean espacios en los que la Palabra de Dios nos ilumine y nos comprometa en un mayor servicio a los enfermos.

Pero no sólo eso, queremos también compartir e intercambiar la alegría y las cualidades humanas y por ello dedicaremos especialmente algún espacio al *Tibilorio*, a la fiesta.

Y un deseo final: que entre todos formemos un buen ambiente; que todos nos sintamos a gusto, que aprovechemos todas las circunstancias que el curso nos brinde y que, al final, sintamos en el ambiente y en cada uno que estos días han merecido la pena. Gracias.

FELICITACION, ALIENTO Y AGRADECIMIENTO

MONS. JOSE M.^a GUIX

Obispo Auxiliar de Barcelona

Queridos amigos:

Mi intervención está fuera de programa. No era en absoluto necesaria pero quizá tampoco esté de sobra. Viene a ser como el *prólogo* o *prefacio* que figura al principio de los libros, que suele estar impreso en otro tipo de letra y con numeración distinta en sus páginas, y que muy pocos leen porque, frecuentemente, no ofrece nada de interés al lector.

Sin embargo, ante la presencia de un grupo tan nutrido de cursillistas en nuestra ciudad y diócesis de Barcelona, con mucho gusto he aceptado estar presente en el acto de apertura de este CURSO DE PASTORAL SANITARIA y, en nombre del Señor Cardenal, de los Obispos de la Conferencia Episcopal Tarraconense y propio, dirigiros unas palabras breves y sencillas.

ANTE TODO, UNA PALABRA DE SALUDO Y BIENVENIDA

Palabra cordial y llena de afecto para todos cuantos vais a participar en este curso: organizadores, conferenciantes, cursillistas... Pero, en vosotros y a través de vosotros, deseo que mi saludo, afectuoso y agradecido, llegue a todos cuantos trabajan en este campo tan humano y tan cristiano del servicio a los enfermos y de la atención pastoral a los mismos y a cuantos, de una manera u otra, se mueven a su alrededor. La misión altísima que desempeñáis, os convierte en el buen samaritano del Evangelio y os estimula a vivir cada día más plenamente la consigna de Cristo, que vino «no a ser servido sino a servir» y, como él, a pasar por este mundo «haciendo el bien».

TAMBIEN UNA PALABRA DE FELICITACION Y AGRADECIMIENTO

Al Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, a la Coordinadora de Cataluña y Baleares, a todos cuantos trabajáis en este campo:

— Al Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, dependiente de la Comisión Episcopal de Pastoral, y a su Equipo Nacional. Aunque muy jóvenes en años (el Secretariado fue creado oficialmente en 1972 y el Equipo en 1976) son muchas las realizaciones que han llevado ya a cabo, el fruto cosechado gracias a sus esfuerzos es abundante, y el que esperamos recoger en el futuro todavía es mayor.

— A la Coordinadora de las Delegaciones de Cataluña (últimamente aumentada con la incorporación de las Delegaciones de las tres diócesis de Baleares), que con sus reuniones, cursos, conferencias y encuentros sobre los temas más acuciantes, con sus publicaciones e informaciones diversas, va manteniendo encendido —a nivel regional y diocesano— el interés por una atención cada día más efectiva, generosa, humana y cristiana al enfermo y al variado complejo de personas que le rodea.

— A todos cuantos trabajáis en este campo, en particular a cuantos habéis venido a este cursillo, y de una manera muy especial a los que procedéis de fuera de Cataluña, ya que vuestro esfuerzo y vuestro sacrificio son mayores,

**NO PUEDE FALTAR
UNA PALABRA
DE ALIENTO**

En estos tiempos en que el consumismo y el materialismo lo invaden todo, y en que los valores en alza son la eficacia, el éxito..., hay que repetir muy alto que vale la pena trabajar para dar a nuestro mundo un *suplemento de alma*. Los papas y un puñado de pensadores clarividentes vienen acusando a la humanidad de una desproporción creciente en el crecimiento de su cuerpo y de su alma: el cuerpo ha crecido desmesuradamente (no tenemos nada que objetar a ello porque es conforme al designio de Dios) pero el alma sigue siendo un alma afectada de raquitismo, un alma de niño, de pigmeo... (en esta desproporción está el desorden y el peligro). Somos especialmente nosotros, los creyentes, los que tenemos que dar a nuestro mundo este *suplemento de alma*, que tanto necesita, e intentar equilibrar el crecimiento de su cuerpo (técnica, bienestar, etc.) y de su espíritu (educación, valores éticos, sentido religioso, etc.). Por esta razón Pablo VI y Juan Pablo II han repetido tantas veces que lo que importa no es *tener más*, sino *ser más*; como lo vienen afirmando también una serie de hombres ilustres: G. Marcel (*Etre et agir*), B. Staehlin (*Haben und Sein*), E. Fromm (*To have or to be?*), etc.

Así, pues, yo os aliento a aprovechar bien estos días. Que os estimule a ello el recuerdo de nuestros hermanos enfermos, a los que queréis servir de la forma más eficaz posible, y la conciencia de ser depositarios de la confianza de la Iglesia, que os ha confiado la misión de continuar en el mundo su predilección por los más débiles y necesitados.

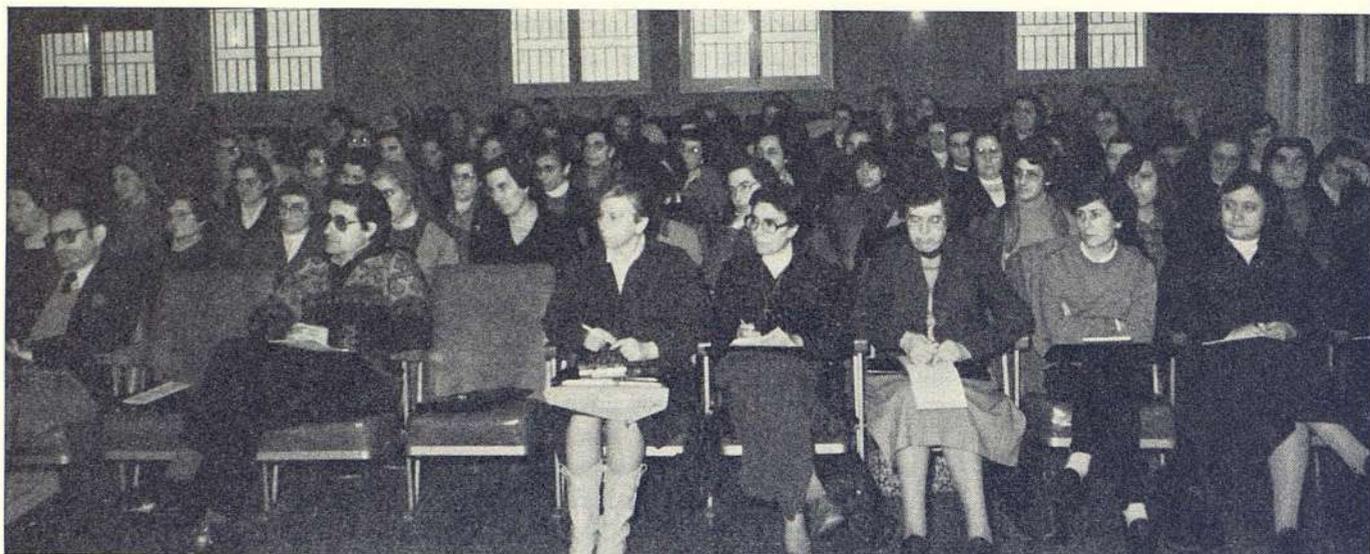
A través de las conferencias, coloquios y exposición de experiencias, formaros una idea —lo más exacta posible— de la realidad que os rodea (necesidades, efectivos con que se cuenta, obstáculos a superar...); tomad conciencia de la complejidad del campo en el que trabajáis; procurad alcanzar una formación concienzuda y seria en el campo técnico, humano y pastoral; ensanchad los horizontes, buscando la manera de sensibilizar a todo el Pueblo de Dios para que —como ya se va consiguiendo en otras acciones eclesiales (v. gr., la catequesis, Cáritas, etc.)— sea toda la comunidad cristiana la que se sienta responsable de la pastoral sanitaria; buscad con interés la coordinación de los hombres y mujeres, instituciones y movimientos que vuelcan su acción sobre los enfermos y las personas que giran en su alrededor... Es tanto lo que hay que hacer que, aun trabajando todos aunados y con entusiasmo, quedarán muchas parcelas sin atender. Superemos, pues, las envidias, los celos, el afán de protagonismo; no nos pongamos mutuamente la zancadilla ni nos estorbemos en nuestro trabajo; coordinemos nuestros esfuerzos de una manera racional y eficaz... ¡Dios lo quiere y los enfermos lo necesitan!

**FINALMENTE,
UNA PALABRA LLENA
DE BUENOS AUGURIOS**

Ojalá que esta estancia en esta residencia *Mater Salvatoris*, del Tibidabo, deje en todos vosotros un recuerdo muy grato. Trabajad, rezad y disfrutad juntos.

Procedéis de diversas regiones de España. La feracidad de los deltas es debida a que se han ido formando con tierras de aluvión arrastradas por las aguas desde diversas comarcas. También vosotros, durante estos días, viviréis esta realidad en un plano humano y eclesial. ¡Ojalá forméis un delta fecundo para el enriquecimiento de todos!

He empezado diciendo que mis palabras eran como esas páginas, fuera de texto, que se ponen al principio de los libros y que muy pocos leen por su frecuente falta de interés. Recogiendo otra vez la imagen, quiero acabar mi parlamento con la frase que antaño solía ponerse al fin del *prólogo* o *prefacio* de los libros: *Faxit Deus!*, que quiere decir *Dios lo haga* o *¡Que así sea!* Que estos deseos que os he manifestado en nombre del Señor Cardenal, de los Obispos de la Conferencia Episcopal Tarraconense, y propio, se conviertan en una feliz realidad. *Faxit Deus!*



Aspecto parcial del aula

LA VIDA, LA SALUD, LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

INTERROGANTES PARA EL HOMBRE DE HOY

JOSE MANUEL ARENAL

INTRODUCCION

Se ha afirmado, y con razón, que la aparición de la civilización técnico-industrial ha sido la mayor revolución cultural de la historia de la humanidad, después del neolítico.

Los cambios culturales producidos a consecuencia del poder de manipulación del cosmos —tanto del macrocosmos como del microcosmos— que el hombre de esta civilización ha conseguido, son numerosos y profundos, a la vez que imparables.

Esto ha llevado consigo, inevitablemente, un planteamiento de valores también nuevo.

Y en consecuencia, una visión del cosmos, de la existencia, del hombre y de Dios, si no necesariamente distinta sí al menos nueva y, en cualquier caso, crítica:

— La visión del cosmos cada vez más desmitificada y menos sacralizada.

— La existencia del hombre como una tarea, como una responsabilidad, como un riesgo, en el que se decide la libertad.

— El hombre como ser-en-el-mundo, fruto de un proceso evolutivo de la vida, en el cosmos, con un parentesco *natural* con todo, que sólo le distingue —según algunos— el diverso nivel evolutivo y adaptativo en que se encuentra.

— La conducta humana posibilitada de una educación behaviorista que la arranque del dominio de la agresividad y de la violencia, y logre una armónica integración comunitaria.

— Dios cada vez más ignorado y preterido. No atacado como en otras épocas, sino olvidado, borrado. Y para los todavía creyentes más Padre que Juez; más bueno que *justo* (remunerador, medidor), que da más que pide y que no juzga al hombre según la ley sino según su amor infinito.

Pero al mismo tiempo, una serie de realidades dolorosas (¿negativas?), como la enfermedad, la muerte, los accidentes de trabajo y de tráfico, las «enfermedades de la civilización» (stress, neurosis, contaminación, progresivo deterioro ecológico, etc.), el hambre, la guerra permanente..., cuestionan en el hombre de nuestro tiempo su *conciencia* de poderlo todo, de poder llegar a todo.

Y así, *la vida, la salud, la enfermedad y la muerte*, plantean interrogantes profundos de significación y de sentido, de comprensión y de valoración nuevos y, a veces, dramáticos.

LA VIDA

Es la primera realidad con la que el hombre se encuentra y la raíz de base de todo lo demás.

Quizá por lo mismo, la *vida* ha sido objeto apasionado y apasionante de estudio, de conocimiento, de explicación. Y así resulta desconcertante, y aun paradójico, el espectro de actitudes frente a la *vida*.

Pues la *vida* presenta para el hombre de hoy una múltiple gama de problematidad, y de interrogantes por ello.

El hombre moderno ha llegado a unas posibilidades de manipulación de la *vida*, a unas posibilidades de destrucción masiva de la misma nunca hasta ahora ni siquiera imaginadas; hasta el punto de tener que preguntarse dónde empieza la responsabilidad humana y dónde termina el señorío del hombre sobre el cosmos. La tentación del poder político y del poder manipulador (como nuevo *aprendiz de brujo*) late en muchos rincones del mundo moderno.

La vida defendida y valorada

Por un lado la *vida* defendida como derecho primario y básico (Declaración de los Derechos Humanos, de las Naciones Unidas; Constitución Española 1978, art. 15). La *vida* humana como el valor más alto del cosmos, por su cualidad de vida personal, libre, irrepitable, sin poder alguno sobre ella en el mundo (supresión de la tortura, de la pena de muerte, etc.). La ciencia y la técnica volcadas a posibilitar la vida humana al máximo (unidades de cuidados intensivos, incubadoras..., Instituciones Prominúsculos físicos y psíquicos, esfuerzos ecológicos...).

La vida atacada

Por un lado la *vida* valorada como el primero y fundamental Derecho, por otro la posibilidad de destrucción masiva de muchas vidas en una posible intervención atómica. La *vida* como algo manipulable, controlable, suprimible... ¡y qué fácil a veces! Quizá es la tremenda paradoja..., es más fácil suprimirla que potenciarla. Junto a ello en esta paradójica violencia contra la *vida* el hecho del aborto voluntario, incluso legalmente autorizado, cada vez más extendido en nuestro mundo; las pretensiones eutanásicas, la guerra permanente en un lugar o en otro, el mantenido subdesarrollo inhumano en tantas zonas del planeta, las persecuciones políticas a muerte, el peligro nuclear...

Quizá en el fondo encierre esta lucha contra la vida un interés por la *vida* entendida desde el planteamiento egoísta de mejor calidad de vida para los fuertes, los sanos, los poderosos..., o los soberbios.

La vida controlada

En el mejor de los casos, el intento de una paternidad responsable: a partir del derecho a vivir, pero a vivir como personas, procurar procrear de acuerdo con las posibilidades reales de ayudar a ser y vivir como personas a los hijos que se tengan.

Pero es verdad también, y con harta frecuencia, que el control de natalidad tiene en muchísimas ocasiones una motivación egoísta, hedonista, y en cualquier caso inhumana o humanamente inmadura e irresponsable. Pero el hombre sabe que puede controlar su trasmisión de la

vida y que puede planificar voluntariamente la natalidad.

Mas lo que puede —y debe— ser un ejercicio de humanidad más adulta y preparada puede convertirse en una loca pretensión de sentirnos dioses sin Dios.

La vida manipulada

Decíamos más arriba que la *vida* puede ser manipulada hasta límites ayer insospechados: la ingeniería genética, la fecundación artificial, los bancos de semen, la pretendida *selección genética* (superdotados, genios, etc.) la fecundación in vitro, el clonaje, los transplantes orgánicos.

Los riesgos históricos de estas iniciativas cuestionan y muy seriamente la responsabilidad del hombre de hoy, que precisará de criterios éticos y antropológicos muy serios y firmes para que «no se le escape el tren»...

La vida para el hombre de la cultura científico-técnica ha perdido valor sagrado de *intocable*. Siente que es algo que puede estar a su merced... ¿para bien o para mal?

La vida investigada

La preocupación manipuladora pero «salvando el respeto a la vida humana personal» ha llegado a la investigación de la vida. ¿Qué es realmente la *vida*? ¿Cómo surge la *vida* en el cosmos? ¿Podría *sintetizarse* un ser vivo organizado? ¿Cuándo comienza la *vida* a ser vida humana?

El tema del aborto como posibilidad de evitar (¿o suprimir?) un hijo no deseado ha llevado a los investigadores a buscar científicamente los elementos que aseguren una vida humana personal en el proceso de la gestación. La *vida* investigada se hace así del manejo del hombre... ¿para hacernos más libremente solidarios y más hombres? ¿o para que siga prevaleciendo la ley selvática del fuerte sobre el débil?

La vida enfrentada

Pero la *vida* cuestiona al hombre actual también desde otras perspectivas: el hecho del vivir en el *nosotros*. La convivencia, lo colectivo, lo comunitario.

La *vida* de la gran ciudad prototípica de nuestro tiempo tantas veces anónima, masificada, impersonal, con relaciones humanas casi exclusivamente funcionales sin huecos para la conversación gratuita, para el amor sereno y no crispado, para el diálogo despacioso y consolador... ¿hacia dónde va la historia?

Es, por otra parte, pero más sofisticada e instrumentada la eterna lucha entre individualismo y socialidad.

Por un lado existe indiscutiblemente reconocido en declaraciones y compromisos políticos, la autonomía y la libertad inalienable de la persona, mas por otra, está la necesidad de los demás, para sentirse y realizarse como persona humana. Síntesis difícil que sólo el amor inteligente logrará, pero que está muy lejos de ser realidad en nuestro mundo.

Y así se producen o rabiosas tiranías dictatoriales más o menos sutiles, con imposición del que más puede, o bien colectivimos masificadores, forma no menos sutil de tiranía, que salva lo común y mata lo genial.

La vida compartida

Hay sin embargo también un auténtico *revival* de otro aspecto importante de la vida humana: la *vida* compartida, vivida en común.

La revalorización de la pareja, como experiencia de comunicación interpersonal, en el respeto de la mutua libertad. El valor del grupo, de la reflexión en grupo, de las puestas en común de trabajos, actividades o estudios.

Las pequeñas comunidades de vida, de amigos o compañeros que comparten la vivienda, las horas de hogar, el dinero, la comunicación...

La actualidad del trabajo en equipo, con todo lo que tiene, no sólo de eficacia laboral, sino de potenciación de las personas, de responsabilidad compartida, de estímulo mutuo...

El tema de las regiones naturales a la hora de una programación política, como vivencia socio-cultural de afinidades y de historia común, valorando lo cualitativo y personal, más que lo cuantitativo y legal.

Todo el movimiento de superación de barreras separadoras: ciudadanos del mundo, turismo juvenil como impulso y experiencia de compartir, convivir...

Los esfuerzos de tantos grupos e instituciones por superar tantas indigencias en el llamado Tercer Mundo, por la integración social de grupos étnicos tradicionalmente marginados (los gitanos, los indios de EE. UU., etc...).

A la vez que en nuestra historia actual siguen existiendo, y aun luchando por permanecer, formas de vida humana que no permiten a todos de manera personal y libre y planificadora, se dan —y en no poca medida— situaciones y esfuerzos de solidaridad, de liberación, de respeto y promoción de los derechos del hombre.

Es la ambivalencia constitutiva —histórica y biológica— del ser humano de todos los tiempos, «mezcla de arcilla y de Dios», en palabras del poeta Gabriel y Galán.

LA MUERTE

La muerte es hoy día uno de los temas tabú. Vivimos de espaldas a la *muerte*, como *ignorándola*, como si prescindiendo de su fatalidad pudiéramos eludirla.

Si en otras épocas pensar en la muerte y tenerla en cuenta coloreaba la vida, la orientaba, le daba sentido, en nuestra cultura la muerte, el tema de la *muerte*, altera la vida, la desconcierta. Vivimos quizá demasiado embriagados en el presente, hemos perdido el diapasón para lo trascendente, y la *muerte* nos cuestiona de manera poco tranquilizadora.

Sin embargo, el «existencial futuro más cierto que nos espera» (Heidegger) es la *muerte*. De nada podemos tener más seguridad que del hecho de nuestra muerte.

Pero a pesar de ello, la *muerte* se olvida y más aún se la oculta, se la ignora, se evita el hablar de ella, como si se tratara de un tema pornográfico del que no es elegante ni de buen gusto el hablar.

Y sin embargo, sabemos ¡y con qué trágica experiencia! que la muerte nos espera detrás de tantas esquinas de la vida inesperadamente concentrada como *riesgo* de tantas situaciones (infartos, accidentes de tráfico, de trabajo, terrorismo...).

Aunque es cierto, como afirma J. P. Sartre, que una es la manera de hablar y de vivir la muerte de los otros, y

otra bien distinta, y de otro talante problemático, vivir la propia muerte.

Pero en cualquier caso la muerte sucederá para el interesado y para los otros como broche terminativo de una vida realizada; o como descanso al fin de un proceso doloroso irreversible; y será siempre un fin imprevisto, humanamente frustrante, y como fracaso (¿absurdo?) en una vida joven, fecunda y esperanzada.

Pues, si es verdad que «nada más nacer ya tenemos madurez para morir, no es menos cierto que a la hora de morir siempre podríamos esperar un poco» (Paul Claudel).

Pero la muerte será siempre la *frontera* de la lucha de la medicina.

Cuya tarea mágica y espléndida ha sido siempre empeñarse en evitarla o al menos en alejarla. Y hoy también.

Pero la medicina actual se encuentra en una alternativa nueva: la de respetar la condición de mortal de todo ser humano. Hoy podemos técnicamente manipular la *muerte* (distanasia), no dejar morir al que de sí tendría que estar muerto, al menos «no dejarlo morir del todo». Y el hecho médico se encuentra con la exigencia de respetar el derecho a morir, más aún el derecho a morir con dignidad, a morir como persona, humanamente, en esa misteriosa afirmación de la propia libertad que aceptar la muerte inevitable. Frente a la tentación del *aprendiz del grupo* la experiencia humilde de respetar al Hombre.

Pero hoy como siempre el hombre vive en su muerte la falta de sentido de una vida horizontal y sin trascendencia, aun pagada de todos los hedonismos y vanidosas satisfacciones de una civilización consumista e inconsistente..

Y el suicidio, no tan raro actualmente en *estrellas* de todos los campos de la actividad humana, muestra no ya el absurdo de la muerte sino el absurdo de cierta forma de vida.

Y ¿no es quizá el suicidio una forma aunque equivocada de *trascender la vida*, de buscar más allá de la vida (incluso en la no-vida) lo que la vida en sí misma no nos puede dar?

Por ello, quizá como nunca, la tarea de los cristianos sea mostrar con eficacia convincente cómo la *muerte de Cristo* es realmente la apertura a la vida, la propuesta de una resurrección personal plenificante, realizadora. Pues la salvación de Cristo es más que simple inmortalidad, es posibilidad de *realización personal plena y segura*.

Por eso «velar se debe la vida de tal suerte que viva quede en la muerte» (Ex libris de Concha Espina).

LA ENFERMEDAD

En el proyecto utópico de vida satisfecha y plenamente gozada propia de una mentalidad ingenuamente consumista, que ha mitificado el poder de la técnica, la enfermedad es un hecho no sólo incómodo sino irritante.

Surge la *enfermedad* como limitación, como impotencia, como obstáculo o interrupción del proyecto personal.

En la *enfermedad somática*, experimenta el enfrentamiento de sí mismo con el propio cuerpo que en esta situación se hace enemigo, causa de sufrimiento, que se resiste a su voluntad y a su dominio.

En la *enfermedad dolorosa* se hace álgida dicha expe-

riencia —como algo inhumano— provocándole las más variadas y sucesivas reacciones (irritación primero, rebeldía después, procurando la evasión más tarde, acabando quizá resignándose y en algunos casos asumiendo en la responsabilidad el hecho del sufrimiento ineludible).

La *enfermedad crónica* incluso no específicamente dolorosa, lleva consigo la experiencia de la propia insuficiencia, de la propia contingencia creatural (I. E. vivientes *consentidos*, deudores, dependientes, mortales). La muerte es siempre un horizonte posible en todo trance de enfermedad vivenciado como más próximo que en el estado de salud, con todas las actitudes y reacciones que la muerte provoca en el hombre de nuestro tiempo. La enfermedad como anuncio y presagio de la muerte.

Algo que caracteriza a este hombre de hoy frente a la enfermedad es su menor capacidad para la resignación y la paciencia. Tiene una utópica confianza, por lo menos inconsciente en la ciencia y en la técnica; y se irrita contrariado, atribuyendo culpabilidad a una inadecuada asistencia, o a un insuficiente interés en el estudio de su caso lo que considera un fallo, cuando no obtiene la curación apetecida o a su tiempo.

La enfermedad, no obstante, cuestiona como siempre al hombre y le hace entrar en sí mismo, encontrarse consigo mismo y descubrir la propia verdad.

Y aunque es, y muchas veces, un riesgo de egocentrismo y de tiranía sobre los demás —en un trastoque abusivo de la situación de dependencia que vive respecto de ellos—, no es menos cierto que puede ser también ocasión excepcional de descubrir con gratitud la necesidad que tenemos de los otros, y valorar precisamente esta relación y esta presencia. Puede ser experiencia de solidaridad.

Es, en cualquier caso, un momento conflictivo para la persona, que puede provocar ruptura e infantilismo o bien maduración y adultez personal.

LA SALUD

Realidad compleja y aspiración utópica: la vida vivida sin trabas, ni recortes en sí misma. «Estado de bienestar físico, psíquico y social» (OMS).

La *salud* como apertura y entrega y disfrute de la vida.

La *salud* como clima del compartir, con la naturaleza, con las cosas, con los otros...

- Como capacidad de apertura y de altruismo.
- Como impulso a vivir.
- Como capacidad vital de actividad creadora, transformadora y dinámica.

Y aunque es cierto que el hombre de antes y de ahora, en cuanto persona es capaz de superar la falta de *salud* y bienestar físico o psíquico o social, y realizarse hasta en la genialidad (dígase de tantos artistas y santos...) es verdad también que todos tenemos la segura impresión y la aspiración de que la salud posibilita y hace más fácil todo desarrollo y fecundidad personales.

Por eso la *salud* es una aspiración radicada en el fondo

de todo hombre normal. Sólo el deprimido, el inmaduro, el histeroide, buscarán en la enfermedad —y esto como arma sustitutiva— un refugio o un trampolín para lograr la apreciación de los demás que de otro modo piensa no lograrla.

Por ello también es hoy una exigencia común, vivida y muchas veces también manifestada, la salud como un derecho fundamental, anejo y consecutivo al derecho a la vida. Y, consiguientemente, derecho a una adecuada asistencia sanitaria, cuando la salud se pierde.

Y todo hombre siente hoy este derecho (no sólo la necesidad) y reclama instituciones, personas y atenciones suficientes.

Hay una indudable valoración de la *salud* y por ello una promoción, al menos oficial y deseada por todos, de la medicina en toda su gama y a los más amplios sectores: desde la medicina preventiva, la medicina curativa y la rehabilitadora.

La educación sanitaria, hoy tan planteada y exigida, la promoción social del deporte, la concienciación ecológica, los planteamientos dietéticos, el cuidado del hábitat, la *vuelta al campo*, para vivir en él lo más posible, son signos de dicha valoración de la *salud*, de la aspiración a una vida más sana, a una mejor calidad de vida.

Aunque a veces, paradójicamente (¿y no es una manera, si bien equívoca, de procurarse una vida feliz y plena?) sacrifique la salud al hedonismo, en el ambiente consumista y poco crítico, en que domina el señorío de la publicidad. Ello hace preciso y urgente, entre otras cosas, la educación actual desde los niños, del placer en función de la auténtica salud.

Y sin embargo el hombre moderno se droga de mil maneras, legales e ilegales; contamina el ambiente, se agrupa en edificios y ciudades mastodónticos e insanos, se organiza y trabaja y vive muchas veces de manera stressante...

... la eterna paradoja de Prometeo y de Icaro: la propia autosuficiencia se vuelve contra él.

CONCLUSION

La atención educativa y la atención sanitaria global al hombre de hoy tiene que tener en cuenta estos talentos culturales.

Al hombre hemos de asistirlo, atenderlo y educarlo: comprendiéndolo, aceptándolo, iluminándolo responsablemente, potenciándolo, respetando su opción. Sólo esto es respetar realmente al hombre como persona libre, evolutivo, cultural, histórico...

La misma evangelización del hombre exige esta actitud. La Pastoral Sanitaria actual debe contar con el hombre como se da en la historia. El hombre pertenece siempre a una cultura y es tributaria de ella: formas de vida, criterios de juicio y de opinión, escalas de valor, etc.

Y es necesario asumir su problematidad, sus anhelos, sus peculiares expectativas, sus errores incluso, para desde ahí hacerle llegar la luz que proyecta la persona de Jesús y su mensaje, su capacidad *sanante*, superadora de la *muerte*, aseguradora de la *vida* y garantizadora de *plenitud*.

EL ENFERMO, UN SER INÚTIL

MARIANO GALVE

SOCIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD

Salud y enfermedad en la sociedad actual

Como punto de partida para situarnos en el tema, podemos aceptar la definición que nos da de salud, el doctor Strecker: «Defino la salud —dice— como la capacidad de perseverar en un empleo, la capacidad de rendir en una ocupación más de lo que se pide, la capacidad de veracidad, de persistencia para llevar a término un plan a pesar de las dificultades, capacidad de trabajar con otras personas dentro de un conjunto organizado y bajo una autoridad, capacidad para tomar decisiones, voluntad de vivir, flexibilidad, independencia y tolerancia».

Esto es, aunque no tan clara y conscientemente expresado, lo que nuestra sociedad pretende, como tendencia, que todos nosotros seamos capaces de hacer. Y, si esto es así, ¿quién se puede extrañar que podamos afirmar, lisa y llanamente, que el enfermo es *un ser inútil*?

Las ciencias sociales nos enseñan que toda sociedad tiene sus representaciones colectivas y sus modelos que impregnan los esquemas mentales de la colectividad. Nuestra sociedad tiene los suyos y puede proponerlos e incluso imponerlos. Pues bien, si la vida social es una vida en movimiento, sería necesario conocer cuáles son los resortes que la ponen en marcha. Estos resortes están hechos de tres materiales fundamentales:

- a) La potencia económica.
- b) La potencia técnica.
- c) La potencia del dinero.

a) *La economía* se nos ha convertido en un imperativo, e incluso en un imperativo dominante. Es cierto que toda vida social tiene una dimensión económica, pero, para nuestra sociedad no es una simple dimensión, sino un resorte. Este resorte, accionando toda la vida social, transforma los valores y referencias de la sociedad de ayer y construye unos valores y una nuevas referencias. Así, los saberes, la consideración social, el éxito en la vida, las prioridades, la capacidad de relación con los otros... todo ello se valora en función de este imperativo económico. Es, desde este parámetro, desde donde se define el éxito o el fracaso.

b) *El saber técnico*, cada vez más importante, es una condición indispensable para aplicarlo en cualquier campo y en cualquier actividad. Su ley: «todo lo que se *puede* hacer, se *debe* hacer». Este resorte, que mueve nuestra vida social, podríamos definirlo como el reino de la ra-

cionalidad en todos los dominios de la vida (programas automatizados, IBM, etc., monitores, etc.), gracias a los conocimientos científicos aplicados y a los materiales los más sofisticados.

c) *El dinero* cobra una nueva importancia. Si él es un medio necesario (importancia del crédito, por ejemplo) para cubrir y accionar las múltiples transformaciones requeridas por la necesidad económica, es también un fin en sí mismo: el fin de la acumulación de los bienes y las riquezas.

Este resorte de la vida social —constituido por la Economía, el Saber Técnico y el Dinero— está, por otra parte, sometido a la ley del tabú. Esto quiere decir que son principios supuestos, sobre los que la sociedad no se interroga nunca y, si existe alguna persona que lo hace, la misma sociedad tratará de eliminarlo.

Consecuencias inmediatas

En primer lugar, sufre los que están fuera de la economía, los *improductivos*: los ancianos, los que tienen alguna tara (física, mental o social), los enfermos. Todos ellos están como aparcados en un garaje y sólo interesan como eventuales consumidores. Incluso los medios de servicios sociales (los Hospitales, por ejemplo) están obligados, también ellos, a ser rentables y productivos; un poco como las demás empresas.

En segundo lugar, la técnica y los tecnócratas nos están condicionando a todos en una carrera hacia el stress. Si, según el parámetro del poder técnico, los tecnócratas gozan de un prestigio y de un privilegio también saben que su poder es frágil ya que pueden, en cualquier momento, ser suplantados por otros más sabios y más adaptados; e incluso, pueden ser suplantados por la misma máquina que manejan. Aquí, los que sufren son los débiles.

Por último, el *dinero*, medio y fin, desencadena el mecanismo implacable que todos conocemos: los ricos son más ricos y los pobres son cada vez más pobres. Y, sobre este punto, no quiero dejar pasar la analogía evidente entre pobreza y enfermedad.

Orientaciones básicas que este resorte de la sociedad nos impone

¿Cuáles son las orientaciones y tendencias obligadas que corresponden a este tipo de desarrollo? Entre las principales, podríamos señalar tres:

1.^a *La centralización*, en progresión rápida y constante: centralización del poder en manos de unos pocos, centralización del poder de decisión en quienes detentan los medios técnicos, el capital, los poderes políticos, etc. Centralización, en otro sentido, como concentración de la población alrededor de núcleos densos, los más reducidos posibles.

2.^a *La competencia*, llevada hasta el extremo, por todos los medios y en todos los ámbitos: guerra económica, científica y técnica; lucha comercial (pequeños comerciantes-grandes almacenes, absorciones o fusiones de pequeñas y grandes sociedades); luchas por los puestos de influencia (recomendaciones, seducciones y halagos al poder para conseguir beneficios, descalificación descarada de los demás, etc.).

3.^a *La rentabilidad a ultranza*, que busca el rendimiento máximo con el mínimo esfuerzo para poder mantener los consumos previstos y calculados. Rentabilidad que ocasiona eliminaciones, reconversiones rápidas, traspasos y que, en el fondo, nos está cambiando la vivencia del *tiempo* (el tiempo no es goce, sino el tiempo es ganancia, el tiempo es dinero).

Estas orientaciones son coherentes con el nuevo orden de personas, grupos y cosas que nuestra sociedad crea o quiere crear. Y estas orientaciones tienen, como el revés de la moneda, la consecuencia de una violencia personal, grupal y social. Nunca se ha hablado tanto de *solidaridad* y, como decía mi viejo profesor, «cuando se habla mucho de algo, es que se carece de ello».

Consecuencias para nuestras relaciones sociales

En primer lugar, esta tendencia medular de nuestra sociedad provoca un *sentimiento generalizado de impotencia y de aislamiento*:

— Impotencia de los grupos de base, que no consiguen explicarse ni obrar de un modo eficaz. En el fondo, se perciben y se sienten como yugulados y manipulados; como pertenecientes a una enorme máquina, que no pueden parar.

— Aislamiento en medio del hacinamiento humano. Se ha roto el tejido social de ayer sin que se haya reconstruido —por lo menos, lo suficientemente aprisa— la nueva red de la coherencia social. Así, las relaciones humanas cada vez son más funcionales (es decir, se sitúan a nivel de los intereses) y son cada vez más impersonales. Y, desde este momento, se desconfiaba de las relaciones de gratuidad, de amistad, de ocio; se tiene miedo de escuchar al otro, y se queda uno en su superficie, sin que dejemos hablar lo verdadero que le habita.

Este doble sentimiento, subyacente en las relaciones sociales, acarrea como consecuencia: la apatía, el miedo, la pereza. Pero, a veces, desde el fondo de los grupos y de las personas, brotan estallidos de violencia y de rebelión.

En segundo lugar, la tendencia medular de nuestra sociedad, provoca la *exasperación del deseo y de la insatisfacción*. La fantasía subyacente en nuestra sociedad necesita del buen funcionamiento entre la producción

y el consumo. Sin embargo, nuestra realidad, la cotidiana, está hecha de ritmo de vida difíciles (trabajo, desplazamientos...) y de condiciones de existencia penosa (paro, hábitat...). Esta realidad, enfrentada al prototipo fantástico del éxito no puede dejar de crear insatisfacción y rebelión. El consumo exaspera el deseo y la necesidad de poseer; y esta exasperación del deseo se dirige incluso en una sed insaciable de poseer personas, grupos y cosas. En esta situación, no es de extrañar que se origine el odio de unos contra otros. También no es de extrañar que las depresiones estén a la orden del día, pues la posesión siempre deja insatisfechas a las personas.

Por último, la tendencia medular de nuestra sociedad, favorece la *implantación de ideologías absolutas*. Porque frente a un poder fuerte, anónimo y que tiene soluciones para todo, se levanta un contra-poder que quiere ser, también él, fuerte e implacable. En este campo de fuerzas, los ideólogos suelen ser poco numerosos; pero ellos arrastran a muchos individuos y grupos que no tienen otro modo de expresarse. En este sentido, desaparece el individuo y la persona; las creencias, a nivel de la conciencia individual, no tienen espacio vital para existir o, si existen, se condenan a una existencia de supervivencia.

PSICOLOGIA DEL ENFERMAR EN NUESTRA SOCIEDAD ACTUAL

Hemos intentado dar un encuadre social para que, ahora, situemos la auténtica pregunta; esa pregunta que a ustedes les interesa: ¿cómo puede vivir un enfermo, el enfermo X, su propia enfermedad en tal tipo de sociedad? O si quieren algo más específico: Cuando X cae enfermo ¿qué ecos evoca en su entorno, qué ayudas recibe de él y qué comprensión hacia sí mismo puede esperar?

Un hombre, una mujer, un niño... enferma. Esto es un acontecimiento trivial y cotidiano. Pero ¿nos atreveremos a meter el bisturí en el tejido social para deslindar, y al mismo tiempo, conocer el mecanismo que pone en marcha ese hombre, esa mujer, ese niño...?

Ruptura del narcisismo social

Hemos visto cómo la sociedad mantiene la fantasía de un equilibrio perfecto entre la producción y el consumo; pues bien, el enfermo trastorna este equilibrio; más aún, lo amenaza y lo reduce a la categoría de lo efímero y pasajero. Sabemos lo suficiente como para conocer que estas heridas narcisistas hacia la sociedad provocan:

- a) En primer lugar angustia.
- b) En segundo lugar, una férrea defensa.

Ese hombre, esa mujer, ese niño... ha roto el familiar equilibrio de las cosas, ha deshecho la bien urdida trama del tiempo y lleva a su entorno hacia lugares y tiempos desconocidos. Ese hombre, esa mujer... angustian a su gente y esta angustia se traduce en movimiento, en prisa, en un ir y venir a veces inútil. Se conmociona la casa, se solivianta la vecindad, se pone en marcha el engranaje de las señales de alerta. Corre mucha adrenalina por la sangre, se está como bloqueado, como incapaz de con-

cienciar lo que ocurre, sin que se pueda, serenamente, adaptarse a otro ritmo y a otra dimensión de la vida.

El encuentro con el poder médico

El enfermo, y su familia, se ven obligados a recurrir al espacio de la competencia médica. Ya el modo de acudir es sintomático: se acude *a toda aprisa*, en busca de la rentabilidad de salud, que cueste lo menos en el menor tiempo posible. Una vez que se cruza el umbral de esta competencia médica, entramos —es lo más frecuente— en los dominios de la racionalidad y de la técnica. Costosos y sofisticados aparatos, manipulados por técnicos especializados, tejerán —en la mayoría de las veces— la urdimbre de nuestro diagnóstico. Incluso si este espacio médico es un lugar de gran concentración, un observador avisado podrá detectar esas pequeñas luchas de la competencia: laboratorio contra radiología, clínica contra especialidad, consultorio contra internamiento, etc.

Pero es necesario que el enfermo cure, y nuestra sociedad impone, solapadamente, que cure aprisa. Durkheim ha mostrado que estas son, precisamente, las ocasiones en que surge la necesidad de la magia: «cuando existe una necesidad vital, que es necesario satisfacer cuanto antes». Ya he señalado que a un Hospital se le impone también que sea rentable, que sea productor de salud, en el menor tiempo posible y al menor costo. El enfermo, que ha quebrantado el tabú del equilibrio social y su familia que se siente solidaria de este quebrantamiento, coinciden también en reparar *cuanto antes* este destrozo. ¿Quién se extraña, pues, que aparezcan como necesarios los aparatos llenos de magia, los especialistas supersabios a los que se admira como a figuras mágicas?

La persistencia de la enfermedad

Puede ocurrir, y ocurre, que la enfermedad persista; que sea resistente y refractaria a la cura rápida, a la reparación casi instantánea. El tiempo es contrario a la adrenalina y a las emociones fuertes. La angustia decae, la prisa ya no tiene sentido y, desde este momento, se establece una raíz de desconfianza. Se empieza a sospechar del enfermo o, si uno tiene rasgos de delicadeza, se empieza a sospechar de la enfermedad. Todavía no se atreve uno a desconfiar de los aparatos, ni de los técnicos ni de los médicos. Son demasiado poderosos, y podrían vengarse. Cuando algo se teme, no se le evoca nunca, para que no se le despierte.

No me atrevería a absolutizar, pero sí podría buscar como un paradigma de los mecanismos más abundantes que se ponen en marcha, cuando se franquea este paso. En primer lugar, el enfermo se intimida y se avergüenza. Una culpabilidad inconsciente se anuda en su psicología interior: él no reacciona como los demás; él está haciendo *polvo* a la familia; él está haciendo fracasar los poderes de la medicina; él, sobre todo, ha roto el equilibrio y estabilidad social.

Puede ser que estos sentimientos mínimos, apenas esbozados, pero que nacen con fuerza de la conciencia, se vean reforzados por la actitud, sobre todo inconsciente, de los que le rodean. Los familiares se sienten decepcionados, las visitas de amigos y compañeros son, cada vez, menos frecuentes. El clima emocional se rebaja. La

enfermedad, y el enfermo, ya no son interesantes, porque son ajenos al juego y a las reglas sociales. Cuando no se puede hacer nada, cuando se debe esperar, nuestra cultura mantiene una actitud de desprecio.

El abandono progresivo del enfermo

Si no hay nada que hacer ni se puede sacar algo productivo, en esta economía de la salud, el enfermo será olvidado con presteza. El enfermo, al principio, conocerá lo que es la soledad y el abandono; frente a estos sentimientos, podrá rebelarse, aññarse o entristecerse; pero, si persiste la indiferencia, al fin tendrá que claudicar y adaptarse. ¡Qué terrible reorganización de la vida, de las expectativas y de las ilusiones! Algunos se quedarán vacíos, heridos en su interior más profundo; decepcionados de los demás y, también, de sí mismos. Otros, los menos, si tienen un soporte afectivo de los suyos o un sentido profundo de la vida, podrán madurar su situación y se harán más profundos y más humanos; estos, entonces, podrán comprender lo que vale una cercanía, lo que supone un gesto compasivo y todo el tremendo misterio del perdón y de la gracia.

Pero, en ambos casos, serán aparcados del ritmo trepidante de la sociedad. Se convertirán en la llamada *clase pasiva*, que se beneficia de unas atenciones que pagan los demás, pero que en ningún caso serán interesantes por sí mismos. Están fuera de los circuitos poderosos de la economía, de la técnica y del dinero.

Es, en este sentido, en que cabe hablar, y debe de hacerse, del *enfermo como ser inútil*. Inútil para la sociedad, inútil para los suyos y, en la mayor parte de los casos, inútil en relación a sí mismos.

El enfermo convertido en «cosa»

Y llegamos, finalmente, al final de lo que nuestra sociedad propone al hombre: su liquidación. Antes de que muera físicamente, el hombre ha muerto, mucho antes, social y psicológicamente.

Llevo viviendo en un Hospital Psiquiátrico desde hace once años, y conozco esta muerte social y psicológica, porque convivo con ella. Sé, incluso, si estoy presente, cuando se produce el desenlace mortal. El psicoanálisis nos ha mostrado cómo llevamos, cada uno de nosotros, unas energías de destrucción y, por analogía, cómo estas energías destructoras están activas en todas las instituciones sociales: familia, vecindad, pueblo y cultura. Pues bien, puedo oler esta destrucción en los padres, hermanos o parientes que, pasado el primer momento de alboroto inicial del ingreso, van dejando al hijo, hermano o pariente en nuestro hospital; de cómo se van espaciando sus visitas y de cómo, poco a poco, el enfermo se va quedando solo.

Puedo sentir cómo su imagen va adquiriendo, en el Pabellón, su status de lo habitual y de lo conocido. Ya se cuenta con encontrarle en tal mesa, o paseando por el pasillo o en el banco de la iglesia. De tanto verlo, ya pasa desapercibido como persona. Se ha convertido en *cosa*; es tan habitual como el banco del parque, la servilleta verde sobre la mesa o las flores del invernadero. Ya no le pregunto cómo se siente, lo supongo; ya no me interesa si, para él, el día de hoy es diferente del

día de ayer; de si tiene sus preferencias o si tiene sus aversiones. Y, lo que es más terrible, poco a poco se va perdiendo su individualidad, no sólo social, no sólo psicológica, sino hasta física: ya me parece que es igual al otro, ya me parecen todos iguales. La muerte, dicen los filósofos y los sabios, nos iguala a todos.

Y tengo que hacer verdaderos esfuerzos para no caer en la trampa; para intentar, por encima de esta masificación unificadora, mantener las diferencias: este enfermo es tal enfermo, y no otro; incluso, este enfermo ha cambiado hoy; más aún, hoy es un día diferente para él y, por tanto, dejo que me invite a un café.

El otro día leía que existen urgencias enmascaradas, dentro del proceso de enfermar. Es cierto; y pensaba en tantos enfermos de nuestro hospital que, precisamente porque tienen status de enfermo, no se les nota esos cambios que tanto la vida como la enfermedad producen. Podemos pasar a su lado y, de tanto verlo, no percibimos que está mejor, o que está peor e incluso, no percibimos que se está muriendo.

Y hablo de lo que más conozco, pero podría ampliarlo también a los ancianos, a los enfermos crónicos de los hospitales, a los disminuidos, a los marginados... Incluso podría hablar de jóvenes delincuentes que ya tienen su tarjeta de *incurables*.

En busca de un sentido para nuestra vida

Freud quería explicar al hombre, reduciéndolo a la omnipotencia del *deseo*; Adler, su discípulo, junto con Nietzsche, quería explicarlo, reduciéndolo a la búsqueda del poder; Marx, reduciéndolo a un *proceso productivo*. Hemos visto cómo nuestra sociedad es una especie de *tío-vivo* que se mueve por un eje, hecho de tres *materiales*: la economía, el saber técnico y el dinero. Este *tío-vivo* rechaza al hombre improductivo, al no sometido a la máquina y al pobre. Por eso mismo, nos vemos obliga-

dos a preguntarnos todos, y todos los días, quiénes somos y a dónde vamos. Debemos interrogarnos sobre qué es la vida, qué es la vida humana y qué es humanizar. La muerte, que antes era la normal compañera del vivir, la sentimos cada vez más como un fracaso de la técnica; y por tanto, la sentimos con odio porque nace de un fracaso. El hombre, las instituciones y los grupos humanos son cada vez más juzgados según su utilidad inmediata y contable, según su rentabilidad.

Panorama sombrío, diréis. Es cierto. Perdonad si he recargado las tintas, pero sabed que vengo de espacios y lugares donde habita la desesperación y la soledad. El micromundo que yo habito está poblado de hombres y mujeres que constantemente me están diciendo: «para qué sirve la vida y qué sentido tiene mi existencia»; está poblado de matrimonios rotos, de convivencias agresivas, de confusiones mentales, de apatías emocionales y de vínculos cada vez más flojos.

Y pienso, tal vez porque provenga de la otra cara de la moneda del mundo poderoso, que el hombre es, sobre todo, *un sentido*, es *un proyecto*, es *un quehacer constante* y *una esperanza*.

Sólo desde una significación humana de la vida, podremos querer a nuestros enfermos; porque *querer* significa personalizar y dignificar. Sólo así podré enfermar yo y podré morir yo.

Hace un año, por estas fechas, yo estaba a la cabecera de mi hermana. Yo sabía que iba a morir, y ella también lo sabía. Y así, día a día hasta su muerte, rodeada de los suyos, pero también en silencio, fuimos elaborando lo que la liturgia de aquellos días nos iba comunicando: la *subida a Jerusalén*. No nos ahorramos ninguno, tampoco ella, ningún dolor ni tampoco ningún gozo. Y puedo decir que, para nosotros y sobre todo para ella, su vida, su enfermedad y su muerte no fueron inútiles. Claro, para ello, hay que tener fe, un cariño profundo a la vida y, sobre todo, mucha esperanza.

JESUS Y LOS ENFERMOS: PRESENCIA Y ACOGIDA SALVADORAS

MONS. JAVIER OSES

Obispo de Huesca

JESUS PROSIGUE SU ENCARNACION EN EL MUNDO DE LOS ENFERMOS

Participa en lo fundamental del ser enfermo

Jesús es «Dios y hombre verdadero» (Símbolo de la fe: *Quicumque*), y es «semejante a nosotros en todo, excepto en el pecado» (Heb 4,15). Jesús no tiene sólo apariencias humanas.

Esta verdad es fundamental para la fe cristiana y el evangelista Juan subraya esta verdad contra quienes pretenden negar la real humanidad de Cristo (I Jn 1, 1-3).

Por ser hombre, Jesús participa de nuestra debilidad: «a El también la debilidad le cerca» (Heb 5,2).

En todo hombre hay siempre, por su propia limitación y caducidad, unas posibilidades, amenazas y gérmenes de debilidad y hasta de enfermedad. Y con frecuencia le advienen al hombre situaciones en las que se dan algunos de los elementos integrantes de la enfermedad propiamente dicha.

En cualquier momento, por ejemplo, el hombre experimenta en su cuerpo algún dolor, a veces muy agudo, y siente inquietudes en su espíritu que le causan angustia, o vive experiencias de soledad, de marginación o rechazo y de impotencia. Pensemos que esto se vive cuando ocurre una desgracia familiar, un fracaso conyugal, el paro.

Jesús, hombre verdadero, padeció como nosotros.

De los datos evangélicos parece deducirse que Jesús tuvo buena salud, que no padeció una enfermedad propiamente dicha y, menos aún, una enfermedad larga y grave.

Pero Jesús sí sufrió experiencias amargas de soledad cuando, pasados los primeros tiempos de su ministerio, nimbado por la gloria de las multitudes que lo seguían, sucede la crisis de Galilea al hacer menos milagros y al proclamar más las exigencias de su seguimiento.

Jesús siente la soledad del pueblo que se aleja, la soledad hasta de sus discípulos (Jn 6, 60-69) y de los jefes religiosos.

El culmen del sufrimiento de Jesús se inicia en la Cena en que va a ser entregado. La pasión lo convertirá en «varón de dolores» (Is 51,3), marginado injustamente porque, siendo inocente, «fue contado entre los culpables» (Is 53,9). Tan terrible fue su soledad que le hace gritar al Padre: «Dios mío, Dios mío, por qué me has abandonado» (Mt 27,45).

El sufrimiento de Jesús fue tal que incluso pidió reiteradamente al Padre para que lo librase de la pasión: «Pase de mí este cáliz» (Mt 26, 36-45).

Este grito evoca los gritos de los enfermos que acudían a Jesús pidiendo la salud: «Jesús, Hijo de David, ten compasión de mí» (Mc 10, 46-52); «Si quieres, puedes limpiarme» (Mc 1, 40-45).

Y Jesús no fue librado. La libertad del sufrimiento Dios se la concedió en la resurrección. Fue entonces cuando el Padre lo libró y lo salvó.

Jesús no fue, por tanto, un superman de la salud, inmune a las dolencias humanas. Jesús no se acerca al hombre que sufre desde una situación totalmente ajena a los sufrimientos humanos.

Desde su experiencia vital El sabe qué son las situaciones del enfermo, porque los elementos más específicos de la enfermedad los vive en su propia carne: el sufrimiento, la soledad, la marginación.

Jesús no es un teórico del sufrimiento humano, Jesús no intenta explicarlo, sino que lo asume y lo vive hasta el límite de las posibilidades.

A Jesús le cuesta sufrir y pide al Padre que lo libere, pero, en este trance, su amor y su fidelidad le hacen confiar más en Dios y entregarse más a los hombres.

Jesús, cuando va a morir, se preocupa de quienes sufren por El: «No lloréis por mí, llorad por vosotros y por vuestros hijos» (Lc 23, 28-31). En esa hora da el perdón a quien necesita salvación: «Hoy estarás conmigo en el Paraíso» (Lc 23, 39-43). Y se preocupa de su Madre y de todos los hombres: «Mujer, he ahí a tu Hijo» (Jn 19, 25-28). Es, entonces, el momento supremo de su apertura, amor y disponibilidad ante el Padre: «Padre, a tus manos encomiendo mi espíritu» (Lc 23, 46).

Jesús no se acerca al enfermo desde una situación de fortaleza privilegiada, ajena a las dolencias del hombre, sino que lo hace desde la debilidad radical.

El misterio de la encarnación se prolonga en el encuentro con los enfermos. Jesús tiene verdadera compasión y padece conjuntamente con el que sufre (Jn 11, 33-36).

El Maestro nos enseña así las actitudes fundamentales que hemos de tener para acercarnos al enfermo:

— Aceptar nuestras limitaciones y debilidades; sabernos débiles, radicalmente enfermos.

— Y desde ahí sentirnos solidarios con los hombres que sufren en la enfermedad llegando a asimilar el dolor, aunque luchemos contra él, sin que nos lleve a la desesperación y sin que nos enclaustre en nosotros mismos.

— El dolor ha de servir para abrirnos más a Dios, a su voluntad y al bien de los hombres. Es el misterio pascual en la vida personal.

Quien participa de esta actitud de Cristo, convierte al dolor en fuente de salvación para sí mismo, hace de

su cruz, su gloria, como lo fue para Cristo, a quien el Padre resucitó, y, también, en fuente de salvación para el mundo, que fue salvado por el dolor de su pasión y muerte.

Con razón dice el apóstol Pablo: «Suplo en mi cuerpo lo que falta a la pasión de Cristo» (Col 1, 24).

JESUS ACOGE A LOS ENFERMOS Y ACTUA CON ELLOS

Palabra y signo

Uno de los datos evangélicos de mayor garantía histórica es la acción de Jesús con los enfermos. También en esta ocasión se unen en Jesús los dichos y los hechos (Hec 1,1).

En la vida de Jesús van inseparablemente vinculadas su enseñanza y las curaciones de enfermos.

Las curaciones milagrosas de Jesús no se pueden considerar de manera aislada, sino en conexión y al servicio de la predicación de Cristo: «Recorría todas las ciudades y pueblos... proclamando la buena nueva del Reino y sanando toda enfermedad y dolencia» (Mt 9, 35).

Jesús no hace las curaciones para provecho personal o para impresionar al pueblo. Las curaciones que hace Jesús las hemos de insertar en la totalidad de su misión y son revelación de su persona y de la misión que le ha sido confiada por el Padre.

Las curaciones milagrosas son palabras eficaces de Jesús que aportan, ya, la salvación y la vida de Dios. En este sentido son una buena nueva o evangelio. El signo es palabra salvadora.

Y esas curaciones milagrosas que Jesús hace no han de ser referidas principalmente hacia quienes han sido curados, sino hacia la persona misma de Jesús. Dichas curaciones milagrosas nos revelan que Jesús es el Mesías (Mc 8, 29), el Salvador de todo el hombre y de todos los hombres.

La finalidad de los hechos milagrosos de Jesús con los enfermos no es la de intentar que desaparezca la enfermedad en el mundo. Prueba de ello es que Jesús no cura a todos los que le piden la salud física, e, incluso, el número de curaciones que realiza resulta insignificante en relación al número de enfermedades que afectan a la humanidad.

Con sus curaciones milagrosas Jesús nos da, más bien, promesas de la futura salvación, de la plena salvación incoada aquí ahora. Sus curaciones son señales que indican que los cielos siguen *abiertos*, que Dios *visita* al hombre, que el mundo está definitivamente abierto a Dios.

En cuanto a los enfermos que multitudinariamente acuden a Jesús, unas veces es Jesús mismo quien los busca (Mt 8, 14-15), en otras ocasiones El se deja encontrar por ellos (Mc 1, 40-43), o por sus familiares (Mt 8, 16).

Estos hechos son modos reveladores de que la salvación es *un encuentro personal* de Dios con el hombre, del Dios que, gratuitamente, hace la oferta salvadora y del hombre que, libremente, la acepta por la fe.

Los enfermos son el campo predilecto de la actuación de Jesús. Y no podemos captar todo el significado de la acción de Jesús con los enfermos si no entendemos el

sentido que la enfermedad tenía en el ambiente en que Jesús hacía las curaciones.

El pueblo hebreo consideraba la enfermedad como una situación de debilidad para el hombre, originada porque la persona ha quedado privada, en algún grado, del *ruah* o aliento de Dios que es, para el hombre, la fuente de la vida y de la salud. La fuente de este aliento vital es Yavé, que es también quien lo infunde al hombre para convertirlo en ser viviente.

El hombre enfermo ve disminuida su vitalidad porque Dios le ha retirado su aliento. Y las consecuencias de esta visión de la enfermedad son:

— En relación con la sociedad esta persona no puede trabajar y no puede ganarse el sustento. Es una persona desamparada, pobre.

— Si la vida la da Dios, El también la puede quitar. En este contexto, el hebreo considera la enfermedad como un castigo de Dios. Y el motivo del castigo es el pecado.

Cuando Jesús se acerca al ciego de nacimiento, sus discípulos le preguntan: «¿Quién tuvo la culpa de que naciera ciego, él o sus padres?» (Jn 9, 3). De este modo se establece un nexo entre la enfermedad y el pecado.

Si Yavé que es fiel (Deut 32, 4; Salmo 144, 13), retira el aliento del hombre, ocasionando la enfermedad, esto es señal de que antes el hombre, pecando, se ha apartado del Dios que da la vida, es señal de que ese hombre ha roto la alianza con El.

La mentalidad hebrea no distingue tan estrictamente como nosotros la diferencia de alma y cuerpo, como dos elementos de la persona humana. Por eso ve la enfermedad como mal del cuerpo, pero, al mismo tiempo, mal del alma o pecado.

En esta situación:

— Se agudiza en el enfermo la conciencia de pecado, se siente culpable ante Dios. Y nosotros, para intentar una reeducación, hemos de comprender la vigencia de esta mentalidad de castigo en muchas personas de conciencia religiosa con escaso sentido crítico.

— Socialmente, el enfermo se hace sospechoso de pecado y, por eso, la sociedad lo rechaza como maldito e, incluso, a veces es considerado como oficialmente impuro, porque así lo declara la ley. Esto sucede con la lepra (Lev 13, 1-57).

Con estos antecedentes podemos profundizar mejor por qué Jesús se acerca a los enfermos y cómo se acerca a ellos.

Jesús ve al enfermo como una persona realmente pobre y, además, como un hombre que se siente pecador y, en consecuencia, es un marginado social y religiosamente. En realidad, el enfermo es el hombre más necesitado en la época de Jesús.

Así era en tiempos de Jesús. Y ¿hoy?

Creo que fundamentalmente, sobre todo en ciertas enfermedades y en muchas situaciones, el enfermo, algunos enfermos, son hoy el gran marginado social. Pensemos, por ejemplo, en los enfermos crónicos y en los minusválidos.

El hombre enfermo es, realmente, pobre. Y los pobres ocupan especialísimamente la acción y el amor de Jesús.

En la sociedad judía, el pobre es, antes que nada, una persona en situación de inferioridad social. Para nosotros,

la pobreza es, sobre todo, la privación de bienes económicos.

Para el hebreo el pobre es, principalmente, un ser inferior, indefenso, desprovisto de todo apoyo y, con frecuencia, víctima de la opresión de los poderosos. El pobre es el hombre sin prestigio, sin recursos, impotente para salir de su situación. En este contexto hemos de colocar al enfermo: es un pobre.

En la tradición bíblica, con frecuencia la pobreza adquiere un matiz religioso y moral. La realidad de su pobreza conduce al pobre, socialmente despreciado, a no buscar otro apoyo y defensa que la de Yavé, su Dios.

Su misma necesidad se convierte en una oportunidad para encontrarse con Dios. Al no tener otros recursos, ni materiales ni humanos, puede poner su confianza en Yavé.

En la tradición bíblica el enfermo, el pobre, no puede esperar nada de nadie: ni de la sociedad, ni siquiera de los hombres religiosos. Y, aunque se sienta pecador, confía en que Dios le puede salvar.

Esta es una de las razones que explica por qué eran tantos los enfermos que acudían a Jesús. Ven a Jesús, si no como Dios o Mesías, sí, al menos, como un hombre con *especial autoridad* (Mc 1, 21-27) y con singular acogida para los pobres y los enfermos.

— Jesús no se acerca a los enfermos como si fuera un curandero, como otros de su tiempo. Jesús no lo es.

— De hecho, Jesús no intenta curar a todos los enfermos con los que se encontró en su vida. Jesús quiere reconstruir la vida total de los hombres sumidos en la enfermedad, ayudar a encontrar el sentido de la vida, sobre todo a los hombres, agarrotados por la conciencia de culpabilidad, víctimas de la impotencia, de la soledad, de la marginación social. Ante el enfermo Jesús aparece como un rehabilitador integral de personas destruidas.

Jesús se acerca al enfermo, movido por su amor liberador (Lc 4, 16-18). Un amor por encima de todo, pues, los cura violando incluso la ley del sábado (Mc 1, 21-28; 3, 2-6), o la ley que impone evitar el contacto con los leprosos (Mc 1, 40-45). Jesús siente y a Jesús le quema la vocación de buscar no a los sanos y justos, sino a los enfermos y pecadores (Marcos 2, 17).

Jesús acoge a todos los enfermos. Quiere dar vida a todos. Y si no cura siempre a todos e incluso lo hace con muy pocos, la razón está en el significado de sus curaciones milagrosas: los milagros son signos, y este es el objetivo principal: significar la salvación de Dios.

Al dar la salud a algunos enfermos Jesús está significando que viene a dar a todos un don y una salud muchísimo más valiosos para el hombre: la vida de Dios. Esto es lo original de la salvación de Jesucristo, lo que nadie puede dar ni merecer. En este sentido, sólo El es el Salvador.

La ciencia también cura enfermedades, pero la salvación del mal radical del hombre, que es el pecado, sólo pertenece a Dios. Los hombres aportan salvaciones parciales a aspectos parciales de la vida del hombre. La salvación a la totalidad del hombre, la respuesta global, sólo la da Dios.

Al acercarse al enfermo, Jesús quiere, ante todo, suscitar la vida eterna que el hombre recibe por medio de la fe, que es la aceptación del Dios-Vida.

En las curaciones y ante los enfermos, Cristo quiere revelarse como el dador de vida: «He venido para que tengan vida y la tengan en abundancia» (Jn 10, 10).

Este es el fin de la misión de Jesús: dar al hombre la vida divina. Recibida por el hombre, éste es transformado y esa vida divina le posibilita vivir la existencia humana de una manera totalmente nueva, lo mismo en la enfermedad que en la salud.

En ocasiones, al despedir al agraciado por la curación milagrosa, Jesús le dice: «Tu fe te ha salvado» (Mt 8, 13; 9, 29; 15, 28; Mc 5, 34; 10, 52; Lc 7, 49; 18, 41). Esto significa que, donde hay fe, hay posibilidad de liberación, hay aceptación del Dios liberador, aunque persista la enfermedad (Mc 10, 52). Y si hubiese curación pero no perdón-vida divina, falta lo más esencial de la salvación.

Pero Jesús no cura sólo a los que tienen fe, como si la curación fuera una especie de recompensa por parte de Cristo. Jesús cura también a los que no creen. ¿Acaso tenían fe los diez leprosos curados por Jesús? (Lc 17, 12-19). De este modo, las curaciones milagrosas que Jesús lleva a cabo, ponen en claro el amor gratuito de Dios.

Ciertamente Jesús no se contenta con darnos solamente la salud corporal o física. Eso es muy poco para lo que Cristo viene a dar al hombre. Jesús le ofrece el Reino, la vida nueva. Y, en el caso del paralítico, Jesús antepone claramente esta salvación a la salud corporal (Mt 9, 1-8).

La salvación ofrecida por Jesús es un don gratuito. Este es el motivo por el que, en ocasiones, Jesús cura a enfermos que no han pedido la salud, aunque la desean, como la desea todo enfermo.

Jesús acoge a todos los enfermos, Jesús ofrece a todos su Vida, Jesús les pide a todos la fe, porque con ella les llegará la Vida.

La fuerza curativa que salía de Jesús es la fuerza del Espíritu que construye el Reino. En este sentido los milagros con los enfermos son una señal de que «el Reino ha llegado» (Lc 11, 20) y de que el Reino es de los pobres, entre los que hay que contar, en primer lugar, a los enfermos (Mt 5, 3).

¿Por qué son privilegiados los pobres, los enfermos?

La razón de ser los enfermos y los pobres los primeros beneficiarios del Reino no es porque, moralmente, son mejores que los sanos, ni por sus méritos, su resignación, su aguante y su paciencia. Muchos enfermos no tienen estas virtudes, y, en principio, no se puede decir que los pobres y los enfermos son mejores que los sanos.

La única razón de esta preferencia es simplemente porque son pobres y Dios-Rey no puede reinar sino haciendo justicia: Dios debe manifestar su justicia a favor de los marginados y de los injustamente maltratados. Y en toda la tradición bíblica Yavé se presenta como el protector y el defensor de los pobres que quiere hacer triunfar los derechos de los débiles.

Curando a los enfermos, Jesús nos está diciendo expresamente que la enfermedad no es un castigo.

Por parte de Cristo la curación no es una respuesta de agradecimiento hacia el enfermo arrepentido de sus pecados. El arrepentimiento no es la condición que mueve a Cristo a curar. El motivo es otro: «para que se manifesten así las obras de Dios» (Jn 9, 3).

Jesús, devolviendo la salud y ofreciendo su vida eterna, quiere reconstruir la vida de aquellas personas y llenarla

de sentido, quiere insertarlas en la sociedad para que el hombre se sienta persona y camine por sí mismo: «Toma tu camilla y anda» (Mc 2, 11). La curación que Jesús da no es para crear dependencias, sino que es libertad para que el hombre actúe personal, libre y responsablemente.

De la acción de Jesús con los que sufren deducimos ahora algunas enseñanzas para nuestro comportamiento con los enfermos:

— La acción a favor de los enfermos es una manera muy concreta de construir el Reino, siempre que se asimilen las actitudes señaladas por Cristo, actitudes que están resumidas en la fe.

— Comprometerse de lleno con los enfermos es hacer la opción por los pobres. Dios nos llama hoy a vivir en solidaridad y amistad, servicio a los pobres, aceptando nuestra propia pobreza y debilidad y viviendo en comunión con ellos, defendiéndoles y apoyando sus aspiraciones y esperanzas. Hay que vivir la profesión sanitaria desde estas actitudes.

— Nos hemos de acercar al enfermo buscando la salvación integral. Para ello la relación con el enfermo debe ser una relación en el nivel personal, no limitándonos a prestarle unos servicios. Y esta relación debe ser responsable, motivados por la gran valoración que damos a la vida humana y, por tanto, a la salud del hombre.

— El talante de acogida, la relación y el respecto hacia el enfermo deben ser un reflejo de la vida del Reino de Dios, en nosotros, en sí, Reino que es Amor. El creyente sanitario actúa de este modo porque el Reino de Dios ya ha llegado.

NUESTRO ENCUENTRO SALVIFICO CON CRISTO A TRAVES DE LOS ENFERMOS

Nuestro encuentro con el enfermo debe ser un encuentro personal con Cristo. Jesús nos ha dicho: «Lo que hagáis a uno de estos pequeñuelos, me lo hacéis a Mí» (Mt 25, 40). Los pequeñuelos son los que socialmente son insignificantes, no tienen, no pueden.

El enfermo es realmente un pequeñuelo. Lo hecho al enfermo, bien o mal, o lo que dejemos de hacerle, se lo hacemos a Cristo.

Necesitamos fe en esta presencia de Dios.

Nuestra formación religiosa proyecta con facilidad nuestra fe en la presencia real de Cristo hacia la Eucaristía y, también, hacia la Palabra de Dios e, incluso, hacia la Iglesia. Pero con dificultad hacemos la profesión de fe en Cristo presente en el hombre, sobre todo en el pequeñuelo, como lo es el enfermo.

Si el encuentro sacramental debe ser un encuentro personal con Cristo, si el encuentro con la Palabra Salvadora debe ser también un encuentro salvífico para nosotros, ¿por qué no ha de serlo igualmente el encuentro con el enfermo, con cualquier pequeñuelo?

Para ello necesitamos la disposición que Jesús nos pide: «Si no os hacéis como niños, no entraréis en el Reino» (Mt 18, 1-5).

Al enfermo hemos de acercarnos en la fe, en la igual-

dad fraterna, en la entrega total, porque a Cristo le hemos de dar todo.

Esto es un gran misterio de nuestra vida cristiana y es, asimismo, una riqueza maravillosa para nuestra fe.

LA SOCIEDAD DEL BIENESTAR, LLAMADA A VIVIR PROFETICAMENTE EL COMPROMISO EN EL MUNDO DE LA ENFERMEDAD

La atención al enfermo en una sociedad del bienestar es un especial testimonio cristiano.

La sociedad que llamamos del bienestar no lo es del bienestar que merece la dignidad de toda persona, sino que es una sociedad en la que existe la subversión de valores y por ella idolatramos las cosas, cosificamos al hombre y olvidamos a Dios. La antítesis del plan de Dios.

El placer y la felicidad son las grandes pautas que movilizan a los hombres de esta sociedad del bienestar, los objetivos que con mayor avidez buscan los hombres a través de todo el itinerario de sus vidas.

En esta sociedad del bienestar no tiene sitio hablar de la enfermedad, aunque la enfermedad acosa y muere al hombre.

Nuestra sociedad promete tanto la felicidad y el placer que éstos forman parte de unos derechos connaturales que tiene el hombre actual. En esta sociedad del bienestar la enfermedad se vive como una injusticia, como una frustración.

Entre nuestras tareas cristianas, hemos de ayudar a los hombres a vivir el realismo de la existencia humana, hemos de abrir los ojos al hombre para que siempre viva preparado para aceptar la desgracia de la enfermedad y hemos de comenzar por nosotros mismos.

La actitud cristiana de muchos enfermos es el mejor testimonio de una Iglesia que vive a Dios como supremo valor.

No queremos defender una falsa resignación. La enfermedad es un mal y el creyente debe luchar con todas sus fuerzas contra él y debe gozarse del progreso científico y técnico que pueda crear un hombre integralmente más sano.

Pero hemos de anunciar el evangelio de la salvación para toda la vida del hombre. Recogiendo las palabras de San Ignacio diríamos: «para la salud o la enfermedad, la vida larga o corta».

Esta es una profunda dimensión del misterio pascual del que todos participamos por el bautismo.

Esta actitud es un modo maravilloso de ayudar a los hombres, de hacerles que superen la desesperación y de que sepan encontrar la paz. Es ayudar a los enfermos a recibir el mayor don.

Anunciar esto es dar un nuevo sentido a muchas personas y a muchas familias a las que la sociedad de consumo ha ofuscado, o a las que una deficiente imagen de Dios perturba e impide descubrir el verdadero rostro de Dios.

La tarea que, en este campo, tenemos los creyentes es grande, pero es una tarea hermosa, y que merece la pena.

SENTIDO Y VALORES DE LA ENFERMEDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA TEOLOGICO

FRANCISCO ABEL

Si la enfermedad tiene un sentido, lo encontramos en la cruz de Cristo. En ella encontramos la única respuesta posiblemente válida y que va más allá de toda antropología filosófica. Sólo desde la cruz de Cristo podemos hallar un sentido al sufrimiento y el signo que supera la enfermedad y la muerte, vencéndolas. El grado de comprensión de esta realidad es un problema distinto. No todos pueden comprender y no todo el mundo al mismo nivel. Intentaré a lo largo de esta intervención profundizar, aunque sea brevemente, en algunos aspectos fenomenológicos y teológicos del dolor y la enfermedad.

ASPECTOS FENOMENOLOGICOS DEL DOLOR Y LA ENFERMEDAD

Hablamos del dolor en su acepción más amplia de enfermedad: falta de salud, privación de bien, y de una situación persistente que rompe o limita nuestra actividad, nuestra posibilidad de goce, nuestra perspectiva de futuro. Proceso de desorganización que lleva paulatinamente a una seria disminución de las posibilidades de la persona, o a la muerte, consumación de todas nuestras disminuciones, en lenguaje teilhardiano.

Hay ocasiones en que el enfermo logra integrar el sufrimiento y la disminución en su propia existencia y éste le ayuda a una expansión real de su persona con un acrecentamiento de su libertad. Realiza un proceso de crecimiento en la soledad no desolada, descubriendo en el interior de sí mismo una capacidad de aprehender a Dios en el silencio y la oración. En efecto, en la soledad el hombre puede ver el mundo y las cosas con una orientación e iluminación nuevas. En ella el hombre puede llegar a sentir mejor la propia presencia en comunión con los demás, con el mundo, con Dios. La enfermedad, en estos casos, aparece como condición de apertura y no como mera limitación. La persona aprende la verdadera posibilidad de comunicación con los otros. En el fondo de sí mismo, toda apertura encuentra el hogar secreto a partir del cual se opera toda auténtica comunicación. Adquiere una especie de docilidad a la vida que lejos de ser una resignación a lo inevitable, es una aceptación

de una exigencia que le invita sin cesar a mayor libertad, a mayor amor. El mundo aparece entonces en un amanecer nuevo, con una iluminación que permite apreciar su significación profunda, no un mundo en las garras del mal y del sufrimiento, sino un mundo que arrastra tras de sí el mal y el sufrimiento como una condición de su transformación y de su perfeccionamiento.

No siempre la reacción del enfermo reviste las características de tal madurez humana y espiritual. Muy a menudo, el ser humano tocado personalmente por el sufrimiento se ve sumergido en la ansiedad, detesta lo que le cae encima y parece que descubre una hostilidad oculta en su interior y en el interior mismo de la creación como si su autor hubiera mezclado en su obra, al darle el ser, un germen destinado a corromperle y a destruirle. Algunos enfermos no llegan a superar la sensación de derrota, de dependencia molesta, de soledad, abandono y se refugian en actitudes más o menos autodestructivas. El sufrimiento no ofrece para ellos sentido alguno, no permite ninguna ventaja y no aparece como un estímulo para profundizar en el sentido de la existencia. No es raro que el hombre, en estas circunstancias de sufrimiento, tenga dificultad en aceptar la bondad de Dios. Observamos también que el dolor físico o moral es soportable hasta cierto grado, distinto para todos, más difícil cuanto mayor sea la sensación de soledad o abandono. El dolor y la enfermedad prolongada se soporta mejor sintiéndose acompañado y solamente se puede llegar a captar un sentido desde un marco de seguridad y de paz. Los que rodean al enfermo pueden ser una excelente ayuda si son capaces de ser signos de esperanza y son capaces de aportar una presencia viva, acogedora, humana, posible desde la propia experiencia e interiorización del dolor humano. Sin esta experiencia se corre el riesgo de ofrecer al que necesita *compasión* palabras huecas, gestos vacíos de significado. Es en el conocimiento vivencial y no simplemente conceptual, desde dentro, desde la experiencia de sufrimiento donde la palabra y el silencio no son *dis-tantes*, se hacen *in-stantes* adquiriendo la profundidad adecuada que permite una presencia humana y solidaria. El conocimiento conceptual no permite ordinariamente la actitud de escucha respetuosa en el silencio y la ora-

ción, en la palabra y en el gesto, que se dan en el conocimiento vivencial y profundizado personalmente del dolor físico o moral.

Ante el enfermo que no se resigna ante el sufrimiento inevitable, ante la enfermedad que consume debemos preguntarnos hasta qué punto los llamados sanos y que estamos a su lado nos esforzamos en ser una presencia activa de comunión auténtica, respetuosa, abnegada en el servicio. Esta pregunta es más necesaria, si cabe, cuando hablamos con familias afectas de pruebas difíciles como puede ser la de un hijo subnormal, un hijo autista, un enfermo psicótico, etc., porque son problemas que suman a su propia gravedad el silencio distante de muchos que prefieren parapetarse tras las ayudas de una beneficencia exigua y anónima, que no exige mucho, antes que reconocer al prójimo que necesita ayuda y presencia humana. Uno se pregunta hasta qué punto algunos utilizan las palabras *voluntad de Dios* y *confianza en la Divina Providencia* como pantallas protectoras o recetas teológicas que permiten confesar al que sufre como hermano y dispensan de todo compromiso en la acción. El pecado de omisión es más frecuente y grave entre los que nos llamamos cristianos de lo que se piensa. Las palabras del evangelio *Tuve hambre... tuve sed...* resultan demasiado a menudo desconocidas en la práctica. Son muchos lo que no reconocen en el que sufre el rostro de Cristo. Cuando este rostro se reconoce, se aprende a actuar en consonancia, a hablar o a callar, desde una experiencia compartida. Entonces es posible una tarea de profunda humanización y evangelización. Quizás deberíamos recordar con más frecuencia que los que sufren, los pobres, nos evangelizan humanizándonos y nos hacen capaces de humanizar evangelizando.

Tanto en los casos en los que el enfermo vive su enfermedad como un momento privilegiado para la oración, como en los casos en que el enfermo se queja dolorido contra Dios por su enfermedad hemos de esforzarnos en ser signos vivos de esperanza, respetando la maduración quizás lenta, de algunos enfermos, y sus expresiones procurando educarles con el servicio abnegado a su persona.

El mal y el sufrimiento guardarán siempre en este mundo y para todos una parte de su misterio. En tanto que el hombre no haya franqueado el umbral de la muerte, no puede sentirse sino en estado de perpetua interrogación. El creyente, habiendo probado en su experiencia interior de despojo, y también de liberación, una cierta presencia ante el mundo y ante Dios, acepta en la esperanza, un acrecentamiento de luz que en lo sucesivo juzga inseparable de la cruz de Cristo. Lo esencial en su diálogo con Dios, en su oración, será una humilde súplica de fidelidad.

ASPECTOS TEOLOGICOS DEL DOLOR Y LA ENFERMEDAD

En todo porqué de un hombre doliente, herido, desesperado, el hombre pregunta más allá de sí mismo, se dirige a Dios. Nosotros sabemos, y es nuestro deber proclamarlo, que por Cristo y en Cristo se ilumina el enigma del dolor y de la muerte, que fuera del Evangelio nos envuelve en absoluta oscuridad. Sólo el misterio de la cruz y resurrección de Cristo puede quitarle al sufrimiento su escándalo, su carácter absurdo. Pero sólo

comprenderemos a Cristo y su muerte en cruz en la medida en que comprendamos el pecado, que es equivalente a decir: quien no reconoce su pecado, no conocerá a Cristo de verdad, ni lo amará de verdad. Estoy convencido de que a través de la experiencia del pecado y del perdón comprenderemos mejor el amor de Dios, como el hijo pródigo conoció el amor de su padre cuando se sintió perdonado por él. Es a través de nuestra conversión que llegamos a aceptar que el sufrimiento viene del pecado y que Cristo fue «entregado por nuestros delitos y resucitó por nuestra justificación» (Rom 4, 25) y alcanzamos a evangelizar, es decir: a anunciar que «en Jesucristo, Hijo de Dios hecho hombre, muerto y resucitado, se ofrece la salvación a todos los hombres, como don de la gracia y de la misericordia de Dios. No una salvación puramente immanente, a medida de las necesidades materiales e incluso espirituales que se agotan en el cuadro de la existencia temporal y se identifican totalmente con los deseos, las esperanzas, los asuntos y las luchas temporales, sino una salvación que desborda todos estos límites para realizarse en una comunión con el único Absoluto, Dios, salvación trascendente, escatológica, que comienza ciertamente en esta vida, pero que tiene su cumplimiento en la eternidad» (*Evangelii nuntiandi*, número 27).

Es a través de la conversión, con una transformación de mente y corazón que alcanzamos a aceptar la bondad de Dios y su misericordia; a comprender que el mal no ha sido querido por un creador malo, que ha creado un mundo malo y que se deleita viendo sufrir a sus criaturas. El mal viene del hombre y no de Dios y consiste, precisamente, en rechazar a Dios, felicidad del hombre. Puede seguir siendo un enigma el problema, cómo tuvo lugar esta repulsa de Dios por parte del hombre, pero cuando vemos al Hijo de Dios asumir nuestra naturaleza, sufrir con nosotros y más que nosotros, cuando le vemos morir en una cruz, vislumbramos que el dolor no es un escándalo sino un misterio. La cruz nos dice que más allá del dolor hay un amor que es capaz de enfrentarse por la persona amada con la prueba suprema del mismo, que es la muerte. La cruz nos explica el dolor de que está llena la historia humana y que se debe a la libre voluntad del hombre, nos explica la protesta contra el mismo que ha acompañado y acompaña al hombre en sus vicisitudes terrenas, porque le dice que él no ha sido hecho para sufrir y especialmente nos da la esperanza de que hay un remedio para el camino, puesto que si el dolor ha sido asumido por el Hijo de Dios de la forma más radical, esto quiere decir que no es la última palabra de la historia, que más allá del dolor hay una realidad que lo transforma de castigo en acto de amor. La cruz de Cristo nos asegura que el dolor es superable, que este mundo de felicidad y de justicia al que aspiramos no es una quimera, sino que cabe, aunque de manera misteriosa, dentro de las posibilidades del hombre. A la pregunta de cuál es el sentido último de la vida y si vale la pena vivirla, la respuesta es positiva porque el mal tiene un sentido, a través de él se realiza un plan que tendrá su cumplimiento. El fracaso que el hombre experimenta continuamente es sólo aparente, es camino de victoria. Nos lo garantiza el Hijo de Dios que a través del fracaso más total llegó a la resurrección. Cristo resucitó, con su muerte destruyó la muerte y nos dio la vida restituyendo al amor su fuerza creadora en el interior del hombre,

gracias a la cual él tiene acceso de nuevo a la plenitud de vida y de santidad, que viene de Dios, dándonos la filiación divina que nos permite decir ¡Abba, Padre!

En la constitución dogmática *Lumen Gentium*, casi desde el principio, se propone la asimilación de los miembros a Cristo en un proceso lento, mientras dura la vida terrenal: «Es necesario que todos los miembros se asemejen a El...; nos unimos a sus dolores, como el cuerpo a la cabeza, padeciendo con El, para ser con El glorificados» (L. G. 7, 5).

La unión indisoluble de cruz y glorificación de Cristo, expresada felizmente en el término *Misterio pascual* tendrá una fuerza evangelizadora en nuestra propia vida en la medida en que seamos capaces de entrar en los aspectos subjetivos del Misterio pascual. Es decir, no se trata de desconocer la amplitud universal de la redención, sino de captar personalmente lo que ha significado de individual con respecto a mí ese amor universal de Cristo para que mejor sienta «que debo yo hacer y padecer por El» como se dice en los Ejercicios de San Ignacio.

De esta manera evitaremos los escollos de presentar una teología distante que se limitara a presentar el carácter oneroso de nuestra reconciliación con Dios y en la que la cruz aparece como un proceso de negociación entre Jesús y Dios en relación a nosotros. Evitaremos también las explicaciones simbólicas de la cruz y de la pascua al servicio de intereses sociales o políticos que tienden a sacralizar determinadas ideologías. Nos acercaremos al misterio de la cruz como «acontecimiento interno a la misma naturaleza divina, en la que Dios participa, comulga y vive íntegramente el misterio del hombre, amigo suyo. En la cruz se nos mostrará que el Padre

sufre la separación del Hijo, el Hijo sufre el abandono del Padre y el Espíritu es el amor mismo crucificado en esta muerte de donde vuelve a manar la vida para el mundo. La cruz significará la salvación global del hombre no sólo en la redención de su pecado, sino en su plena liberación de la muerte, del sufrimiento, de la injusticia, de la opresión».* Cristo muere para que el hombre nazca a su responsabilidad de Hijo de Dios. En la expresión teológica actual, la redención no se limita a la muerte y resurrección de Cristo, sino que la salvación se concibe como la vivificación divina por la adopción filial. Entrar en el misterio pascual es llegar a la vivificación o comunicación de la vida divina, según San Juan: «He venido para que tengan vida y la tengan más abundante».

Si tenemos que ofrecer al que sufre, esperanza, hemos de vivir el gozo de la salvación y la fuerza de la resurrección. Esto sólo es posible en la experiencia, en la comunión práctica con los sufrimientos de Cristo. Como dice Moltmann «en comunión con sus miembros unidos como hambrientos en nuestra común pobreza y prisioneros en nuestro común pecado». Así, nuestra palabra será creíble, nuestro gesto será significativo, nuestra teología será viva, condenando interpretaciones cobardes y parciales. Seremos ejemplos vivientes de que no puede haber alternativa entre evangelización y humanización, entre dimensión vertical de amor a Dios y dimensión horizontal de entrega a los hombres.

* Alfonso Ortiz García, comentando a Moltmann en la introducción al libro *Teología de la cruz* de Duquoc, Rahner, Moltmann, Kasper, Küng, Ed. Sígueme, Salamanca, 1979).

LOS GRANDES JALONES HISTORICOS DE PRESENCIA DE LA IGLESIA EN EL MUNDO DE LOS ENFERMOS

ANTONIO BORRAS

LOS PRIMEROS SIGLOS DEL CRISTIANISMO

El amor universal predicado por Jesús y que encuentra en las Bienaventuranzas un código bien preciso, recaló profundamente en el cristianismo.

No faltan textos antiguos que nos hablan de esta fraternidad, de la ayuda prestada al hermano enfermo, al moribundo. Pero estos textos se limitan a constatar unos hechos aislados y de carácter individual; la situación político-social de aquellos primeros siglos no permitía una actuación más amplia y comunitaria.

La Iglesia tuvo que contentarse con imitar lo que se hacía en el mundo romano, es decir, atender en sus propias casas, en sus *valetudinaria* a los miembros enfermos. Así los obispos y algunos cristianos acomodados cuidarían en sus casas a los enfermos. Su asistencia se limitaría a un acogimiento amoroso más que a una propia atención médica.

Con todo, no faltan algunos casos aislados que superan estos estrechos límites: Cartago fue azotada el año 252 por una grave epidemia, sus habitantes no contaminados huían de la ciudad abandonando a los enfermos. Cipriano, obispo de la ciudad, exhortó a los cristianos a quedarse en ella y, con él, atender a los enfermos; respondieron con heroicidad. Vemos repetirse su ejemplo el año 268 en Alejandría.

Actuaciones insólitas inexplicables a los ojos de los paganos.

Debemos esperar al siglo IV para poder hablar de una organizada atención a los enfermos por parte de la Iglesia. La paz concedida por Constantino y sus ayudas económicas le permitieron reestructurar sus cuadros jerárquicos y planificar abiertamente su apostolado.

Constantino trasladó la capital del imperio a la nueva ciudad que él mandó edificar a la entrada del Bósforo y que llevó su nombre: Constantinopla. En ella y en sus zonas de influencia se difundió rápidamente el cristianismo. Roma siguió siendo pagana. Por esto las obras asistenciales de la Iglesia aparecerán mejor organizadas en la parte oriental del imperio.

El primer jalón de presencia de la Iglesia en el mundo de los enfermos lo hallamos en la *Basiliada*, fundada en Cesarea por San Basilio. Una pequeña ciudad que, en diversos edificios, atendía todas las necesidades del desvalido: peregrinos, enfermos, niños abandonados, ancianos, pobres... Cada uno de aquellos ambientes poseía

su nombre propio. Nombre que sirvió para diferenciar en el oriente las diversas obras asistenciales de la Iglesia.

En cambio en la Europa occidental no existió esta diversidad, y con el mismo nombre de *xenodochion* se apellidó tanto un albergue para peregrinos como un hospital para pobres. Más aún, el mismo edificio servía para atender a ambos, y con ellos a toda clase de pobres y necesitados.

Durante estos siglos serán los obispos los responsables de atender a los enfermos. Junto a sus casas, junto a las catedrales irán surgiendo pequeños ambientes que acogerán, indistintamente, a los necesitados. Los concilios prescriben su existencia. La comunidad les ayudaba con sus limosnas. Y algunos cristianos se ofrecían libremente para atenderlos.

Pero frente a las grandes construcciones del oriente, no puede el occidente presentar nada semejante; cierto que en Roma hallamos una *domus languentium* fundada por Fabiola o el *Xenodochion* establecido por Pammachius, pero constituyen casos aislados.

La situación histórica nos explica esta diversidad: en el oriente permanece el imperio con sus instituciones; en el occidente se han producido las invasiones germánicas que han implicado la destrucción de muchas ciudades romanas y una atomización de la vida. Pronto surgirá el feudalismo.

El feudalismo implicó una mundanización de los más elevados cargos eclesiásticos: Los obispos serían más señores que padres, más atentos a enriquecerse y luchar que a cuidarse de los pobres y enfermos. Ni servirían de mucho las constantes prohibiciones de algunos concilios, como el Orleans V, que prohibía a los obispos apoderarse de los bienes de los *xenodochia*.

En aquellos siglos un gran silencio eclesial respondió a los gemidos del hambre y del dolor.

Pero el silencio no fue completo. La antigua labor de los obispos vino subsumida y continuada por la Orden Benedictina. Sus numerosos monasterios fueron lugares de refugio y ayuda. En sus enfermerías se atendía a los enfermos. Monjes, ermitaños, donados, más o menos relacionados con el espíritu de San Benito, fueron construyendo pequeños hospitales en lugares estratégicos: collados, puertos de mar o de montaña, puentes, encrucijadas... Sus ruinas y muchos nombres topográficos nos recuerdan su existencia.

Y junto al acogimiento, la transmisión de una ciencia.

En efecto en los *Escritorios* de estos monasterios se tradujeron al latín las obras médicas de la antigüedad clásica y del mundo árabe.

Un nuevo e importante jalón de la presencia de la Iglesia en el mundo de los enfermos lo constatamos en los siglos XI y XII. A lo largo de ellos surgirán tres movimientos: el nacimiento de las ciudades con sus hospitales municipales, la fundación de la *Orden del Cister* y, finalmente, la aparición de las *Ordenes Hospitalarias*.

Hablaremos más adelante del nacimiento de las ciudades. En cuanto a la Orden cisterciense, cabe recordar que sus monasterios prosiguieron la labor de los benedictinos. Sus enfermerías fueron famosas; de todos son conocidas las de Poblet y Santas Creus; pero también la de los monasterios femeninos como el de Vallbona de las Monjas.

Por ser quizás menos conocido me detendré algo más en el tercer movimiento: el de la fundación de las Ordenes Hospitalarias y Militares. Todas ellas relacionadas con las cruzadas y el establecimiento del Reino de Jerusalén.

ORDENES HOSPITALARIAS Y MILITARES

Orden Hospitalaria de San Juan de Jerusalén. Fundada por Guido en Jerusalén en 1048. Su finalidad: atender a los peregrinos y enfermos. Pero su sucesor Ramón de Pueg añadió a los tres votos el de la milicia. La orden sin olvidar su carisma original pasó a ser uno de los últimos bastiones del cristianismo en Tierra Santa.

Además de los hospitales establecidos en la Tierra del Señor, constituyeron muchos otros, especialmente en Centroeuropa. Estaban integrados en el interior de las mismas *Encamiendas* o conventos. El de Toulouse poseía 100 camas. En Florencia poseían tres.

Orden del Temple. Hugo de Payens y Godofredo de Godomer fundaron el 1118, junto al Templo de Salomón, un hospital y el reducido grupo de laicos que lo atendían se convirtieron en orden religiosomilitar, cuyos estatutos aprobó Honorio II el 1130. San Bernardo les escribió la Regla. Además de los tres votos profesaban el de atender a peregrinos y enfermos.

La Orden Teutónica. El caballero alemán Waldpost, durante el sitio de Tolemáida, durante las cruzadas, estableció un hospital con tiendas de campaña para atender a los heridos y enfermos. Lo que en 1162 fue fruto de una intuición se convirtió en una orden religiosa cuando el papa Celestino III les concedió en 1162 ser una orden militar con la Regla de San Agustín y los estatutos de los templarios. Cuando se perdió la Tierra Santa pasaron a la frontera oriental de Alemania. Santa Isabel les confió el hospital de Marburg. Por su propia cuenta edificaron muchos hospitales en aquella zona; siendo el primero el de Halle en el 1200.

De entre las Ordenes militares españolas sólo quiero citar la de *Santiago* que edificó el magnífico hospital de San Marcos en León.

Otras dos instituciones conviene recordar: los *Antoninos* o canónigos de San Antonio y la *Orden del Espíritu Santo*, ambas relacionadas, de alguna manera, con la Tierra Santa.

Los *Antoninos*. Prescindiendo de todas las leyendas, nos situamos en el siglo XI cuando por el norte de Fran-

cia se extendió una epidemia de un exantema que fue apellidado *fuego de San Antonio*. Para atender a los contagiados, Gastón de Dauphiné fundó el hospital de Saint-Jean-des Viennois, junto a la abadía benedictina del mismo nombre. Abandonaron en 1231 la Orden Benedictina y se convirtieron en canónigos regulares. Cuidaron de muchos hospitales.

La Orden del Espíritu Santo. Fue fundada por Guido de Montpellier; Inocencio III les animó y protegió; al principio eran hermanos legos y conversas, pero el mismo papa exigió que entre ellos hubiera sacerdotes y Eugenio IV les asimiló a los canónigos de San Agustín. Se difundieron por Francia e Italia. En Roma, con la ayuda del papa, fundaron el gran hospital, todavía existente, del Santo Espíritu.

Hemos indicado ya que las ciudades iban creciendo. Sus autoridades deberán atender todas las necesidades de sus habitantes; entre ellas también las de carácter asistencial. En este momento se inicia un movimiento de separación de la Iglesia de la tarea de construir hospitales. La razón es fácil de entender: la guerra de cien años había arruinado Europa y sus instituciones eclesásticas tradicionales. Las ciudades, por su parte, experimentan en el interior de sus murallas la miseria; ven la urgencia de hallar una solución. En adelante serán los comunes quienes den los primeros pasos. Y a partir de este momento las preexistentes *Maison-Dieu* se estructuran definitivamente.

Pero una cosa es quien funda un hospital y otra quien trabaja en él. Durante estos siglos nacerán y se desarrollarán las órdenes mendicantes que, sin lugar a duda, constituyen otro jalón de la presencia de la Iglesia en el mundo de los enfermos. Su actuación es doble: ya directa a través de sus miembros, ya indirecta mediante las Terceras Ordenes y Cofradías.

Durante los siglos XIV y XV el comercio había enriquecido a los habitantes de las ciudades. Muchos de ellos, movidos por sermones, se agruparán en cofradías religiosas, en cuyos estatutos y reglas aparece el espíritu franciscano, dominicano o carmelita...

En todas las ciudades y pueblos existían cofradías. En las ciudades importantes más de una; en Roma conocemos la existencia de unas 42; la más famosa atendería los enfermos del hospital del Espíritu Santo de que ya hemos hablado.

Los cofrades atendían ya por sí mismos ya con sus limosnas diversas obras benéficas. En sus testamentos hallamos legados y donaciones para estos hospitales.

Intimamente ligado con el mundo de las órdenes mendicantes cabe señalar la *Orden de San Jerónimo*. Sus miembros fundacionales había pertenecido a la Tercera Orden de San Francisco. Luego aceptaron la Regla de San Agustín. La bula pontificia del 1373 les permitía abrir nuevas casas. Su monasterio más importante es el de Guadalupe que, en el siglo XV, poseía amplios espacios destinados a hospedería y enfermería. Junto a ésta años más tarde se crearía una famosa escuela pública de medicina y cirugía.

En la enumeración de estos jalones no podemos preterir el centrado en el mundo de la lepra.

Esta enfermedad era prácticamente desconocida en Europa; llegó con el retorno de los cruzados. Se la consideró como la enfermedad por antonomasia, y más adelante se calificó a quienes la padecían de *enfermos de*

Dios, mártires de Cristo. Vivían apartados, nadie se atrevía a acercarse a ellos. Y allí, en la misma tierra del Señor, se produjo el maravilloso fenómeno de unas personas que, por amor a Jesús, se consagran a su servicio.

Fue en la misma Jerusalén donde algunos cristianos atendieron por vez primera a los leprosos. Lentamente surgiría la *Orden de San Lázaro*. Se extendieron por toda Europa, sobre todo al tener que abandonar la Tierra Santa. Por el testamento de Luis VIII de Francia sabemos que existían en aquel país 2.000 *maladriere*. También en España les apoyó la corona. Esta Orden llegó a tener 3.000 leproserías. Otras instituciones les ayudaron: los *Hermanos de San Francisco*, y varios grupos de seglares agrupados bajo la Regla de San Agustín. Tanto el ingreso como la vida en las leproserías estaba rodeado de muchas ceremonias y símbolos religiosos.

Con el siglo xv asistimos a un proceso de concentración de hospitales. Hasta este momento habían existido en las ciudades muchos hospitales, pero la gran mayoría eran pequeños, en muchos casos no llegaba a diez el número de camas. El aumento de la población exigía tomar medidas eficaces para evitar el dispendio inútil de personal. Surgió así la idea de concentrar en un edificio mayor todos los preexistentes. Citaré tan sólo el caso de Barcelona. Existían en la ciudad los pequeños hospitales de Colom (desde el 1219), el de Guitart (del siglo x), el de Narcís (fundado el 1150), la leprosería establecida por el obispo Guillem de Torroja en el siglo xii, y los de la Maternidad y Pía Almoina, ambos del siglo xiv. El 1401 el Consell de Cent de la ciudad decidió la fusión de todos ellos. Martín en Humano pidió la aprobación de Benedicto XIII; éste creó el nuevo hospital de la Santa Cruz. Su dirección quedó en manos del cabildo y de la ciudad; en él trabajaron diferentes instituciones religiosas.

Junto a la concentración, asistimos al fenómeno de la diversificación de los hospitales. Por vez primera en el occidente vemos atenderse a los enfermos según su enfermedad y gravedad.

Ahora, entre otros, aparecerán los sanatorios mentales. El primero de Europa en Hamburgo el 1375; el primero de España en Valencia: el *Hospital de la Dona dels Innocents*; fundado con motivo de un sermón de fray Joan Gilabert Joffre.

Con el Renacimiento, la reforma protestante y el surgir de las monarquías absolutas, Europa entra en la Edad Moderna. La situación más o menos unitaria de la Europa medieval se resquebraja. La diversidad se manifiesta en muchos terrenos, incluso en el de la atención a los enfermos.

En aquellos países donde la reforma protestante se impuso, la Iglesia perdió sus bienes, no pudo atender a sus obras asistenciales... Fueron unos tristes años para los enfermos y necesitados de aquellos países. Por el contrario, en aquellos otros, en los que el cristianismo pudo afianzarse se produjo un auténtico momento de esplendor, incluso en el aspecto concreto de la atención a los enfermos.

En el caso concreto de España, la época de los Reyes Católicos marca el inicio de una nueva época. No sólo legislaron en pro de los hospitales, sino que fundaron nuevos edificios, entre ellos en 1501 el Real de Santiago, con trescientas camas.

Cardenales y obispos rivalizaron en la construcción de

monumentales edificios: el cardenal Mendoza fundó el hospital de la Santa Cruz en Toledo, y en la misma ciudad imperial, el cardenal de Tavera el que lleva su nombre.

El renacimiento añadió a las dimensiones ya alcanzadas con la fusión del siglo xv, la monumentalidad y riqueza. Magníficas construcciones se elevaron por doquier y son hoy orgullo de Italia y España.

Pero esta suntuosidad puede hacernos quizás olvidar un aspecto esencial y no siempre considerado en las guías turísticas: ¿Quién cuidó de los enfermos acogidos en ellos? ¿Quiénes lograron que aquellas monumentales construcciones fueran algo más que meras obras de arte?

NUEVOS JALONES EN NUESTRA HISTORIA

Fruto de la renovación religiosa de la Contrarreforma surgieron numerosas órdenes religiosas. No podemos enumerarlas todas, pero no podemos tampoco preterir las más significativas. Y queremos empezar con los *Hermanos de San Juan de Dios*.

Juan Citade Duarte, conocido actualmente por Juan de Dios, había nacido en Portugal en 1495. Movido por un sermón de Juan de Avila decidió consagrarse al servicio de los enfermos. En 1537 fue reuniendo en una pequeña casa de Granada a los enfermos que encontraba por la calle. El y sus compañeros fueron ampliando su radio de acción y pronto debieron trasladarse a un nuevo lugar que se convertiría en un gran hospital. Muerto el santo, sus compañeros prosiguieron su labor. Pío V aprobó la nueva Orden en 1572: sería una Orden de Hermanos que seguirían la regla de San Agustín y que añadirían a los tres votos el de la Hospitalitas o cuidado de los enfermos.

Felipe II admiró su celo y les protegió; se difundieron rápidamente por España y la Europa católica. A fines del primer siglo de su fundación eran ya 2595 hermanos que atendían 262 hospitales con 6893 camas. Su abnegación quedó especialmente patente durante las 12 epidemias que castigaron España durante los siglos siguientes. Unos 200 hermanos murieron al pie de la cama de los enfermos apestados.

San Juan de Dios fue proclamado por la Iglesia patrón de los hospitales y los enfermos.

El mismo año de 1550 en que moría Juan de Dios, veía la primera luz en Bacchiano, Camilo de Lelis.

Arruinado y herido pidió ser admitido como sirviente en el hospital de incurables de Santiago de Roma. Ingresó luego en la Orden de San Francisco como lego. Para poderse dedicar más exclusivamente al servicio de los enfermos fundó una congregación: los *Ministri degli infermi*. Fueron aprobados por Sixto V en 1586. También ellos añadieron a los tres votos el de servir a los enfermos.

Estas y las restantes Ordenes, que no podemos citar, llenaron de admiración el siglo xvi y su proyección hospitalaria perdura. Pronto verían añadirseles nuevos refuerzos en el siglo xvii. Este nuevo jalón podría calificarse como el de la masiva intervención de los seglares en el cuidado de los enfermos.

Ya hemos visto cómo en la antigüedad algunos laicos cristianos se habían consagrado de manera aislada al

servicio de los necesitados y enfermos; durante toda la edad media integrarían en cofradías; ahora les veremos intervenir de manera casi masiva en renovadas instituciones.

Las últimas guerras europeas habían sumido el viejo continente en la miseria; un creciente pauperismo amontonaba a los pobres y enfermos en las calles y alledaños de las ciudades. Dios suscitó en este momento un nuevo héroe de la caridad: San Vicente de Paul. Su figura y su obra constituyen un nuevo hito en nuestra historia.

Después de no pocas dificultades pudo mover el corazón de damas piadosas y convencerlas de la necesidad de atender a los pobres y necesitados. En 1621 pudo fundar la primera *Confrerie de la Charité*. Siguiéron otras muchas... Pero existía el peligro de la atomización. Vicente encontró en Louise de Marillac una auxiliar de innegables cualidades. Ella lograría, en 1633, coordinar aquellas obras: sería el inicio de las *Hijas de la Caridad*. Su difusión fue enorme. En España entraron por Barcelona en 1790, pasaron a Lérida y de allí a toda la península.

Luis XIV, movido por el ejemplo del santo, decidió la construcción de un gran hospital en París. Podía recibir a 10.000 pobres y enfermos. Nacen así los llamados hospitales generales. El mismo rey decretó que se hiciera algo semejante en las restantes capitales de Francia. Encontró en la Iglesia, y especialmente en la Compañía de Jesús, una eficaz colaboradora. El P. Chaumand fundó no menos de 123 hospitales.

Estos hospitales generales, nacidos para combatir la mendicidad y la miseria, fueron bien acogidos pero no solucionaron el problema social que los originara, antes al contrario —y de manera imprevista— vinieron a agravarlo. Por una parte predominó en ellos una asistencia hospitalaria más generosa que sabía, por otra las cuantiosas donaciones que iban recibiendo, y que de hecho posibilitaban su subsistencia, iban incrementando el capital retenido en *manos muertas*, imposibilitando con ello toda sana política económica. A la larga se imponía una *desamortización* que de una u otra manera se iría produciendo en todos los países. Lástima que un diálogo constructivo no fuera posible entre la Iglesia y los gobiernos.

Francia abriría el camino: la Revolución Francesa cortó toda posibilidad de arreglo. La Iglesia lo perdió todo y con ello los enfermos quedaron abandonados y desatendidos.

Napoleón, primero, y luego la monarquía restaurada intentarán volver las aguas al antiguo cauce. También la Iglesia.

No es de nuestra incumbencia tratar aquí del grado de involución en que se movió la Iglesia en aquel momento. Queremos tan sólo constatar que será el siglo XIX —con sus luces y sombras— una nueva palestra para los héroes de la caridad.

Ya a principios de siglo, en 1801, el ex jesuita P. Delpuits (la Orden no había sido restablecida todavía) fundó el *Auxilium christianorum*; semilla de todas las posteriores. Después de la revolución de 1830, sería substituida por las *Conferencias de la caridad* que, sabiamente estructuradas por Federico Ozanam, constituirían las famosas *Conferencias de San Vicente de Paul*, cuyos centenares de miles de socios procurarán atender las necesidades de los pobres y enfermos.

No podemos citar todas las nuevas instituciones surgidas durante el siglo XIX para atender a los enfermos.

Ana María Javouhey fundó en 1807 las *Hermanas de San José de Cluny* para atender a niños y enfermos; Juana estableció en 1840 las *Hermanitas de los pobres* para atender principalmente a los ancianos. Las *Hermanas de María Auxiliadora* (1854) centrarán su apostolado en los tuberculosos y las *Damas del Calvario* en los incurables.

Abundan durante este siglo las congregaciones de derecho diocesano. Varias en hábito y costumbres coinciden todas en su abnegada labor en pro de los enfermos.

En España queremos recordar la figura de la Madre Rafols nacida en Villafranca del Panadés en 1781, y que en 1804 recibió el encargo de dirigir el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia en Zaragoza. Fundó allí la *Congregación de las Hermanas de la caridad y Santa Ana*, que atienden muchos hospitales.

Junto a las Congregaciones no faltan los testimonios individuales. Todo el mundo sigue admirando la figura del P. José Damien de Veuster, nacido en Tremeloo, Bélgica, y miembro de la Congregación de los Sagrados Corazones de Jesús y de María, que consagró su vida al servicio de los leprosos de la isla de Molokai. Al final de su vida podía empezar sus sermones: «Nosotros los leprosos...». Murió presa de la enfermedad y su ejemplo encontró seguidores, incluso en España. El jesuita valenciano Carlos Ferrís fundaba la leprosería de Fontilles en 1909.

No quisiera finalizar esta sumaria exposición sin citar una obra excepcional, cuya subsistencia raya con lo milagroso: la *Piccola casa della Divina Provvidenza* de Turín, fundada por San Giuseppe Benedetto Cottolengo. Nacido en 1786 y ordenado de sacerdote en 1811, quiso imitar la labor de San Vicente de Paul y desde el 1827 se consagró al cuidado de los enfermos. Para atender a los que se acogían en la Piccola casa, fundó la congregación de las *Hijas de San Vicente*, a la que fue añadiendo siete congregaciones femeninas más, cada una de ellas con su finalidad propia. La obra estaba confiada a la Divina Providencia; no se podía pedir limosna; se confiaba plenamente en el Señor. Por esto no quiso nunca saber cuántos eran los enfermos, de todos los géneros, que se acogían en la Piccola casa. Hace unos pocos años sabemos que eran más de 3650. Además se atendía diariamente a unas 200 consultas, siempre gratis. Unas 590 religiosas residían en la Piccola casa.

A imitación suya se abrirían otras casas, especialmente en Italia. Hoy se las conoce con el nombre de Cottolengos. El primero en España se abriría en Barcelona por obra del P. Guim.

Hospitales, leproserías, hospicios, sanatorios, cotelengos... en todos ellos millares de religiosos y religiosas y numerosos seglares consagran sus vidas al servicio de los enfermos. Ciertamente que la actual crisis de la Iglesia, con la escasez de vocaciones, ha obligado a algunas congregaciones religiosas a abandonar sus tradicionales lugares de trabajo, especialmente en Centroeuropa. Desconocemos el futuro, pero de lo que no podemos dudar es de que el cristianismo —quizás bajo formas diversas— seguirá considerando al necesitado, al enfermo, como obligado punto de referencia de su vitalidad. Cambiarán, quizás las formas externas, pero las Bienaventuranzas no perderán nunca su virtualidad.

LA ORACION EN LA ENFERMEDAD

RUDESINDO DELGADO

LA ENFERMEDAD, TIEMPO DE ORACION

La enfermedad es un momento privilegiado para la oración. En el corazón de la persona que está enferma y en sus seres queridos brota casi de forma espontánea la oración, la plegaria en su más diversas formas: queja, interrogante, súplica, abandono, agradecimiento... Quien ha pasado por una enfermedad grave o está en comunicación con enfermos graves, sabe que esto es una realidad. ¡Cuántos alejados de Dios en la vida ordinaria, incluso descreídos, vuelven su mirada a Dios, al sentir en su carne la enfermedad, para echarle en cara lo que les está ocurriendo, para suplicarle ayuda o para prometerle ser mejores si les cura!

¿Por qué la enfermedad es un momento privilegiado para la oración? Expondré varias razones que, a mi parecer, explican el hecho:

— La situación de enfermedad supone una ruptura con la vida. Hay tiempo y sobra tiempo para todo, para pensar, reflexionar, aburrirse, leer... y también orar.

— En la situación de enfermedad se encuentra uno consigo mismo y descubre su verdadero ser de criatura: frágil, débil, vulnerable, necesitado, dependiente de los demás y dependiente también de un ser superior... En ese encuentro surge la oración.

— Cuando alguien se ve mal, como en la enfermedad, acude a todos los medios a su alcance.

— En la situación de enfermedad se pone en crisis todo; surgen las preguntas, los interrogantes acerca de la vida, de su sentido, del sufrimiento... ¿Qué sentido tiene mi vida? ¿Por qué Dios permite esto?

LA ORACION DEL ENFERMO

En la oración del enfermo, más que en la oración del que está sano, tiene un peso enorme la situación, la realidad que está viviendo: dolor, preocupación, angustia, abatimiento, desesperanza, curación... En su oración cuenta igualmente su pasado: historia personal, visión de Dios, práctica religiosa, recuerdos de infancia, oraciones aprendidas y rezadas... Cada enfermo tiene su forma original de orar y diversas modalidades de dirigirse a su Dios.

La Sagrada Escritura nos ofrece innumerables y variadas oraciones de personas enfermas. A su luz vamos a

analizar las diversas modalidades de oración del enfermo y daremos algunas pautas de comportamiento para acompañar al enfermo en su oración. En el análisis seguiremos fundamentalmente el libro de Angel González Núñez, «La oración de la Biblia para el hombre de hoy».

LA ORACION DEL ENFERMO QUE INTERROGA Y SE QUEJA

En esta oración hay tres factores, tres personajes: el sujeto (enfermo), el objeto (mal), y el interlocutor (Dios). La voz del enfermo no tiene casi dirección; el mal es tan apremiante que casi apaga esa voz; el interlocutor está tan escondido tras el mal, que no se sabe si escucha o hace caso. El orante, replegado en sí mismo, habla de Dios o con Dios para quejarse, acusar, pedir cuentas, pero no para encontrarse con El, sus ojos están muy cargados para verlo.

Los hombres orantes de la Biblia nos han dejado muestras numerosas de esta modalidad de oración: Salmos, Jeremías, Job y Jesús.

Jesús oró también con esta modalidad: «Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado?» (Mc 15, 34). Abandonado, rechazado grita y suplica. Y Dios no responde. Responde con el silencio. Jesús experimenta la cruz desnuda y solitaria y asume hasta el fin su misión, sin alivio. Su oración es la forma más pura de fe. Proclama su presencia a través del vacío de la experiencia.

Nuestra actitud y comportamiento con el enfermo que ora quejándose

— Acompañarle con una presencia cercana y cálida para que se sienta arropado en esos momentos en que está solo y a la intemperie.

— No sólo permitirle sino incluso animarle a desahogarse, siendo para él como una esponja.

— Compartir con él el silencio de Dios. Nuestro silencio puede ser más elocuente con las palabras en esta situación.

— Un crucifijo, una medalla, una estampa pueden ser *mediaciones* que favorecen el encuentro del enfermo con Dios y son signos de que Dios está junto a él y no le abandona. No podemos, no debemos prescindir de estas mediaciones. Sirvámonos de ellas, evitando fomentar la magia,

LA ORACION DEL ENFERMO QUE SUPLICA

El enfermo es un ser que se siente necesitado. La necesidad puede convertirse para él en *lugar teológico* de encuentro con Dios. Ese momento de apertura de la pobreza a la riqueza de Dios llega a ser realmente oración.

La oración de súplica es la más universal, en el hombre primitivo y en el de hoy. Es la que predomina en la Biblia.

Nuestra actitud y comportamiento con el enfermo que suplica

— Ayudarle a profundizar y a situarse en un plano de fe, ya que la oración de súplica sólo tiene sentido en el plano religioso. ¿Cómo?:

a) Liberándole de falsas imágenes de Dios: Dios superespecialista y tapaagujeros; Dios lejano y despreocupado de los seres humanos; Dios que nos preserva de las desgracias y del sufrimiento...

b) Conduciéndole a una confianza personal en el Dios vivo que se interesa personalmente por nuestra vida: un Dios nos ha creado, nos ha dado la vida sólo por amor y nos llama a vivir en comunidad de amor con El; un Dios que nos habla personalmente en las situaciones concretas en que nos encontramos y nos va trazando día a día la tarea de nuestra vida y dando fuerza para realizar las exigencias del amor.

— Abrirle solidariamente a los otros enfermos y personas en necesidad. El que está en necesidad es capaz de comprender al que está necesitado: con delicadeza se puede conducir al enfermo a pedir, interceder, acordarse de los demás, ofrecer lo suyo, no sólo su oración, también su vida por los que sufren con él (familia, amigos, compañeros), por los que están peor que él (más enfermos, solos, deprimidos, agotados y cansados) y por cuantos le cuidan y atienden.

— Ofrecerle cauces para hacer sus peticiones en público.

LA ORACION DEL ENFERMO QUE CONFIA Y SE ENTREGA A DIOS

La situación en la que brota esta oración puede ser la misma exactamente que aquella en la que surge la oración de queja o de petición de auxilio. Sin embargo la actitud interna del que ora es enteramente otra: la queja desaparece, queda en bocas de terceros o es rechazada; la petición se transforma en seguridad.

Dios es proclamado y definido con imágenes que significan fortaleza, refugio seguro, socorro indefectible. La confianza del orante en El ayuda a mirar con soberanía las cosas: relativiza el mal, pone en su lugar los bienes, ilumina la oscuridad, hace real la dicha del que espera...

Esta oración acoge otros sentires que cuando son centrales dan el nombre a la oración: conformidad y entrega.

La oración de conformidad pone su acento en la aceptación de la voluntad de Dios: «que sea lo que Dios quiera», «hágase tu voluntad...». En la Biblia nos encontramos con ejemplos heroicos: Job y Jesús. «Que no se haga mi voluntad sino la tuya». Estas palabras no

son expresión de un sentimiento de resignación pasiva, sino de aceptación refleja y activa. Jesús, para ello, no ora después de haber sido derrotado, ora antes y en para crear el hombre interior que vivirá el acontecimiento —la pasión en este caso— con todas las energías. La oración se convierte en tiempo de combate: voluntad de Dios o voluntad propia.

La oración de entrega es la oración del que se pone en las manos de Dios y a El le entrega su vida, sus afanes, preocupaciones... Trae consigo paz y serenidad.

Nuestra actitud y comportamiento con el enfermo que confía y se pone en las manos de Dios

— Discernir lo que hay en el enfermo detrás de su frase «que sea lo que Dios quiera». A veces es una evasión, un dejar la lucha. En ese caso al enfermo hemos de decirle que Dios quiere que luchemos y pongamos los medios para superar la enfermedad. Hemos de ayudarle a salir de la pasividad.

— Ayudarles a orar antes y en la enfermedad —no como refugio— para descubrir la voluntad de Dios y para encontrar la fuerza en El a fin de cumplirla gozosamente.

— Utilizar las oraciones breves, *jaculatorias*, muchas de ellas de un profundo contenido de fe y de gran valor para estos momentos.

LA ORACION DEL ENFERMO QUE AGRADECE

El sentimiento de gratitud es humano pero no es todavía oración de acción de gracias. Esta es gratitud a Dios por el don de la vida, por los bienes que la llenan, por la curación, por su ayuda...

La oración de acción de gracias utiliza un lenguaje semejante al que expresa la gratitud entre los hombres. Se suele dar gracias ante otros. Hay una necesidad de compartir la dicha y el bien. El bien es expansivo. Compartir ese bien es proclamar la obra de Dios.

La oración de acción de gracias es muy frecuente en la Biblia y estuvo presente en la vida de Jesús, de las primitivas comunidades y de la Iglesia.

Nuestra actitud y comportamiento con el enfermo que ora dando gracias

— Partir del sentimiento de gratitud tan humano y espontáneo y ayudar a reconocer al Dios que se nos da y entrega en la vida: una curación, un detalle del hermano, la labor de atención de los médicos y de cuantos rodean al enfermo.

— Ofrecer cauces para poder expresar el agradecimiento *públicamente* en la comunidad: eucaristía, encuentros, celebraciones...

— Ayudar a dar hondura y profundidad a la acción de gracias: respetar la forma peculiar de dar gracias —ofrenda de flores, velas, promesas...— pero educar para que vivan conscientemente su gesto y para que descubran que es *su vida* vivida al servicio de los demás y de Dios la forma más agradable de dar gracias a Dios.

— Fomentar la expresión de acción de gracias a Dios no sólo con la palabra sino también con gestos.

LA ORACION DE INTERCESION POR EL ENFERMO

La necesidad vista en los otros lleva a interceder en su favor. La oración de intercesión es creadora de la persona que intercede, pues la saca de sí misma y la pone al servicio de los otros y es creadora de comunidad. Interceder es luchar con otros, ayudar y amar y eso es ser comunidad.

La oración de intercesión expresa la conciencia de solidaridad fraterna y es creadora de la misma. Es la respuesta de los hombres al Dios que quiere un pueblo de hermanos.

Esta oración ha estado siempre presente en la vida tanto de las personas creyentes como de las comunidades cristianas y de la Iglesia. La Iglesia ora por los enfermos en la eucaristía, la liturgia de las horas, la celebración del sacramento de los enfermos.

En las «orientaciones del ritual de la unción y de la pastoral de enfermos» se recomienda vivamente a todos, y muy especialmente a los sacerdotes, «orar por los enfermos encomendándolos al Señor doliente y glorioso para que los alivie y salve» (n.º 5). A la familia y los que atienden a los enfermos les corresponde fortalecerles con palabras de fe y con oraciones en común, encomendarlos al Cristo doliente y glorioso y exhortarlos a que se asocien libremente a la pasión y muerte de Cristo, y colaboren al bien del Pueblo de Dios (n.º 34).

La oración por el enfermo ha de acomodarse a su

situación y para cada momento ha de ofrecerle la fuerza consoladora del Espíritu y la presencia fraterna de la Iglesia.

LA ORACION CON Y POR EL ENFERMO EN EL RITUAL DE LA UNCIÓN Y DE LA PASTORAL DE ENFERMOS

El ritual nos recuerda en sus orientaciones los fines y frutos que hemos de buscar en nuestra oración con y por el enfermo:

- Crear y favorecer un clima de paz (n.º 55).
- Crear un clima propicio para superar la prueba del alma y del cuerpo a fin de conseguir la salud de ambos (n.º 56).
- Ayudar al enfermo a la entrega humilde y confiada en manos del Padre (n.º 56).
- Ayudarle a progresar en su identificación con el Cristo paciente (n.º 56).
- Darle fuerzas para sobrellevar los dolores (n.º 81).
- Descubrir al enfermo, tentado de encerrarse egoístamente en sí mismo, el sentido de su comunión total con Dios y los hombres, que Cristo da a la vida (n.º 63).
- Crear clima sagrado para construir la comunidad (n.º 72).
- Ayudarle a hacer el tránsito a la vida eterna en unión con Cristo. Entregarlo a la Iglesia celeste (n.º 82).

ORACION CON Y POR LOS ENFERMOS

Celebración Comunitaria

INTRODUCCION

Es muy importante crear el clima de oración. Conviene explicar lo que va a ser la celebración en sus diferentes momentos. Se ensayan los cantos. Se ilumina de forma adecuada (casi penumbra en la oración de queja, intercesión y confianza; con mucha luz en la oración de agradecimiento). Se pone música suave de fondo al principio. Y se invita a los participantes a recordar enfermos concretos a los que han acompañado, a ponerse en su situación y en la de tantos enfermos que en esos mismos instantes estarán orando.

1

LA ORACION DEL ENFERMO QUE INTERROGA Y SE QUEJA

Música

Coral tránsito para órgano de Bach, BWV 647

Escuchamos el grito del enfermo en la Biblia

- * Ay de mí con mis heridas
¡Qué golpes tan dolorosos!

Mi tienda devastada

todas sus cuerdas rotas.

Mis hijos me abandonaron.

Jer 10

- * Estoy saturado de pesares
y mi vida en los umbrales de la muerte.
Soy un hombre desahuciado.
Estoy abandonado.
Te estoy llamando todo el día
tendiendo las manos hacia ti.

Sl 88

- * No hay parte sana en mi cuerpo.
No puedo encontrar reposo
mis maldades me abruman.
Ando encorvado, decaído.
Me siento aturrido y ando deprimido
gritando por el consuelo.

Sl 38

- * ¿Por qué tiene que ser eterno mi dolor
y mi herida desesperada e incurable?
Te has vuelto para mí arroyo engañoso
agua con la que no puedo contar.

Jer 15

- * ¿Hasta cuándo, Señor, debo clamar sin que me escuches?
¿Hasta cuándo, Señor, gritaré
sin que me salves?

Hab 1

- * ¿Hasta cuándo, Señor, me tendrás olvidado? SI 13
 ¿Es que me has desechado enteramente? Lam 5

Música

Salmo 6 de la «Música de la Biblia Revelada»

- * Me consumo, no puedo ya vivir.
 Déjame, que mi vida es un soplo. Job 7
- * Estoy hastiado de la vida.
 Voy a desahogar la amargura de mi alma.
 ¿Ganas algo con oprimirme? Job 10
- * Grito hacia ti y tú no me respondes.
 Estoy delante de ti y tú no me haces caso.
 Te has vuelto cruel conmigo
 con tu mano vigorosa me maltratas.
 Me levantas por el aire,
 me arrastras cabalgando
 me disueltas, me destrozas! Job 30
- * Dios mío, Dios mío, ¿por qué me abandonas?
 Dios mío, de día te grito
 y no me respondes,
 de noche y no me haces caso. SI 22

Jesús hizo suyos el grito y la queja de todos los hombres y clamó:

DIOS MÍO, DIOS MÍO
 ¿POR QUÉ ME HAS ABANDONADO? Mc 15, 34

En este momento muchos enfermos desde su dolor, angustia y desesperanza gritan a Dios:

- ¿Por qué Señor, por qué?
 ¿Por qué a mí, Señor?
 ¿Por qué el sufrimiento?
 ¿Por qué la parálisis total?
 ¿Por qué este accidente que me ha impedido andar?
 ¿Por qué morir en la primavera de la vida
 y tener que marchar?
 ¿Por qué? ¿Por qué?

Como Cristo hacemos nuestros esos gritos y oramos a Dios cantando:

Hasta cuándo
 Señor, seguirás olvidándome.

2

LA ORACION DE INTERCESION POR EL ENFERMO

Música

«Confortad a mi pueblo». Aria de El Mesías de Häendel.

En el Evangelio vemos a las gentes interceder por sus enfermos

- * «Al anochecer, cuando se puso el sol, le fueron llevados todos los enfermos y endemoniados». Mc 1,32
- * La gente llevaba a los enfermos en camillas a donde oían que estaba.
 Donde llegaba, fueran aldeas, pueblos o cortijos, colocaban a los enfermos en la calle y le rogaban que les dejase tocar siquiera el borde de su manto;

y todos los que lo tocaban obtenían la salud. Mc 6, 55-56

- * Llegaron cuatro llevándole un paralítico y como no podían meterlo por causa del gentío, levantaron el techo encima de donde estaba Jesús, abrieron un boquete y descolgaron la camilla con el paralítico. Mc 2, 3-4
- * Se acercó un jefe de la sinagoga, que se llamaba Jairo, y al verlo se echó a sus pies rogándole con insistencia:
 «Mi niña está en las últimas;
 ven a aplicarle las manos para que se cure y viva». Mc 5, 23
- * «Maestro, te he traído a mi hijo que tiene un espíritu que no le deja hablar... Si algo puedes, ten lástima de nosotros y ayúdanos». Mc 9, 17-22

Llevamos a los enfermos a Jesús y suplicamos por ellos...

Peticiones de los participantes.

3

LA ORACION DEL ENFERMO QUE PIDE Y CONFIA: HAGASE TU VOLUNTAD

Música

«Concierto para órgano» n.º 1 BWV. 592 de Bach.

Escuchamos la oración del enfermo que pone en Dios su confianza

- * Ay, dueño mío, Señor,
 tu hiciste los cielos y la tierra
 y no hay para ti cosa imposible. Jer 32
- * En ti confiaban nuestros padres
 en ti confiaban y no les defraudaste.
 No te quedes lejos
 que el peligro está cerca
 y nadie me socorre.
 Fuerza mía, ven a auxiliarme. SI 22
- * Sé tú mi roca fuerte
 la fortaleza que me salve.
 Yo confío mi vida en tus manos.
 Compadécete, Señor, que me encuentro en peligro.
 El miedo me envuelve.
 Pero, yo tengo confianza en ti, Señor,
 mi suerte está en tu mano.
 Sálvame por tu amor. SI 31
- * Compadécete, Señor, de mi fragilidad.
 Salva mi vida, Señor,
 líbrame, por tu misericordia. SI 6
- * Yo espero en ti, Señor,
 tú me responderás. SI 38
- Hazme vivir, Señor,
 sácame de la angustia. SI 143
- Tu vara y tu cayado me sosiegan. SI 122

Nos unimos a los enfermos que se refugian en Dios cantando

Protégeme Dios mío, me refugio en ti, Salmo

Jesús ora al Padre con total disponibilidad

PADRE MÍO, SI ES POSIBLE PASE DE MÍ ESTE TRAGO
PERO NO SE HAGA LO QUE YO QUIERO
SINO LO QUE QUIERES TÚ.

Música

«Be still my Soul» de J. Sibelius.

Muchos enfermos rezan hoy como el Señor Jesús, poniéndose
confiados en las manos del Padre.

Escuchamos dos testimonios

* LO QUE VOS QUERÁIS, SEÑOR.

Lo que Vos queráis, Señor,
sea lo que Vos queráis, Señor.

Si queréis que entre las rosas
ría hacia los manantiales
resplandores de la vida,
sea lo que Vos queráis.

Si queréis que entre los cardos
sangre hacia las insondables
sombas de la noche eterna,
sea lo que Vos queráis.

Gracias si queréis que mire
gracias si queréis cegarme
gracias por todo y por nada
sea lo que Vos queráis.

Lo que Vos queráis, Señor,
sea lo que Vos queráis, Señor.

J. R. Jiménez

Música

«Adagio del concierto para órgano» n.º 2 BWV 593
de Bach.

* PADRE ME PONGO EN TUS MANOS.

Padre
me pongo en tus manos.
Haz de mí lo que quieras.
Sea lo que sea, te doy gracias.
Estoy dispuesto a todo
lo acepto todo.

Que tu voluntad se cumpla en mí
y en todas tus criaturas.

No deseo nada más, Padre.
Te confío mi alma, te la doy
con todo el amor de que soy capaz.

Porque te amo
y necesito darme,
ponerme en tus manos sin medida,
con una infinita confianza
porque eres mi Padre.

Ch. de Foucauld

Pedimos a María que nos enseñe a vivir su actitud
de aceptación de la voluntad del Padre y cantamos

«Madre de todos los hombres, enséñanos a decir:
Amén».

4

LA ORACION DEL ENFERMO QUE AGRADECE Y ALABA

Música

«Y El purificará». Coro de El Mesías de Häendel.

Escuchamos la oración a Dios del enfermo agradecido

* En la angustia clamé al Señor y él me oyó
desde el seno del abismo grité y él me escuchó.
Tú, Señor mi Dios, me sacaste vivo de la fosa.
Yo te ofreceré acción de gracias
y cumpliré el voto que hice.
¡La salvación viene de Dios!

Jon 2

* Cantad al Señor, amigos míos,
alabad su nombre santo.
Yo te ensalzo Señor, porque me libras.
Tú puedes convertir mi luto en danza
para que te cante sin callarme
y te esté dando gracias,
Señor mío y Dios mío.

Sal 150

* Bendecid pueblos a nuestro Dios.
El es quien salva nuestra vida
y no nos deja caer.

Tú, oh Dios, nos has probado
nos has purificado como la plata el crisol
pero al fin nos diste respiro.
Cumpliré las promesas que hice en mi aflicción.
Escuchad, fieles del Señor,
y os contaré lo que hizo por mí.
Bendito sea Dios

que no rechaza mi súplica
ni me retira su amor.

Sal 66

* Te doy gracias, Señor.
Te alabo, Dios mi salvador.
Tú has sido mi protección y mi socorro.
Tú salvas a quienes ponen en ti su esperanza.
No me abandones.

Yo alabaré tu nombre sin cesar,
cantaré dándote gracias.
Tú salvaste de la ruina, me libraste del mal momento
y por eso, te alabaré, te daré gracias,
Señor.

Eclo 51

Jesús también da gracias al Padre

PADRE, TE DOY GRACIAS POR HABERME ESCUCHADO.

Yo sé que siempre me escuchas.
Pero hablo por razón de la gente que me rodea
para que crean que Tú me has enviado. Jn 11, 41-42

Damos gracias al Padre con los enfermos

Acción de gracias de los participantes.

Música

«Aleluya». Coro de El Mesías de Häendel.

LA RELACION DE AYUDA EN LA PASTORAL SANITARIA

ANTONIO GOMIS

INTRODUCCION

En el curso de pastoral sanitaria se han dedicado dos días completos a la relación de ayuda pastoral en el campo sanitario. La aproximación ha sido fundamentalmente psicológica, y se ha tratado a nivel teórico y a nivel práctico, es decir, ha habido un tiempo dedicado a la exposición y al diálogo, y otro tiempo en el que se han hecho unos ejercicios prácticos.

La parte teórica se trató a partir de la psicología de la pastoral. Su intencionalidad era provocar una mejor comprensión y cambio del mundo interior o de las actitudes del agente de pastoral, bien convencidos de que este cambio es el que puede mejorar la relación pastoral. Las técnicas son inútiles, e incluso perjudiciales, si no se conoce al que vive en ellas. De aquí que las reflexiones sobre los agentes de pastoral sanitaria, sobre los enfermos y sobre la relación que se establece, pretendían plantear interrogantes y suscitar algo más de capacidad de concienciar —incluso a nivel emocional— lo que se vive en la relación que nos ocupa.

Los temas estaban estructurados de la manera siguiente: La relación de ayuda; La relación de ayuda pastoral; aproximación psicológica a la experiencia religiosa y cristiana, el problema del mal y del pecado desde la psicología; dinámica del diálogo pastoral; el equipo pastoral y la revisión o supervisión del diálogo pastoral.

Las dinámicas prácticas que se tuvieron se relacionaban con los temas: Frases incompletas sobre la imagen de Dios, de la Iglesia y sobre las motivaciones que se tienen para establecer una relación pastoral; un ejercicio práctico de diferentes tipos de ayuda: más o menos directiva, más o menos psicodinámica, etc.; un *role-playing* sobre una situación de ayuda pastoral en un contexto hospitalario; supervisar en grupo un caso personal real de relación de ayuda de pastoral sanitaria.

Los objetivos de sensibilizar sobre el tema durante los dos días de duración, se consiguieron dentro de los límites marcados por las horas empleadas.

RELACION DE AYUDA: CARACTERISTICAS GENERALES

La relación de ayuda pastoral tiene sentido en el contexto general de toda relación de ayuda. Esta relación se da cuando al menos una de las partes intenta promover en la otra el crecimiento, la maduración y la capacidad de vivir mejor y afrontar la vida de una manera más

adecuada. Podemos decir también que la relación de ayuda es aquella en la cual uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o en ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de los mismos, es decir, una comprensión, modificación o enriquecimiento de la conducta de manera que se produzca un grado satisfactorio de integración, de identidad personal y autorrealización.

Algunas características de la relación de ayuda

— La relación de ayuda supone que la conducta tiene sus causas y que se puede modificar.

— La relación de ayuda tiene sentido para quienes intervienen.

— En la relación de ayuda se expresa afecto. Se revela el yo. Son más importantes los factores afectivos que los cognoscitivos (a pesar de que en la ayuda pastoral estos tengan su importancia, dentro de una actividad de información).

— En la relación de ayuda se manifiesta la persona total. Los que participan en ella son personas auténticas y dignas de fe. Se excluye el fingimiento y el engaño.

— La relación de ayuda tiene lugar por consentimiento mutuo de los individuos participantes. No se puede obligar ni a ayudar ni a recibir ayuda.

— La relación de ayuda tiene lugar porque el individuo que viene para ser ayudado necesita información, consejo, comprensión, ayuda para resolver sus conflictos y/o tratamiento por parte del otro. Es el asesor el que hará el esfuerzo de comprensión del otro y el que le ayudará a comprenderse a sí mismo.

— La relación de ayuda se lleva a cabo por medio de la comunicación verbal y la interacción.

— La actitud de escuchar y de comprender no diferencia al asesoramiento o la relación de ayuda de otras situaciones; la relación de ayuda es una situación estructurada peculiar, con unas variables controladas.

— El esfuerzo cooperativo es una característica de la relación de ayuda.

— La persona que ayuda es accesible y se muestra segura. Superación de las dificultades personales.

— En concreto, el asesoramiento se lleva a cabo en privado y el diálogo es de carácter confidencial.

— El asesoramiento y la relación de ayuda tienen como objeto el cambio: pretenden influir sobre cierta modificación de la conducta que el consultante elige (por eso pide ayuda).

— Así, pues, el propósito del asesoramiento consiste en

proporcionar condiciones que faciliten el cambio voluntario (el derecho que tiene el individuo a ser independiente y autónomo y al mismo tiempo a elegir).

RELACION DE AYUDA EN LA PASTORAL SANITARIA

Naturalmente, antes de hablar del campo sanitario, hay que señalar brevemente algo sobre el consejo pastoral. Este aparece como una relación de ayuda entre personas creyentes que intercambian significados, donde además de las condiciones humanas y psicológicas mencionadas, hay que tener en cuenta la fe, la experiencia religiosa y la escala de valores de los sujetos que interaccionan. La relación pastoral facilita una comprensión significativamente cristiana del yo y de la conducta del individuo.

Ahora bien, la relación pastoral en el campo de la sanidad tiene unas características peculiares y unos objetivos concretos.

Parece que el agente de pastoral sanitaria, entre otras cosas, tenga que acoger a los enfermos, a sus familiares y a la institución sanitaria; en segundo lugar, en la actitud de servirles y ayudarles en su salud física, psíquica y religiosa, tiene que integrar todo lo que supone una relación de ayuda; por último, hay que acompañar al enfermo —y a los que le rodean— en su situación de enfermedad y de muerte, celebrando la fe, si es preciso, en esta situación.

Estos objetivos podríamos denominarlos oficiales.

Sin embargo, hay otros objetivos o significaciones personales propios de cada agente de pastoral sanitaria. Son en realidad los que actuarán en la relación. Si los objetivos oficiales le han interiorizado, el diálogo pastoral puede empezar con buen pie. Pero será necesario tener en cuenta que el deseo de realizarse, el sentirse satisfecho en el trabajo, la propia salud psicológica o de fe personal, o bien las patologías y deficiencias, y todos los aspectos transferenciales inconscientes entrarán también en la relación pastoral.

A todo esto hay que añadir que pueden ser agentes de pastoral tanto el sacerdote como el religioso-religiosa, el enfermero, el médico etc., con todo lo que de *persona* entrañan.

Aproximación psicológica a la conducta

Para entender la vivencia religioso-cristiana es preciso que el pastor haya profundizado en ella y en concreto tenga en cuenta lo siguiente:

- **Concepto de conducta humana:** Cualquier conducta humana —también la religiosa— se ha de entender como una respuesta significativa que el individuo da a la situación significativa que él está viviendo. El significado de la conducta depende del significado que se da a la situación. Y el significado de la situación depende, además de la situación objetiva, de todos los factores de la personalidad del sujeto. Entre estos factores tienen particular relieve todos los factores inconscientes y todas las experiencias pasadas del sujeto, sobre todo las infantiles.

- Con esto, entramos en el concepto de *transferencia*, tan importante en la relación que el pastor y el enfermo tendrán, sea entre ellos respectivamente, sea con Dios.

Es decir, en la relación pastoral se ha de diferenciar lo que el enfermo nos comunica de lo que nosotros introducimos.

En realidad, para tener una buena relación pastoral hace falta comprender lo que el pastor representa para el enfermo y viceversa, y lo que Dios representa para cada uno de los dos.

En toda relación se experimentan sentimientos que ya se habían experimentado previamente hacia otras personas, de manera que cualquier conflicto temprano que implique odio, celos, rivalidad, confianza-desconfianza, autonomía-inseguridad, identidad-confusión, intimidad-soledad, etc., entra a formar parte de la relación. En la relación pastoral también se reviven toda una serie de experiencias del pasado, pero no como pertenecientes al pasado, sino en relación al agente de pastoral, y en el momento presente. Y se reviven tanto los aspectos más adultos como los más infantiles. El enfermo se relaciona con la significación que da al pastor a partir de todas estas experiencias. Y viceversa, el pastor se comunica con la significación que da al enfermo a partir de la realidad del enfermo y de todo lo que el pastor revive en esta realidad. Ambos, pastor y enfermo, provocan una reacción en el otro dependiente de lo que se ha vivido en él.

Después de todo esto se comprenderá que para entender el tipo de relación que se establece, tendremos que tener en cuenta y estar atentos a lo que el enfermo vive en el agente de pastoral, o viceversa, y también a las respuestas que se da a estas vivencias.

No sólo esto. Será preciso analizar los propios conflictos, intentar resolverlos o tenerlos controlados, no reprimidos.

Además, el pastor tendrá que preguntarse, cuando él y el enfermo hablan de Dios o de Jesús, de qué Dios y de qué Jesús hablan. Y cuando hablan de moral, de qué moral hablan. Y cuando afrontan el mal y la muerte, como cada uno tiene resuelto el problema, atento siempre al pastor a lo que él y el enfermo realmente viven.

Amplíemos este último punto.

APROXIMACION PSICOLOGICA A LA CONDUCTA RELIGIOSA

Es preciso que el agente de pastoral se haya planteado en qué consiste la religión y la fe vividas, y cómo se articula la imagen de Dios, de lo contrario es fácil que el enfermo o el mismo pastor aferren a Dios en las redes de sus propias representaciones inconscientes, puesto que como se ha visto al hablar de transferencia, estas pueden dominar y llenar, sin decirlo, todo el campo de la percepción.

La imagen de Dios se articula en tres momentos, la configuración estructural de los cuales constituye el significado del término Dios. Estas tres dimensiones son la experiencia profunda del sagrado, la afirmación atributiva de la trascendencia de Dios y las palabras representativas o dialogales entre Dios y el hombre.

Experiencia del sagrado: la dimensión de profundidad

La experiencia del sagrado, entendida como una experiencia de profundidad, de interioridad o de trascenden-

cia dentro de la inmanencia, al estilo de las experiencias cimeras de Maslow, la expresan los que no creen en Dios, aquellos que no creen en un Dios personal, y también los que creen en un Dios personal. En realidad, parece que todo hombre que ha profundizado en la existencia más allá de la banalidad humana, expresa esta experiencia. El sagrado se caracteriza exclusivamente con la dimensión de profundidad. Las otras dos dimensiones antes mencionadas le son ajenas.

Dios está presente y escondido en el misterio de toda vida. Forma parte del hombre y del mundo. Para darse a conocer necesita del sagrado en las cosas. He aquí expresiones que califican tanto a Dios como al sagrado: *interioridad, escondido, oscuro, raíz en las fuerzas vitales, fuente y origen, al cual se accede entrando en sí mismo, intimidad, misterio, fuerza dinámica en todo lo que vive, presencia misteriosa, lo más profundo de mí mismo, lo que orienta a todo el mundo, símbolo de las posibilidades más profundas del hombre.*

El hombre tiene consciencia de un yo profundo, oculto bajo la superficie de la vida y del obrar cotidiano, cuya realidad aparece como divina y misteriosa. La persona humana tiene experiencias de profundidad a partir de su propia vida, de la vida de la comunidad humana, del mismo cosmos. Y todo esto puede adquirir un sentido sagrado y profundo. Ahora bien, el sentido de la interioridad, del misterio, de la sacralidad profunda y oculta no es todavía la interiorización de la relación con Dios inaugurada por Jesús y que opera el cambio más fundamental de la religión. Pero es muy probable que la interiorización típicamente cristiana se desarrolle sobre la base de este sentido religioso común del sagrado.

Actualmente se habla del amor humano como una de estas experiencias sagradas, camino del encuentro de Dios, campo privilegiado de la experiencia de profundidad, donde se podría acoger el sagrado y Dios mismo. Pero las investigaciones en este campo señalan que, al menos entre los jóvenes, el amor humano es la experiencia afectiva más profunda, pero que contiene una potencialidad de apertura religiosa muy débil. El sagrado no se caracteriza por la emoción intensa y visible, sino la profundidad del retorno hacia una característica objetiva del mundo y de sí mismo. Los estudiosos indican que la contemplación de la naturaleza presenta el nivel más elevado de experiencia religiosa y el más bajo de profundidad afectiva.

La dimensión de la altura: afirmación atributiva de la trascendencia de Dios

La dimensión de la altura es un componente claro que especifica Dios en relación al sagrado, al cual solamente se le atribuye la profundidad. Solamente se puede reconocer a Dios como persona si la experiencia de profundidad se relaciona con la denominación de Dios. El reconocimiento de Dios exige que sea identificado en su especificidad y en su alteridad. Y esto ocurre cuando se habla de él como de: *potencia, majestad, soberano, impresionante, principio ordenador del mundo, aquel a quien todo se refiere, la respuesta a las preguntas últimas, la única explicación definitiva del mundo.*

De esta manera Dios, al mismo tiempo que es el misterio sagrado, presente en todas las cosas, es también el trascendente, el completamente otro, el ser externo que

se pone frente al mundo y al hombre, más allá de todo. Por esto, se le nombra en tercera persona, y se afirma que él es, independientemente de nuestro ser. Dios aparece como la superación del mismo hombre, fascinante, llamando hacia un más allá de valor existencial, hacia lo *último*.

Una relación personal con Dios será posible a partir de todo esto; cualquier relación vivida con alguien implica la aceptación de una heteronomía, de una alteridad, de una frontera que no puede ser pasada. La majestad de Dios pone este límite, el Dios como Absoluto viviente, indica este límite del mundo, en el cual está presente el sagrado. La afirmación de la alteridad majestuosa de Dios no excluye, sin embargo, la experiencia de profundidad en el creyente.

Esta trascendencia tendrá relación con todo el problema de la secularización.

La relación personal con Dios

A partir de Jesús, de la revelación de Jesús, Dios aparece como aquel que establece una relación personal con el hombre, y que pide que este le corresponda.

Dios aparece en los estudios actuales, además de lo que se ha dicho, como: *Alguien a quien se siente próximo como a una persona, un amigo, un padre, alguien que se preocupa por el hombre y sus problemas concretos, alguien frente a quien uno se siente responsable, etc.*

Estudios recientes indican que a Dios se le atribuyen muchos de los contenidos simbólicos atribuidos al padre y a la madre.

Ahora bien, el reconocimiento de la identidad de Dios como un ser personal dialogante, no pertenece al registro de la experiencia sino al de la revelación. Esto se dará siguiendo los dos lazos constitutivos del enlace personal: la presencia amorosa y plena de solicitud por un lado y llamada a la responsabilidad por el otro.

● Parecería que todo lo que vamos diciendo no tiene nada que ver con la relación pastoral con el enfermo. Pero creo que es importante para comprender qué nivel de experiencia religiosa tiene, y si realmente llega a tener experiencia cristiana. Se habla fácilmente de experiencia religiosa o de fe, indicando únicamente la experiencia del sagrado. Y a pesar de que este sea el lugar donde Dios se manifiesta, no es esta la experiencia de fe.

Desde esta perspectiva tendría que verse cómo lo humano puede ser criterio del que es cristiano, cómo se puede hablar de una identidad cristiana y una identidad humana, cómo la moral puede integrarse en una experiencia cristiana etc. Y también, naturalmente, todo el compromiso que supone el amor cristiano.

El agente de pastoral tendría que haber resuelto en su vida todos estos aspectos de la experiencia o vivencia de fe, o por lo menos saber detectar y entender lo que él vive y lo que vive el enfermo.

Como término de esta reflexión psicológica sobre la experiencia religiosa y de fe, quisiera decir unas palabras sobre la llamada segunda ingenuidad de la fe. Esta se produce o se da cuando el creyente ha superado la duda del incrédulo, cuando ha purificado o reconocido la mezcla que existe en su vivencia religiosa, cuando ha criticado su vivencia religiosa y su fe, y vuelve a creer sencillamente, con alegría, con simplicidad, al celebrar su fe, después de la purificación. Nunca estará

bastante purificada, ni bastante hecho el camino, pero se puede caminar con ilusión renovada y con esperanza firme.

EL PROBLEMA DEL MAL, DEL PECADO Y DE LA RECONCILIACION EN EL AMOR

Ya he alargado demasiado estas notas-reseña. Intentaré enumerar.

- Es preciso que el agente de pastoral haya superado el deseo de omnipotencia y de la búsqueda ilimitada de la felicidad, y haya descubierto la alegría de vivir a pesar de los duelos constantes que ofrece la vida. La elaboración de los propios duelos, de las propias enfermedades, del propio camino hacia la muerte. Y también, la confianza en el camino de la historia, como superación y crecimiento, a pesar del mal; el apostar por el hombre más allá de la muerte. Y esto, hacerlo desde Jesús, no desde una ilusión.

Aquel que no tiene esto resuelto, o lo vive de una manera superficial o defensiva, tendrá dificultades en su labor pastoral.

- Un duelo relacionado con el que acabo de nombrar, tiene que ver con la Iglesia como comunidad de hombres, y por lo tanto defectuosa. También este mal, que siempre existirá, hay que haberlo elaborado. Y aceptar todo lo que los enfermos pueden vivir de iglesia defectuosa en el pastor, transferencialmente.

- Los agentes de pastoral celibatarios tendrán especial cuidado de los duelos que comporta su celibato, de manera que sean bien elaborados; y también de los muchos aspectos relacionados con la sexualidad, como la propia identidad sexual, las numerosas vicisitudes y caminos de integración sexual, el otro como objeto sexual, y aspectos transferenciales y contra-transferenciales unidos a estas situaciones.

- Finalmente convendría que el pastor se hubiese planteado todo el problema del pecado y de la culpa, teniendo en cuenta las aportaciones del psicoanálisis, sobre todo por lo que se refiere a las ansiedades persecutorias y a las depresivas, unidas al llamado dolor de atrición y de contricción, respectivamente, y unidas a toda enfermedad y a toda muerte. La reconciliación entre sí mismo y el propio mal —moral o no— con Dios y con la comunidad tienen que ver con estas ansiedades.

DINAMICA DEL DIALOGO PASTORAL

La entrevista

El marco del diálogo pastoral es importante. Hay que ver qué tipo de entrevista se emplea: abierta-cerrada, personal-grupal, con una orientación psicológica o con otra, etcétera.

Se puede diversificar según los objetivos.

Conviene tener en cuenta variables como: el tiempo, las condiciones espaciales, los estatus y roles sociales, la edad y sexo, etc.

Y, naturalmente, los tipos de intervención: de evaluación, interpretación, sostenimiento-consolación, investigadora solución del problema, etc.

Hay que tomar siempre seriamente los sentimientos y fantasías del enfermo.

El equipo pastoral y la supervisión del diálogo pastoral

El trabajar en equipo no será nunca bastante recomendado, intentando la cooperación y la solución de los conflictos que forzosamente comporta todo equipo. La complejidad que supone un equipo pastoral hospitalario aún lo hace más necesario, a pesar de su gran dificultad.

Nosotros solamente queremos manifestar algo importante para el equipo, la supervisión o los seminarios sobre relaciones pastorales concretas. Un poco por el estilo de las sesiones clínicas, o del control o supervisión que tienen los psicoterapeutas. La supervisión es esencial para avanzar, a veces para suprimir algunas ansiedades, y siempre para mejorar el tipo de relación más adecuado para ayudar al enfermo.

La supervisión tendría que tener en cuenta tanto los aspectos más técnicos de la relación, como los aspectos de contenidos cristianos.

INDICACION DE LAS DINAMICAS HECHAS

La primera dinámica intentó, por medio de unas frases incompletas, una aproximación, tanto a algunos aspectos cristianos como a motivaciones personales de los agentes de pastoral asistentes, procurando que viesan las diferencias.

Veamos las frases:

- Dios es para mí...
- Lo que más me satisface de mi trabajo...
- Como persona de Iglesia yo...
- Elegí esta tarea apostólica por...
- Me siento especialmente frustrado cuando en ella...
- Me indigno cuando...

- Se supervisó, en grupos pequeños casos reales de pastoral sanitaria.

- Se llevó a cabo un role playing, en donde había los siguientes personajes:

- Un enfermo agudo.
- Su hija y su madre.
- Una enfermera.
- Una auxiliar.
- Un sacerdote.
- Un médico.

- Se hizo una práctica de entrevista, con distintos tipos de intervención, analizando la ayuda prestada.

PASTORAL DE ENFERMOS EN LA PARROQUIA

MONS. NARCISO JUBANY

Cardenal Arzobispo de Barcelona

INTRODUCCION

La parroquia adquiere hoy unas dimensiones muy diferentes a las de ayer; no es un concepto único. El concepto parroquia tiene como una cierta insuficiencia, dado que la realidad sociológica no coincide con la realidad territorial.

La comunidad parroquial tiene que ser sobre todo misionera y evangelizadora; hoy no puede realizar sólo una labor de *conservación*, sino que su signo debe ir más allá. La parroquia ha realizado un gran esfuerzo en la línea de la catequesis, de los sacramentos, de la familia, de la juventud; infinidad de esfuerzos encaminados a ello, y aún no se llega. Pero es posible que la parroquia descuide este mundo de los enfermos, de las personas dolientes, de los marginados, los minusválidos. Mi impresión es que este mundo queda de lado.

TAREAS A REALIZAR

Tarea de cercanía

Se trataría de recordar en nuestra labor con los enfermos la parábola del buen samaritano; sólo el samaritano, no el sacerdote ni el levita, descubrió el drama interior del hombre apaleado, la tragedia del hombre maltratado, objeto de violencia; los demás vieron, pero no descubrieron, pasaron de largo. Es muy dura la vida para el enfermo y sus familiares; muchos los interrogantes —la existencia del mal, el dolor, la muerte— como para pasar de largo o para pronunciar palabras vagas, vacías. Estos problemas los encontramos tanto en los hospitales como en sus domicilios.

Coordinación de esfuerzos

La comunidad parroquial no puede permitirse el lujo de la improvisación, de las tareas sin coordinar, que cada uno vaya por su línea; con ello, no conseguimos más que el debilitamiento de fuerzas y la ineficacia.

Profesionalización y vocación

Cada vez hay mayor exigencia de realizar un trabajo bajo el imperativo de una profesión: se es profesional. Pero hay cosas, hay tareas que inciden de una forma muy directa en el hombre y exigen, por ello, también una vocación; piden una dedicación, un espíritu.

PRESENCIA DE LA COMUNIDAD PARROQUIAL EN EL MUNDO DE LOS ENFERMOS

Exigencias

- Conocimiento de la realidad de las personas enfermas, ancianas y limitadas que hay en la parroquia.
- Formación de agentes laicos de pastoral sanitaria que puedan motivar a las demás personas de la comunidad.
- Coordinación de fuerzas como hemos indicado anteriormente (capellanes, religiosas, movimientos apostólicos).

Actividades que puede ofrecer

- Concienciación para que se asuma la tarea con solicitud a favor de los enfermos.
- Visitas organizadas y coordinadas en los domicilios de los enfermos.
- Celebración de la fe: la Palabra; llevar la Eucaristía; los sacramentos del Perdón y de la Unción.
- Formación del equipo parroquial de atención a los enfermos: sensibilizar a un grupo, que tome conciencia de lo que existe en la parroquia, confiarle misiones concretas.

MISIONES DIVERSAS EN LA ATENCION A LOS ENFERMOS

- Los obispos y los presbíteros, participantes del ministerio sacerdotal de Cristo, son los que hacen presentes

en la diócesis y en las Iglesias particulares la persona de Cristo (CD. 11; 16. LG. 20).

— El diácono, signo privilegiado de la diaconía de la Iglesia (LG. 29; CD. 15), es el servidor de la Palabra, de los pobres y los necesitados.

— La vida consagrada constituye una forma peculiar de la diaconía de la Iglesia (LG. 44).

— Los laicos no ordenados en estrecha unión con el diácono realizan acciones que responden a la capacidad de todo cristiano como miembro vivo de la Iglesia: catequesis, distribución de la Eucaristía, ministerio junto a los enfermos...

IMPORTANCIA DE LA PASTORAL DE ENFERMOS

Me preocupan los agentes de esta pastoral. Me preocupa su mentalidad. Para terminar quiero exponeros tres ideas.

Es necesario pasar de una preocupación de conservación moral a una preocupación misionera

Por eso existe como una necesidad de signos: signo de una caridad efectiva, no puramente afectiva. Hemos de pasar al problema real: el dolor, la soledad; interesarse por la persona, por su problemática, saber encontrar al hombre, apreciarlo, entenderlo, escucharlo: «Les

pido que vengan a verme una vez a la semana, para que yo tenga a alguien con quien hablar», así se expresaba un anciano que pasaba sus días en gran soledad.

Pasar del complejo de superioridad religiosa al sentimiento de fraternidad

El hombre es nuestro hermano, por ello hemos de romper todo sentimiento de superioridad; bajar un poco de nosotros mismos, de nuestro orgullo.

Sentimiento de solidaridad

«Estaba enfermo y me visitaste... Lo que hiciste con uno de estos pequeños, a mí me lo hiciste...». Esto no son simples palabras, para decir las, sino que implican claramente una buena dosis de espíritu y un gran sentimiento.

La Iglesia tiene que hacerse presente en las necesidades, sabedora de que no está en su mano la solución de todos los problemas, y que ella no tiene la exclusiva; por ello ha de abrirse a un sentido de solidaridad en el que comulgan muchos hombres y que, a veces, no coincide con los gestos de ir a misa. Que no nos pase lo de la parábola del samaritano: que el extraño, el *malo* es el que curó; los otros —el sacerdote y el levita, los *buenos*— fueron a lo suyo, y pasaron de largo.

NOTA: Sentimos no poder ofrecer a nuestros lectores la conferencia completa, dictada por el Señor Cardenal; nos vemos obligados a transcribir tan sólo los puntos principales de la misma.

PASTORAL EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JOSE L. REDRADO

PLANTEAMIENTOS PREVIOS

La salud, sentido y significado

La salud se dice que cambia de nombre, porque ya no se trata de ausencia de enfermedades, sino que tiene otros precios: promoción y protección de la misma salud.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la salud se define desde la totalidad de la persona; uno está sano o enfermo todo entero, totalmente.

La salud, igualmente, es un derecho primario y fundamental del hombre, y la realización práctica de este derecho es siempre relativa; sin embargo, el goce máximo de salud debe ser una conquista diaria.

La medicina de ayer y de hoy - diferencias

Ayer: Se desarrollaba en pocas instituciones, con poco personal laico, era menos técnica, más familiar, estancias muy prolongadas...

Hoy: El número de personal ha aumentado y es más especializado; el número y tamaño de nuestros hospitales es mayor, las estancias son cortas, la técnica complicada y especializada; nos falta tiempo para llegar al enfermo.

Cambio en las relaciones

Existe una crisis de cultura; una educación, roles y organización por las cuales no hemos entrado todavía, nos cuestan; y todo ello repercute en las relaciones humanas.

Igualmente, se constata una gran insatisfacción profesional, falta de interés e ideales que empobrecen nuestras mismas relaciones. Estamos olvidando al hombre y sus derechos; estamos deshumanizando la vida y todo ello resta tiempo e ilusión para las atenciones totales e integrales del enfermo —lo afectivo, lo espiritual, y no sólo lo somático—.

Como consecuencia surgen unas necesidades previas a la evangelización:

- Acoger.
- Reconocer.
- Estimular.

Todos estos cambios influyen en el propio trabajo pastoral. De ahí que debamos replantearnos cuál es el sentido de nuestra tarea pastoral; nuestra presencia, actitudes

y actos concretos que sean y signifiquen una presencia salvadora.

Necesitamos partir de un lenguaje y una comprensión común de lo que es el hombre en el cual todos incidimos: un ser integrado, total y no dividido y reducido a parcelas. Y aunque cada profesional deba responder a su específica misión, deber tener también presente el hombre total, que se vive en salud todo él y también en enfermedad y que en el proceso de curación entran en juego medios que son y pertenecen a esa totalidad.

NUESTRA TAREA EVANGELIZADORA EN EL HOSPITAL — CONTENIDOS

Personalizar la ayuda al enfermo

- Que él sea el centro.
- Que lo tratemos como persona.
- Que nuestra preocupación sea total, integral.

Humanizar las relaciones con el personal

- Que el ambiente les ayude a tomar el trabajo, el hospital, como algo suyo, y no sólo como *empresa*, tomada a veces despectivamente.
- Que su trabajo tenga sentido, que lo sientan como válido e importante y que exista un explícito reconocimiento.
- Formación permanente: actualización, encuentros de reflexión que ayuden a conocernos más, a ser más competentes, mejores servidores de los enfermos.

Anuncio explícito del evangelio

- Que nuestro trabajo sea un verdadero servicio.
- Que en nuestra vida sea un verdadero testimonio por su coherencia.
- Y que nuestra palabra no sea ambigua sino clarificadora, explicativa, que da razón y explica la vida.

Celebración de la fe

Si hemos entendido lo que es la evangelización no perderemos de vista la necesidad que tenemos de celebración: reunir a la comunidad cristiana, orar, celebrar los sacramentos.

(Para estos cuatro puntos consultar nuestro libro *Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia*, todo el Capítulo II, Contenidos...).

CONCLUSIONES

Toda nuestra tarea pastoral, si ha de ser viva, actual y transparente, nos exige:

— Ser instrumentos aptos, coherentes, con capacidad humana y técnica. Entraría aquí todo el signo de competencia humano-profesional y todo el signo de experiencia y vida de fe.

— Que en el centro de nuestro quehacer esté el hombre entero; que se note que luchamos por una asistencia total; que luchamos por su vida; que respetamos sus opciones...

— Dimensión comunitaria, manifestada en un trabajo en equipo, en un compartir los problemas y en una verdadera integración y colaboración.

— Ser testigos y testimonios de las realidades trascendentes; testigos de la esperanza, el amor, el servicio...

FORMULACION DE UN PLAN DE TRABAJO PASTORAL EN EL HOSPITAL

Por qué (es derecho del enfermo)

Razón de esta asistencia

- La enfermedad afecta al hombre en su totalidad.
- La finalidad del hospital es recuperar la salud.
- La asistencia espiritual es un elemento esencial de la terapéutica integral que cada hospital debe asumir.
- Derecho de todo paciente a ser atendido en la totalidad de su persona.
- Derecho del creyente a ser asistido espiritualmente en los momentos en que más necesita: enfermedad, muerte...
- Reconocimiento del derecho a la asistencia espiritual y de su valor terapéutico en todos los países occidentales: Holanda, Bélgica, Francia, Inglaterra, Alemania Occidental, Italia, Canadá, EE. UU., Portugal.
- Reconocido también en España:
 - a) En la práctica.
 - b) Jurídicamente: Real Decreto 2082/1978 del 25 de agosto. Constitución española, art. 15. Acuerdo jurídico España-Santa Sede firmado el 3/1/79, Art. IV. Ley de libertad religiosa, BOE. 24 de julio de 1980.

Cómo (Organización por objetivos)

Porque creemos que es un proceso más educativo y que responde mejor a la finalidad que pretendemos; nos obliga a definir bien las opciones, a mayor seriedad en las tareas; influye progresivamente en la renovación de

los agentes de pastoral y nos obliga a una mayor animación y coordinación.

Esta organización por objetivos nos exige:

Describir el campo de nuestro trabajo pastoral

- Situación del hospital y áreas de influencia.
- Volumen del mismo hospital: enfermos y personal.
- Clase de enfermos: agudos, crónicos; hospital infantil, general...
- Aspectos religiosos: especificar globalmente si los enfermos y sus familiares son creyentes o no y qué tipo de prácticas religiosas frecuentan.

Plantearse los objetivos

Conocido el campo de trabajo pastoral, habrá que proponerse unos objetivos; éstos pueden ser:

Generales: Intentos de colaboración, animación, testimonio, servicio.

Específicos: Son los que se concretan cada año y depende del tipo de hospital, clase de enfermos, etc., para que se puedan proponer unos u otros.

Acciones concretas

Los objetivos se llevan a cabo mediante una serie de actividades, por ejemplo: la visita, la catequesis, los sacramentos, la docencia, las reuniones...

Quiénes

Se trata de las personas que llevan a cabo todo el programa pastoral. Puede ser una sola persona: el capellán; o dos o más que llevan la responsabilidad del Servicio Religioso. También puede haber un grupo de personas que ayudan al Servicio Religioso, realizando tareas concretas y coordinadas: visita, catequesis, animación de la liturgia, etc.

Es decir, las personas de un Servicio Religioso en el hospital pueden ser:

- Un equipo coordinador (capellán o capellanes que son de la plantilla del hospital).
- Un equipo colaborador (que para esta función no son de la plantilla del hospital, sino que dan su tiempo libre para funciones determinadas que se llevan a cabo por el Servicio Religioso).

Evaluación del trabajo pastoral

Se hacen necesarias reuniones a diferentes niveles —a veces sólo el equipo coordinador—; otras veces por actividades y otras, también, a nivel de todos cuantos llevan alguna actividad pastoral.

Estas evaluaciones nos permiten programar mejor, ver cómo se desarrolla el trabajo, conocernos y estimularnos.

CONCLUSIONES

Actitud evangelizadora desde el trabajo profesional

Los profesionales de la salud deben ser conscientes de su realidad bautismal y cómo, desde su trabajo, encarnar

una respuesta salvadora. Competencia, honradez, lucha por los derechos del enfermo son condición indispensable que difícilmente pueden suplirse por ningún otro celo apostólico. A su competencia y trato deben añadir igualmente su testimonio de fe y esperanza.

Presencia evangelizadora desde las estructuras sanitarias

Se trataría, primero, de ir creando una conciencia de organización y coordinación pastoral; no ir por lo libre y a lo que salga. También de la incidencia animadora que debe tener la pastoral de un hospital respecto a la parroquia a la cual pertenece, a fin de que la comunidad cristiana de la parroquia descubra y se haga presente al mundo de los enfermos en sus domicilios. Finalmente, de la presencia y cuidado que podría realizar la comunidad parroquial atendiendo los enfermos de alguno(s) hospital de su demarcación, especialmente si es de crónicos.

La hora de los laicos

Es necesario darles el puesto que les corresponde en la pastoral de enfermos, evitando las desconfianzas y

nuestros clericalismos y organizando la comunidad parroquial en orden a este servicio en el que tienen tanto que decir y hacer los seglares.

Dimensión de «suplencia pastoral» desde la vida religiosa

Creemos que la ha hecho durante muchos años —siglos— en el campo sanitario; donde el Estado no estaba presente la Iglesia de múltiples formas. En este momento de carencia y envejecimiento de los sacerdotes pedimos a la vida religiosa que preparen hermanas para la función específicamente pastoral y que sean destinadas exclusivamente a ello, tanto en hospitales como en parroquias.

Formación de agentes de pastoral

Es urgente, cada vez más, para cambiar mentalidades y actitudes; para capacitar y hacer que la presencia de Iglesia sea actual, viva y salvadora.

MESAS REDONDAS

Junto con las ponencias se presentaron en el curso tres mesas redondas sobre la pastoral de enfermos. Se trata de unas experiencias que completan lo teórico, a veces, de las conferencias. ¿Experiencias? No. Es más bien el trabajo pastoral con enfermos que viene realizándose en distintos lugares. Como es lógico, no es todo y, seguro, que tampoco lo mejor; pero hemos querido recoger alguna muestra. Nuestros lectores sabrán apreciar la diferencia que existe entre el escrito y la vida tal como se desarrolla.

LAS MESAS REDONDAS TRATAN LOS TEMAS SIGUIENTES:

- I. Pastoral de enfermos en varias parroquias.
- II. El Servicio Religioso en los hospitales.
- III. Función y dinámica de varios Secretariados diocesanos de pastoral sanitaria.

I

PASTORAL DE ENFERMOS EN VARIAS PARROQUIAS

Presentación: MIGUEL PESSARRODONA

En este penúltimo día del curso de Pastoral Sanitaria entramos en una nueva dinámica de trabajo que es el *debate público*, el contraste de la misma realidad con la teoría filosófica, teológica, sociológica, psicológica..., son *las mesas redondas*.

Descubrir desde la experiencia, desde la vida de cada día..., desde la organización pastoral, ... desde el trabajo pastoral constante, lento, difícil, rico..., con imaginación..., una línea concreta de pastoral con los enfermos.

Empezamos nuestra reflexión en voz alta entorno a cuatro ejes sobre los cuales vamos a trabajar esta mañana:

- Organización de la acción pastoral.
- En la parroquia.
- Con los enfermos.
- Con experiencias concretas de pastoral realizadas en parroquias.

La parroquia es una comunidad de la Iglesia al servicio de una comunidad humana: el conjunto de personas que viven en un determinado territorio, la vida entera de estas personas. La totalidad de las acciones que tiene que llevar a cabo el Pueblo de Dios en el ámbito del territorio que llamamos *parroquial*. La parroquia es centro de coordinación y de animación de comunidades, de grupos y de movimientos o asociaciones de enfermos.

Elementos a tener en cuenta:

— *El territorio*. Unidades básicas de atención a los enfermos:

- a) Unidad de base de acción pastoral: la parroquia.

b) Unidad básica de la pastoral de conjunto: sector pastoral o arciprestazgo.

c) Ambito mucho más amplio de la organización pastoral: la zona.

— *Realidad social y pastoral* del servicio a los enfermos que presta la comunidad parroquial.

— ¿Quién es el *responsable* de la pastoral de los enfermos? (*GRAN PREGUNTA*): Domicilio, movimientos-asociaciones, comunidad cristiana, familia, hospitales o sacerdotes-diáconos-laicos.

— El trabajo *interparroquial* (pastoral de conjunto). La parroquia no es una isla, ni puede tener un talante individualista.

Principales dificultades que hay que vencer:

— La pobreza comunitaria que se da en el territorio (que llamamos parroquia).

— Falta actitud y actividad misionera. Las parroquias encerradas en sí mismas. Normalmente no están con los más débiles que son los enfermos.

— Clericalismo excesivo. Los pastores asumen solos la misión salvífica de la Iglesia. Falta corresponsabilidad.

Condiciones favorables para un servicio actualizado de pastoral de enfermos:

— Reconocimiento de la responsabilidad eclesial de los laicos. Responsabilidad colectiva y colaboración de todos.

— Inquietud y actividad misionera de un núcleo de fieles de la parroquia para servir mejor a los enfermos.

— Disposición de laicos y clérigos para trabajar en equipo en una estructura fraternal de corresponsabilidad.

MESAS REDONDAS

Junto con las ponencias se presentaron en el curso tres mesas redondas sobre la pastoral de enfermos. Se trata de unas experiencias que completan lo teórico, a veces, de las conferencias. ¿Experiencias? No. Es más bien el trabajo pastoral con enfermos que viene realizándose en distintos lugares. Como es lógico, no es todo y, seguro, que tampoco lo mejor; pero hemos querido recoger alguna muestra. Nuestros lectores sabrán apreciar la diferencia que existe entre el escrito y la vida tal como se desarrolla.

LAS MESAS REDONDAS TRATAN LOS TEMAS SIGUIENTES:

- I. Pastoral de enfermos en varias parroquias.
- II. El Servicio Religioso en los hospitales.
- III. Función y dinámica de varios Secretariados diocesanos de pastoral sanitaria.

I

PASTORAL DE ENFERMOS EN VARIAS PARROQUIAS

Presentación: MIGUEL PESSARRODONA

En este penúltimo día del curso de Pastoral Sanitaria entramos en una nueva dinámica de trabajo que es el *debate público*, el contraste de la misma realidad con la teoría filosófica, teológica, sociológica, psicológica..., son *las mesas redondas*.

Descubrir desde la experiencia, desde la vida de cada día..., desde la organización pastoral, ... desde el trabajo pastoral constante, lento, difícil, rico..., con imaginación..., una línea concreta de pastoral con los enfermos.

Empezamos nuestra reflexión en voz alta entorno a cuatro ejes sobre los cuales vamos a trabajar esta mañana:

- Organización de la acción pastoral.
- En la parroquia.
- Con los enfermos.
- Con experiencias concretas de pastoral realizadas en parroquias.

La parroquia es una comunidad de la Iglesia al servicio de una comunidad humana: el conjunto de personas que viven en un determinado territorio, la vida entera de estas personas. La totalidad de las acciones que tiene que llevar a cabo el Pueblo de Dios en el ámbito del territorio que llamamos *parroquial*. La parroquia es centro de coordinación y de animación de comunidades, de grupos y de movimientos o asociaciones de enfermos.

Elementos a tener en cuenta:

— *El territorio*. Unidades básicas de atención a los enfermos:

- a) Unidad de base de acción pastoral: la parroquia.

b) Unidad básica de la pastoral de conjunto: sector pastoral o arciprestazgo.

c) Ambito mucho más amplio de la organización pastoral: la zona.

— *Realidad social y pastoral* del servicio a los enfermos que presta la comunidad parroquial.

— ¿Quién es el *responsable* de la pastoral de los enfermos? (*GRAN PREGUNTA*): Domicilio, movimientos-asociaciones, comunidad cristiana, familia, hospitales o sacerdotes-diáconos-laicos.

— El trabajo *interparroquial* (pastoral de conjunto). La parroquia no es una isla, ni puede tener un talante individualista.

Principales dificultades que hay que vencer:

— La pobreza comunitaria que se da en el territorio (que llamamos parroquia).

— Falta actitud y actividad misionera. Las parroquias encerradas en sí mismas. Normalmente no están con los más débiles que son los enfermos.

— Clericalismo excesivo. Los pastores asumen solos la misión salvífica de la Iglesia. Falta corresponsabilidad.

Condiciones favorables para un servicio actualizado de pastoral de enfermos:

— Reconocimiento de la responsabilidad eclesial de los laicos. Responsabilidad colectiva y colaboración de todos.

— Inquietud y actividad misionera de un núcleo de fieles de la parroquia para servir mejor a los enfermos.

— Disposición de laicos y clérigos para trabajar en equipo en una estructura fraternal de corresponsabilidad.

— Se reclama la necesidad de cambio de la estructura parroquial y que se crea en la capacidad de encontrar nuevos caminos: renovación urgente de la pastoral al servicio de los enfermos.

— Se necesita hoy un estilo nuevo de pastoral de enfermos.

Tareas prioritarias y actitudes básicas de la pastoral de enfermos en la parroquia:

— La parroquia y la pastoral de los enfermos. Los enfermos son los miembros dolientes de la comunidad parroquial. Ellos viven en su cuerpo y espíritu su propia pasión. Toda comunidad tiene el deber de interesarse por los enfermos. Hay que replantear, reorganizar e impulsar esta tarea pastoral.

— Son necesarios grupos o equipos que se responsabilicen de este servicio a los enfermos.

— Edificación de la Iglesia en el mundo de los enfermos mediante el ejercicio de una gran diversidad de ministerios pastorales y con la fuerza de su testimonio.

— Tomar conciencia de la situación actual de la promoción de la salud y de la realidad del enfermo hoy.

— Sensibilizar a los sanos: catequesis, homilías, charlas...

— Actualizar el servicio evangelizador y sacramental de los enfermos.

— Integrar los enfermos en la tarea pastoral y valorar al enfermo como miembro activo de promoción comunitaria.

— Potenciar los equipos de pastoral para evitar la pastoral en solitario y superar el reduccionismo sacramentalista.

— Presencia de toda la comunidad parroquial en esta realidad de los enfermos conjuntamente con muchos otros sectores de la comunidad humana.

— El enfermo sacramento de Jesús en la comunidad (nos decía Mons. Osés).

Cualidades de nuestra pastoral de enfermos en la parroquia:

— Pastoral organizada y programada (con objetivos y actividades concretas).

— Pastoral muy realista.

— Pastoral muy humana (base humana = de personas y para personas).

— Pastoral creativa y activa (con imaginación y gran participación).

— Pastoral de búsqueda (caminos y experiencias nuevas).

METODOLOGIA DE LA EXPOSICION DE LAS EXPERIENCIAS

Estas experiencias pastorales realizadas desde la parroquia o sector pastoral siguen estas pistas:

— *Campo en el que se desarrolla la experiencia* (parroquia, comarca, ciudad o pueblo...) que permita situar, seguir, relacionar y comprender dónde se realiza el trabajo pastoral.

— *Proceso histórico y funcionamiento actual*: Cómo nació y se ha desarrollado; cuáles son sus objetivos y sus principales actividades y proyectos; quiénes participan

y en qué (seglares, religiosos-as, sacerdotes, enfermos..., responsabilidades y tareas de los agentes).

— *Evaluación de camino recorrido*: Aspectos positivos y negativos; facilidades y dificultades encontradas en el desarrollo de la experiencia; interrogantes...

— *Reflexión, mirando el futuro*: Qué estilo de Iglesia quiere construirse en y con la experiencia.

Hay otras experiencias que conocemos pero que por diversos motivos no ha sido posible presentarlas aquí a esta *Mesa Redonda*.

Hemos conectado con estas parroquias que hoy están aquí con nosotros y que gustosamente nos explicarán su trabajo pastoral de la parroquia en favor de los enfermos.

Nos van a dar unos matices específicos y muy concretos que creemos que nos pueden ayudar a reflexionar y a trabajar juntos esta mesa redonda, y también prestar en el futuro un nuevo y mejor servicio pastoral a los enfermos que viven en nuestras parroquias, barrios, ciudades, pueblos, comarcas.

● Presentamos a continuación las experiencias parroquiales de Mallorca, Sant Boi, Molins de Rei, Poble Nou y Seu de Manresa.

PARROQUIA DE SOLLER (Mallorca)

Hablamos de la Diócesis de Mallorca, y concretamente de un grupo perteneciente a la parroquia de Soller.

Soller es un pueblo que debido a su situación geográfica (está rodeado de montañas), lo deja un tanto aislado de los demás; lo que hace que sus actividades tengan que ser un poco particulares.

Soller tiene unos diez mil habitantes con unos suburbios: Puerto, Fornalux, Huerta; el trabajo, en cuanto a los enfermos, se hace en conjunto.

Se formó en esta parroquia, hace dos años, un pequeño grupo para atender a los enfermos y a la tercera edad. No para atenderlos propiamente como a enfermos (esta parte toca a la Seguridad Social); su objeto es: prestarles ayuda y compañía dentro de lo posible.

El grupo está formado por un matrimonio, un chico, una señora, y dos religiosas.

Tienen dividido el pueblo en cuatro zonas, y cada uno del grupo se cuida de una de estas zonas.

Tienen cada mes una convivencia; normalmente consiste en una misa con participación activa de los enfermos. Después hay una parte recreativa, una película, bailes típicos, canciones, etc.

Para hacer posible estos encuentros, cada uno de los encargados de las zonas, organiza para trasladar él mismo o por medio de otras personas a estos enfermos o a los minusválidos en el centro donde se ha organizado la jornada; en este mismo grupo hay una minusválida que lleva toda la parte activa en cuanto a publicación; es el medio por el cual ella puede ayudar. Este grupo cuenta con la ayuda incondicional del párroco y sus colaboradores.

PARROQUIAS DE SANT BOI (Barcelona)

NACIMIENTO

Aunque hacía tiempo que andábamos viendo la posibilidad de formar un grupo de Pastoral Sanitaria para las parroquias de Sant Boi no fue hasta noviembre de 1979 cuando por pri-

mera vez nos reunimos un grupo de diez personas para cambiar impresiones y ver cómo podríamos orientar esta difícil tarea.

Además de para conocernos, aquella reunión sirvió también para centrar las ideas principales de lo que debe ser un equipo de Pastoral Sanitaria: sobre sus componentes y exigencias, sobre lo que es un equipo de Pastoral Sanitaria y qué es un equipo de servicio.

EL EQUIPO Y SU DINAMICA INTERNA

En un principio el equipo estaba compuesto por once personas: sacerdotes, religiosos, religiosas y seglares. En la actualidad el grupo prácticamente continúa igual con algún cambio.

El equipo se reúne una vez al mes, cada día en casa de uno de los miembros (si bien en la actualidad llevamos más de dos meses sin podernos reunir por motivos ajenos de los miembros).

En ellas se lee el acta del día anterior, se evalúa lo realizado durante el mes. Luego se informa si hay algo nuevo y se ve la posibilidad de realizarlo o no y la manera concreta. Se suele terminar con una pequeña oración.

Desde hace varias reuniones se vio la necesidad de que el grupo se fuera formando. Para ello ahora cada día se lee, se reflexiona y se comenta algún texto o artículo de interés dicho en la anterior reunión.

NECESIDADES

Para comenzar nuestra andadura y ver qué necesidades había en nuestra población nos guiamos por las que los sacerdotes nos iban diciendo. Creemos que de momento son suficientes: Asistencia religiosa en el Hospital Comarcal de Sant Boi, visitas domiciliarias a enfermos, reparto del sacramento de la comunión a los domicilios, atención a ancianos muy abandonados, formación sanitario-pastoral para los que tienen enfermos o ancianos en casa.

OBJETIVOS

Generales

— El primero y más importante era trabajar por el mundo del enfermo desde la Iglesia, ya que es un campo muy abandonado donde hasta que nosotros comenzamos sólo los sacerdotes atendían cuantas urgencias se presentaban y ya no podían hacer nada más.

— El objeto de nuestro grupo es, a largo plazo, hacer sensible la presencia de Dios en los enfermos del pueblo de Dios en Sant Boi.

Parciales o concretos

— Asistencia espiritual en el Hospital Comarcal de Sant Boi con un alto índice de mortalidad y que se encuentra sin sacerdote ni alguien que cumpla esta misión.

— Visitas domiciliarias a los enfermos de las diferentes parroquias.

— Atención sacramental a los enfermos: sobre todo la unción de enfermos y la eucaristía los domingos y días festivos.

— Trabajar en el mundo del anciano con muchos problemas de toda índole, soledad, abandono, económicos, sociales, espirituales... Realmente esto constituye una gran necesidad para Sant Boi.

— Celebración comunitaria del sacramento de la Unción de enfermos en una de las parroquias del pueblo.

EVALUACION

Se ha trabajado con éxito en el Hospital Comarcal de Sant Boi a donde un miembro del equipo, no sacerdote, va tres tardes a la semana. En ellas prepara a los enfermos para recibir los sacramentos que les son dados una vez a la semana. El se encarga los domingos y festivos de celebrar una celebración de la palabra y repartirles la comunión.

Dentro del mismo campo se han elaborado unos impresos para comunicarse con las parroquias de procedencia del enfermo.

En cuanto a las visitas domiciliarias, varios miembros del grupo visitan con asiduidad a enfermos en sus domicilios.

En casos concretos se está haciendo asistencia hospitalaria a domicilio: curas, inyecciones... En casos de personas ancianas que viven solas y son pobres normalmente.

Respecto al mundo de los ancianos, se han hecho algunas entrevistas, solucionando algún caso de abandono, pero poca cosa.

Finalmente hemos celebrado comunitariamente el sacramento de la Unción de enfermos, resultando un éxito por parte de la respuesta del Pueblo de Dios.

DIFICULTADES

Entre las muchas dificultades encontradas destacamos:

— La más importante es sin duda el tiempo: la mayoría de los miembros del equipo apenas disponemos de tiempo y lógicamente esto hace que muchos de nuestros objetivos no se puedan cumplir.

— El poco rodaje y la poca claridad de las líneas existentes en lo referente a Pastoral Sanitaria.

— Vemos la necesidad de que el grupo sea más conocido y en él existan más personas para trabajar en esta tarea, ya que si no será muy difícil que nuestros objetivos se cumplan.

— Encontramos necesaria la formación y orientación sobre todo en temas concretos: fundamentaciones, psicología, dinámicas...

— Asimismo necesitamos fortalecernos más como grupo y como comunidad cristiana.

PARROQUIA DE MOLINS DE REI

(Barcelona)

CAMPO EN QUE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

La experiencia que vamos a presentar se desarrolla en la Villa de Molins de Rei, situada en la margen izquierda del río Llobregat, dentro del Area Metropolitana de Barcelona. Su número actual de habitantes, según el último censo, es de 18.404.

Su origen histórico se remonta al año 1188 por disposición del rey Alfonso, el Casto, ordenando la construcción de unos molinos. Fue Villa Real hasta que el rey Alfonso el Magnánimo la cedió como baronía a la familia Galcerán de Requesens, quienes construyeron aquí su gran palacio, donde en muchas ocasiones se hospedaron los reyes, en sus visitas a Barcelona.

En el año 1763, la orden de edificación de un puente de quince arcos, por el rey Carlos III, convierte a nuestra villa en punto de confluencia de todo el comercio de las dos riberas y en paso obligado de la carretera de Barcelona a Valencia, a Zaragoza y Madrid. Actualmente todavía se la considera centro natural comarcal.

En 1819 se inaugura el Canal de la Infanta, que ha servido hasta hoy para el riego de toda la margen izquierda del

Llobregat, contribuyendo al gran desarrollo agrícola de nuestra tierra que tiene su máximo esplendor en la primera mitad de este siglo. Ahora muy poco nos recuerda ya la esplendidez agrícola de la villa. Los campos son invadidos por la industria, las edificaciones de viviendas y la autopista. Nuestra Villa como toda nuestra comarca está sufriendo una transformación hacia el sector industrial y de servicios al igual que el resto de la Area Metropolitana de Barcelona, que ha crecido de forma impetuosa y avasalladora durante las últimas décadas.

Dos grandes épocas cabe señalar en el crecimiento de nuestra Villa; la primera durante los años de Gran Guerra, los años 1914 al 1918, con la instalación de fábricas de tejidos e hilados, que hacen crecer nuestra población de los 3.000 habitantes, de principio de siglo, a los 6.800 del año 1930. La segunda época cabe situarla entre los años 1950 al 1975, en que la población pasa de los 8.000 habitantes a los 19.000 que tiene actualmente, con la instalación de nueve industrias metalúrgicas, de productos químicos, alimentación, talleres de confección...

Siempre ha gozado Molins de Rei de un gran movimiento cultural como lo demuestran sus publicaciones, que aparecen ya en la primera mitad del siglo pasado, los orfeones y sociedades corales, entidades culturales y deportivas, un Museo y actualmente una Escuela Municipal de Música, de Bellas Artes, de Teatro e incluso de Ajedrez, y la emisora de radio. Atienden actualmente a la enseñanza cuatro escuelas nacionales de EGB, un Instituto de Segunda Enseñanza, una Escuela de Formación Profesional, además de dos colegios atendidos por religiosos, y también una escuela-taller para subnormales.

De la asistencia sanitaria cuidan actualmente seis médicos, un dispensario de la Cruz Roja y una clínica, que después de las actuales obras de reforma dispondrá de cincuenta camas. Cabe señalar la gran labor que el actual Ayuntamiento está desarrollando a través de un departamento y servicios de asistencia social, asesoramiento jurídico, dos residencias de ancianos, una inaugurada con nueve camas y un edificio adquirido, que una vez habilitado podrá disponer de 40 camas.

Existen cuatro asociaciones de jubilados, con tres locales para esparcimiento y recreo de los ancianos.

El 7,60 % de la población lo forman ancianos de 65 años, lo que representa 2.374 personas.

PROCESO HISTORICO Y FUNCIONAMIENTO ACTUAL

Desde siempre la parroquia ha promocionado la atención a los enfermos y ancianos y todavía se recuerda la gran labor de la Fraternidad de los enfermos; existe y todavía se conserva la visita a los hospitales como son la Ciudad Sanatorial de Terrassa y San Juan de Dios de Barcelona, como también la visita a los asilos de ancianos, como el de la calle Borrell de Barcelona y el del Paseo Marítimo de Badalona, con entrega de ropas, alimentos, medicinas; igualmente tenemos relación con los ancianos de la Villa que no encontraron residencia sino lejos de aquí, por ejemplo Tortosa. Todo un trabajo de asistencia y caridad que coordinaba la parroquia, atendido por una asistente social.

La asistencia religiosa quedaba reducida a la visita del sacerdote a los enfermos graves y a los que lo solicitaban, de la comunión, los primeros viernes de cada mes.

Será a partir del año 1977 que se empieza la formación de un equipo para la atención de los enfermos, después de haber conocido y haber establecido contacto con un equipo ya existente en San Andrés de Palomar de Barcelona, con el que se ha mantenido una relación, sobre todo después que también en nuestro sector pastoral, que abarca dos parroquias, se crearon los ministerios laicales, con el nombramiento episcopal de unos laicos que atienden aquí en nuestro sector,

además de la pastoral de los enfermos, la catequesis, la pastoral de la juventud, la preparación al matrimonio.

El actual equipo lo forman un sacerdote, una religiosa y ocho laicos; tres hombres y cinco mujeres. El responsable del equipo es una mujer seglar que recibió este ministerio del Obispo por el tiempo de tres años.

El objetivo que se ha fijado el equipo de atención a los enfermos de Molins de Rei es el de acompañar a las personas enfermas y ancianas, ayudarlas en todo lo posible, mantenerlas unidas a la vida de la comunidad de la parroquia.

Por ello, el equipo colabora con la asistencia social del Ayuntamiento para el trámite de papeles, facilitar vehículos, buscar soluciones en cada caso.

Una misión muy específica es la celebración de la Palabra con la administración de la Sagrada Comunión sobre todo los domingos y festivos a los enfermos y ancianos que pueden recibirla. Actualmente son 24 personas, que la reciben semanalmente.

En algunos casos, alguna vez al año, cuando la situación familiar lo permite, se celebra la Eucaristía. Se prepara a los enfermos para recibir la Sagrada Unción, ya sea individualmente, ya sea para la celebración comunitaria de la parroquia... El año pasado recibieron la Sagrada Unción en la celebración comunitaria de la parroquia: treinta y siete personas. Además, como signo y expresión de la estima y el recuerdo de la parroquia para los que no pueden acudir a ella, se les hace entrega de unos pequeños obsequios con ocasión de las fiestas de Navidad, la Candelaria y Pascual, además del día de la Unción de los enfermos, y que han sido muy bien recibidos.

El equipo se reúne mensualmente, previa una orden del día, que se envía con anticipación, que gira alrededor de la labor que tiene cada uno encomendada, como también la formación a través del comentario de algún libro que anteriormente se ha facilitado. Por ejemplo, nos ha servido últimamente el libro que ha traducido el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria. *La Comunidad Cristiana y los Enfermos*, del Bureau de Pastoral de enfermos de Bruselas.

Tenemos en proyecto actualmente el establecer una relación y colaboración con el equipo de pastoral que atiende la Residencia Sanitaria de Bellvitge, donde acude la mayoría de nuestra población cuando necesita atención hospitalaria.

EVALUACION DEL CAMINO RECORRIDO

Creemos haber recorrido una parte del camino en la consecución de una Iglesia que aparezca más como una comunidad cristiana, en la que todos han de encontrar su propio lugar y responsabilizarse de la acción de toda la comunidad, a pesar de la mentalidad que todavía existe, que cree que todo debería hacerlo el sacerdote.

Valoramos nuestra experiencia como positiva, constatando que si en un principio se nos recibió con recelo, o por parte de algunos con curiosidad, debido en buena parte a la falta de información; después hemos recibido pruebas de satisfacción y de agradecimiento. Se ha superado el distanciamiento que existía entre la parroquia y los enfermos e impedidos, a los que antes parecía que sólo se les atendía para los últimos sacramentos o para recibir la comunión, en contados casos.

La acogida por parte de los familiares ha variado, participando ahora junto al enfermo en la celebración de la Palabra, lo que se puede considerar un bien no sólo para el enfermo sino también para la propia familia.

Igualmente los que formamos el equipo nos sentimos más transmisores de Cristo, y no simples cumplidores de unos deberes y prácticas religiosas. Hemos adquirido una mayor conciencia de comunidad, de Iglesia.

Como aspectos negativos hay que señalar la dificultad de aceptación por parte de algunos cristianos más tradicionales,

que consideran, por ejemplo, como una falta de respeto la distribución de la comunión por los laicos, considerando que esto compete únicamente al sacerdote, o los casos que no quieren recibir la comunión sin una previa confesión...

Puede considerarse también como negativo el que algún sacerdote crea que ya no tiene aquí una labor muy propia porque ya todo lo harán los laicos.

Otra dificultad es la falta de tiempo para una mejor formación propia, la reflexión, el diálogo y la conversación con los mismos ancianos y enfermos al igual también que para una mayor extensión de nuestra labor.

REFLEXION

Esta experiencia la consideramos como una parte en la labor conjunta con los demás cristianos, que trabajan en otros campos de la parroquia, en la formación de una comunidad cristiana, más viva y responsable, con una mayor y más completa entrega por parte de todos sus miembros en la labor evangelizadora, de la catequesis y formación cristiana, en la participación más viva en la celebración de la fe y de la eucaristía. De esta vida cristiana queremos que todos participen activamente, incluso también cuando algunos se encuentre enfermo o la debilidad de la edad podría ponerle en el riesgo de marginarle. Queremos una Iglesia más atenta al mundo de pobres y de los más débiles, que sea testimonio de Cristo en medio de nuestro pueblo.

PARROQUIA DE POBLE NOU

(Barrio obrero de Barcelona)

• La experiencia que vamos a describir se centra en el arciprestazgo de Poble Nou, que comprende 5 parroquias con un total aproximado de 65.000 habitantes. Está ubicado al este de la ciudad, desde el mar hasta la Gran Vía y desde la vía del ferrocarril que discurre a medio kilómetro del Parque de la Ciudadela hasta un kilómetro y medio antes de llegar al río Besós.

En la primera mitad del siglo pasado, se establecieron en este paraje muchísimas fábricas, cuyos obreros fueron sus primeros pobladores. Ya en este siglo, muchos inmigrantes que vinieron a la ciudad para las obras del Metro Transversal y de la Exposición de 1929, se establecieron en la barriada. A partir de los años 60 hasta la fecha, ha ido en aumento la población inmigrante al construirse infinidad de bloques de viviendas.

A pesar de tanto personal inmigrante y de estar pegados a la gran ciudad, los nativos y los que ya van integrándose, vivimos una verdadera vida de pueblo, puesto que mucho nos aglutinan las entidades, algunas ya centenarias, las asociaciones de vecinos y las mismas parroquias. Para redondear tenemos una magnífica Rambla que ayuda a conocernos más. Piensan que es la única Rambla de barriada que existe en esta mastodóntica ciudad.

Una verdadera bendición de Dios fue haber tenido entre nosotros al sacerdote mosén Pere Relats, que, con su amor y dedicación a los ancianos, a los enfermos y, en general, a toda persona marginada, infundió al grupo que creara, hace 10 años, aquellos rasgos y características suyas de saber ver el Cristo sufriente en todos y cada uno de estos hermanos nuestros. Impulsados por este celoso sacerdote de querer trabajar en aquella vertiente en que el campo de la tercera edad tuviera más lagunas, hicimos una encuesta a 600 ancianos del barrio. Pronto vimos que había un enorme déficit de aquellas instituciones para la acogida de los ancianos que, estando solos, ya no pueden continuar en sus casas o inválidos y enfermos no tienen cabida en hospitales e imposible de seguir en sus hogares; también otros que, a pesar de

tener hijos, son rechazados, o también aquellos que teniendo hijos, que los quieren y aman de verdad, no pueden atenderlos por no disfrutar de buena salud o no disponer de sitio por la gran estrechez de las actuales viviendas. Juntándose a todas estas calamidades los escasos recursos económicos por cobrar pensiones de miseria o en muchos casos, sin ninguna de ellas.

Tuvimos la suerte de conectar con el franciscano padre Bernardino Rotllán que ya llevaba unos años de experiencia con pequeñas residencias y esto nos hizo avanzar mucho.

En la primavera de 1974 ya pusimos en marcha la primera Residencia con 12 abuelos. Nuestro entrañable mosén Pere no tuvo la satisfacción de ver la primera realidad, puesto que, medio año antes, fallecía, en plena juventud, en un accidente de alta montaña en nuestro Pirineo.

Actualmente ya son seis las Pequeñas Residencias que funcionan con un total de 85 ancianos, de los cuales, 36 son inválidos y enfermos terminales repartidos en dos de estas Residencias que las llamamos Asistidas por contar con la debida asistencia sanitaria las 24 horas del día.

La idea es que el abuelo siga viviendo en el mismo entorno, en el mismo barrio, donde vivió la mayor parte de su vida y quizá allí mismo donde nació. Tenemos abuelas que 80 años atrás, eran aquellas niñas de 9 ó 12 años que trabajaban en las fábricas del ramo textil de Poble Nou.

Ellos son felices porque continúan viviendo como en su propia casa y visitan o son visitados a todas horas por familiares y amigos. Si perdieron sus seres más queridos, nuevamente han formado familia al convivir en un piso 12 ó 15 personas que mutuamente se respetan, se ayudan y se aman. ¡Qué duda cabe que también nosotros participamos de la dicha de estos seres! Acontece, muchas veces, que recibimos mucho más de ellos de lo que nosotros podemos ofrecerles. Se han infiltrado tanto en nuestras vidas que ya cuentan como otros tantos familiares nuestros. Y es desde aquí que se nos abre, aún más, el campo para la labor pastoral.

Como que ante cualquier ingreso tiene siempre más opción el de menor recursos económicos, es por lo que la gente más sencilla de las parroquias, y en general de todo el barrio, ha mirado con mucha simpatía la obra y voluntariamente se presta a colaborar con cuotas de 50, 100, 200 ó 500 pesetas mensuales.

Económicamente la cosa marcha con lo que pueden aportar los ancianos de sus pensiones, de lo recaudado de los socios colaboradores y sobre todo de las aportaciones de la Administración, que si bien hasta ahora ha sido de una manera esporádica, confiamos, en adelante, que la Administración Autónoma, que bien nos conoce, se haga cargo de una manera regular del déficit bastante crecido que nos dan las dos Residencias Asistidas.

El grupo promotor de todo esto, como hemos dicho al empezar, lo formó mosén Pere Relats con el nombre de *Vells, Malalts i Marginats* que hoy lo integramos 12 personas seglares. Bueno, yo ya dejé de ser seglar cuando, unos meses atrás, el Dr. Jubany me ordenó de Diácono Permanente.

Colaboran con nosotros una pequeña comunidad de Hermanitas de la Asunción y contamos con la simpatía y la ayuda de los sacerdotes de las 5 parroquias.

• No diremos tener un montaje perfecto, que todo es muy positivo. Como toda cosa humana siempre cabe una enmienda o introducir alguna mejora. Esto es lo que decimos y deseamos a cuantos nos visitan: que ellos, sin duda, lo harán a su aire y seguramente mucho mejor que nosotros. Cierto que nos asombra, que, a pesar de nuestras torpezas y nuestras limitaciones, a pesar de las dificultades y problemas y sobre todo de las estrecheces económicas, tengamos todos estos logros. Es que a cada momento crucial el Señor nos ha tendido la mano, porque aquel santo sacerdote que tuvimos entre nosotros es nuestro intercesor ante El, ya que presentimos que continúa presidiendo todos nuestros actos.

Nos gustaría sumamente ser aliento para cuantos buscan solución a estos problemas de la ancianidad. Piensen, señores, que está al alcance de todos, todo cuanto, nosotros, sin mérito alguno, hemos logrado. ¡Ojalá quisieran muchos hacer esta experiencia! A cuántos miles de ancianos podríamos dar cobijo, amor y felicidad!

• Queremos que esta Iglesia, pueblo de Dios, en la que estamos inmersos y nos sentimos todos corresponsables, aparezca ante el mundo con rostro muy humano y de espíritu evangélico, que sea la verdadera Iglesia de las Bienaventuranzas.

Nuestros proyectos, cara al futuro, es no pararnos, seguir adelante con nuevas realizaciones mientras el barrio tenga ancianos que necesiten ser acogidos y ser amados. Ahora pensamos, también, en aquellas personas, no ancianas, que por su desidia o injusticias de nuestra sociedad son rechazadas de todas partes y viven en plena marginación. Si Dios quiere, algo haremos por ellas.

Y permitid que concluya esta intervención con aquella oración de Raúl Follereau, apóstol de nuestros tiempos:

Señor,

*Ayúdanos a descubrir las necesidades de los demás.
Ayúdanos a hacer más de lo que podemos, porque hacer lo que se puede es hoy demasiado poco.*

Enséñanos, por una vez, a ser más razonables en hacer el bien a los que necesitan de nosotros.

¡Amén!

PARROQUIA DE LA SEU (Manresa)

APORTACION DE UNA EXPERIENCIA

Se me ha pedido que en esta presentación e intercambio de experiencias, aporte la de la Parroquia de Santa María de la Seu de Manresa. Es muy posible —es seguro— que nuestra experiencia no esté a la altura de los demás contenidos del cursillo y que además yo no sepa transmitir el fondo y el espíritu que nos anima, y por eso debo pedirlos que acogáis estas palabras con vuestra mejor buena voluntad. Máxime teniendo en cuenta que mi idioma es el catalán.

CAMPO EN QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

Para quienes habéis ido a Manresa por carretera o utilizando trenes de la RENFE, debo aclarar que nuestra parroquia es la primera que se encuentra al entrar en Manresa por tales vías. En su demarcación viven unas 8.000 personas y es en esta misma demarcación donde están situados los edificios de La Seu, La Cueva de San Ignacio y el Ayuntamiento. Comprende también una clínica, una residencia de ancianos, dos conventos de clausura y diversas capillas. Comprende una buena parte del barrio antiguo con bastantes pisos en mal estado. Viven en esta demarcación parroquial muchas personas mayores. Las personas con más medios económicos se han ido de esta zona, de la misma manera que los jóvenes, al casarse, generalmente se van también a otros barrios si pueden. Los pisos que en un momento determinado quedan libres, son alquilados por inmigrantes, que a su vez se irán cuando encuentren otro piso mejor. Anexos a esta parroquia están dos pequeños barrios extremos, pero a éstos nuestra experiencia no los ha abarcado todavía.

PROCESO HISTORICO Y FUNCIONAMIENTO ACTUAL

Nuestra parroquia, como seguramente muchas, ha pasado, después de la guerra, épocas de mucha vitalidad y otras mucho más apagadas.

Desde los años 40 a mediados de los 60, tuvo una Acción Católica floreciente, muy numerosa y casi triunfalista. Después se pasó a casi nada. A pesar de que en los feligreses antiguos quedan una buena dosis de tradición religiosa, las realidades organizadas son reducidas. De todas maneras, la atención a los enfermos, tanto en una época como las otras, estaba reducida a los casos de beneficencia atendidos por las conferencias de San Vicente de Paúl, y a la administración de la comunión a los enfermos más devotos, los primeros viernes, y a la administración de los últimos sacramentos a los moribundos si las familias avisaban a tiempo.

La experiencia actual nació de una manera muy sencilla. La parroquia tenía un reducido grupo juvenil. De cara a la pascua de hace tres años, el Consejo Parroquial les sugirió que podían hacer un obsequio a los enfermos, y ellos prepararon unas piezas de cerámica que sostenían un pequeño cirio pascual. Ellos mismos visitaron a los enfermos y les entregaron dicho obsequio. Después de eso nos informaron que habían comprobado visiblemente la alegría y el agradecimiento de los enfermos, y que éstos habían coincidido en su petición de que volvieran otro día a visitarles. No obstante, ellos veían que no podían continuar visitándoles porque unos estudiaban y otros trabajaban. Fue este hecho el que nos hizo ver la necesidad de crear un grupo dedicado a este servicio. Un grupo que se denomina *visitadoras de enfermos*.

Como en otras parroquias una actividad semejante la realiza la Legión de María, fuimos invitadas a unirnos a ella, pero este grupo prefirió mantenerse vinculado solamente a la parroquia simplemente para no tener que incrementar el número de reuniones y por cierta alergia a estructuras, aun cuando consideran que a otras personas es muy seguro que les vayan muy bien.

Actualmente estamos en el grupo 16 mujeres. Los enfermos o las personas mayores que actualmente visitamos son 31. Esta última cifra oscila mucho, puesto que, naturalmente, hay quienes sanan y quienes mueren, al mismo tiempo que hay otras personas que enferman y otras que empezamos a conocer.

Nuestras reuniones normales del grupo, son mensuales. Salvo casos de fuerza mayor, son presididas por un sacerdote de la parroquia. Hay en estas reuniones unas partes fijas, que consisten en lectura evangélica, comentarios personales de dicha lectura, y plegaria. A continuación se proponen y estudian las gestiones necesarias y se entra después en la información relativa a la Pastoral Sanitaria y a la Coordinadora de Jubilados y Pensionistas, en cuyos colectivos tenemos representación. De la Pastoral Sanitaria, en lo que mayormente participamos, es en sus reuniones mensuales de formación. También estamos representadas en el Consejo Parroquial y en la comisión de seguimiento de la Asistencia Domiciliaria Municipal. Esta Asistencia Domiciliaria nos pide con frecuencia que participemos en servicios de voluntariado, puesto que el personal contratado no puede atender suficientemente las necesidades existentes.

En cuanto a las visitas normales a los enfermos, generalmente son efectuadas por dos visitadoras a la vez. A cada enfermo le visitan casi siempre las mismas personas. Sabemos que en otras realidades (en la Legión de María, por ejemplo) se turnan de forma que todos lleguen a conocer a todos. Sin que tengamos una práctica de los dos sistemas que nos permita afirmar si uno es mejor que otro, nosotros optamos por el primero por parecernos que sin los cambios, el enfermo se abre más fácilmente, crece su confianza y visitantes y visitados se sienten más identificados. Es, no obstante, un asunto que podría tratarse en el diálogo, si cabe.

No hay que decir que a los visitados no se va hacerles solamente un rato de compañía o a tener con ellos solamente un rato de conversación (si están en condiciones de tenerla) o simplemente a animarles. Se va dispuesto a prestarles la ayuda que precisen y a hacer las gestiones que su caso requiera, y no solamente en el sentido espiritual.

En los casos en que uno de los enfermos visitados fallezca, por nuestra parte cuidamos de que en un día determinado se celebre una misa a la cual invitamos a sus familiares.

Hemos dicho más arriba que esta realidad nació a raíz de un pequeño obsequio de la parroquia a los enfermos. Algún tipo de pequeño obsequio, con carácter de un detalle de atención que les complace, se les hace anualmente con motivo de la Navidad.

EVALUACION DEL CAMINO RECORRIDO

La creación del grupo y la labor de sus componentes, la consideramos beneficiosa tanto para los enfermos como para las personas que les visitamos.

Bastantes enfermos que se sentían excesivamente solos, se encuentran más acompañados, comprendidos y ayudados. Hay quienes han manifestado que no imaginaban que existieran personas que pudieran quererles tanto.

En cuanto a las personas que les visitamos, esta labor ha hecho que saliéramos de nuestro círculo individual o exclusivamente familiar, en algunos casos. A todas nos ha ayudado a conocer realidades que normalmente pasan desapercibidas. Nos ha facilitado valiosos medios de formación y muchas ocasiones de hacer bien a otros.

Siempre ha habido personas que individualmente han visitado algunos enfermos, pero vemos muy positivo crear grupos y reunirse, puesto que esto sostiene, anima y estimula. Permite además intercambiar experiencias y aportar sugerencias a las instituciones relacionadas con los enfermos.

Lo que sí es negativo, por lo menos hace sufrir, es comprobar las dificultades y a veces la imposibilidad de que ingresen en Residencias, personas que lo precisarían con urgencia. Este sufrimiento y esta comprobación de impotencia es aún mayor cuando se trata de enfermos crónicos sin familia, puesto que no se encuentra donde hospitalizarlos. A veces cuando se encuentra sitio, ya es demasiado tarde o les quedan ya sólo unos días de agonía. El hospital de nuestra ciudad ya hace bastantes años que se limita a admitir enfermos curables, para su tratamiento o intervención en su caso. Las camas que existían para crónicos, tanto la Dirección como el Patronato, decidieron ir las amortizando a medida que muriesen los que las ocupaban. Tanto los que llevan el timón del establecimiento como los médicos, consideran que tiene que ser así. Si alguna vez, por algún medio, se ha roto esta regla, ha sido una excepción y ha hallado resistencias.

Otra causa de sufrimiento es ver o vivir el drama de enfermos mentales que razonan pero que se hallan en estado de continuada y dolorosa angustia. A veces consiguen ser internados un tiempo, pero no hemos tenido la suerte de ver que hayan superado su enfermedad. Es algo que realmente nos deprime. Y a veces parecen ser demasiado reales sus quejas sobre el trato recibido en algún centro psiquiátrico.

Para nuestra labor ha sido una suerte que haya surgido la Pastoral Sanitaria, puesto que en ella nos encontramos cuantos compartimos las mismas inquietudes, aun cuando tengamos nombres o métodos más o menos diferentes.

También consideramos muy útil que se haya creado la Asistencia Domiciliaria y el tener conexión con ella. De nuestro mutuo contacto y de nuestra ayuda, se benefician naturalmente los enfermos.

También consideramos muy positivo tener una representación en la Coordinadora de Jubilados, puesto que la mayoría de los enfermos son ancianos, y puesto que es esta coordinadora la que ha ido presionando para que se crearan los servicios de asistencia que ahora existen y las residencias que están en curso de construcción. Más concretamente: una mini-residencia cuyas obras han empezado, y una residencia asistida, o sea para enfermos, cuya construcción empezará en breve.

Considero útil aclarar que en la Coordinadora de Jubilados,

no están representadas solamente las entidades formadas por personas mayores, sino también las que están al servicio de las personas mayores, sean o no confesionales. Están en ella desde los que representan a las Secciones de Jubilados de cada Asociación de Vecinos hasta los que representan al Sindicato de Jubilados de Comisiones Obreras, pasando por los de cada Club de Jubilados, de ASVAT, de Cáritas, de la Asociación de Viudas, de la Fraternidad de Enfermos, y de las ya mencionadas Secciones Parroquiales de la Legión de María o de visitadoras. Nunca hubiera creído que personas de tan diversa procedencia pudiéramos ponernos tan fácilmente de acuerdo en la defensa de los intereses de los enfermos y de las personas mayores.

Otro factor que hemos visto positivo es que la representante del grupo de visitadoras asista a las reuniones del Consejo Parroquial, puesto que esto le permite dar a conocer la labor del grupo y sus inquietudes y problemas de todo tipo. De esta forma son más las personas de la parroquia que conocen las necesidades y la problemática de los enfermos, lo cual les predispone a prestar su ayuda tanto de forma personal como de forma colectiva cuando hace falta. Debo confesar que hemos encontrado mucha colaboración.

Debo hacer destacar que los pequeños obsequios de Navidad, con todo y no ser casi nada más que una muestra de deferencia, nos han abierto puertas que parecían muy difíciles. La sola indicación de que la parroquia en tales fiestas se acuerda de los enfermos y que por ello le traemos un obsequio, nos ha dado normalmente una entrada que ya no se cierra. Valdría la pena hacer tal obsequio, aun cuando sólo fuera por la satisfacción que esta atención les ha producido.

REFLEXION MIRANDO AL FUTURO

Debo confesaros que al iniciar el grupo no nos proponíamos ni habíamos pensado construir un estilo de Iglesia diferente. Creíamos simplemente que íbamos a responder a una necesidad y a cumplir un deber derivado del Evangelio, y es eso lo que seguimos creyendo.

Desde luego que sí, según el Derecho Canónico, una parroquia es un territorio puesto bajo la jurisdicción de un sacerdote, nosotros creemos que debe llegar a ser una verdadera comunidad de creyentes.

Sabemos, como todos, que el mandamiento y el distintivo del cristiano ha de ser el amor y que este amor, según la predicación y la práctica de Jesús, ha de proyectarse principalmente en los más necesitados, entre los cuales están precisamente los pobres y los enfermos. Muchas veces, además, estas dos condiciones van unidas en una misma persona. Creemos, por tanto, que si todo cristiano, individualmente, ha de ser fiel a las enseñanzas de Jesús, lo mismo debe hacer una comunidad de creyentes. Y aun cuando pueden existir muchas clases de comunidades de creyentes, las parroquias siguen siendo todavía las más numerosas y reconocidas. A nuestro entender, por tanto, a las parroquias les corresponde atender a sus enfermos y no solamente en sentido puramente espiritual, sino que ha de tener también en cuenta sus problemas de todo orden. Puede ser que a veces lleguen a ser de orden material, pero mayormente serán de estado de ánimo y de marginación.

Tanto teóricamente como en la práctica, vemos que en su estado de ánimo, además del dolor físico, influyen muchas veces su incertidumbre de la curación; la duración de la enfermedad; el hecho de tener que depender de otras personas; los problemas económicos familiares; el aburrimiento fruto de su soledad; los fallos de quienes le rodean; las malas condiciones de su vivienda; no ver que tenga sentido su sufrimiento; un sentimiento de fracaso; sentirse desgraciados o creer que están castigados injustamente; el miedo a quedarse inválidos y solos, puesto que conocen el común rechazo a los enfermos crónicos...

Es por todo ello que nos sentimos obligados a poner atención a los enfermos, tanto individual como comunitariamente. No creemos que nadie piense que este trabajo corresponde exclusivamente a los sacerdotes de nuestras parroquias y no solamente porque sería imposible que pudieran abarcarlo, sino también porque se trata de una obligación que nos afecta a todos. Es por ello que creemos necesario que los seglares nos hagamos responsables de la parte que nos corresponde, y que en consecuencia no debe quedar ninguna

II

EL SERVICIO RELIGIOSO EN LOS HOSPITALES

Presentación: PASCUAL PILES

Esta mesa redonda trata la realidad del Servicio Religioso dentro del hospital. Y lo haremos no desde la teoría, sino desde la práctica. Quienes se encuentran a mi alrededor son personas encargadas de distintos Servicios Religiosos, cada uno de ellos en distintos lugares de trabajo.

Todos sabemos de sobra que el hospital es una realidad temporal, en el que se pone la técnica al servicio del hombre enfermo. Pero para que haya en esta acción un servicio integral, es necesario que contemplemos todas las necesidades de este hombre. Que no se centre sólo en la curación material que se le presta, sino que lleguen a tenerse en consideración los aspectos humanizantes de este servicio, que se dé cabida a la comunicación, al consuelo, al desahogo; que tenga al mismo tiempo entrada al aporte de la fe en la situación del enfermar.

Los hospitales de nuestra sociedad, sobre todo los hospitales generales, se preocupan de que exista un desarrollo coordinado de sus servicios. Sin embargo, nuestra mentalidad tecnificada y utilitaria, no siempre reconoce todos los factores que intervienen en la realización de una persona. De aquí que quienes siendo creyentes nos sentimos vocacionados al mundo de la salud, debemos de ser quienes defendamos la necesidad de que una asistencia completa al enfermo, no se puede llevar a cabo sin un servicio a su vivencia religiosa.

La Iglesia desde su doctrina lo expresa claramente. Concretamente el Vaticano II en sus diversos documentos insiste en la pastoral de enfermos y hace exhortaciones a los obispos, a los presbíteros, a la comunidad cristiana para que lleven a efecto esta tarea, a fin de que en esta situación del enfermar del hombre, ofrezcan la vivencia de la salvación, respetando siempre el sentir y el pensar del enfermo. En ocasiones, esta oferta se limitará sólo a la compañía, a la amistad, al silencio. No obstante, en otras llegará a ser un auténtico servicio eclesial de evangelización y sacramentalización, ofreciendo la verdadera liberación que Cristo concede al hombre, a pesar del dolor y de la muerte.

Esta presencia no se debe limitar sólo a la asistencia al enfermo, sino que debe contemplar también el mundo sanitario: estructura y personal asistencial, familias, ambientes, etc. Y además iluminar la acción desde la deontología con la que se trabaja.

parroquia en la que la atención y las visitas a los enfermos no sea una de las tareas que se consideren esenciales, mayormente teniendo en cuenta que Jesucristo nos ha advertido que en el Juicio tendrá que decirnos lo de «porque estuve enfermo o preso y me visitasteis...» (o no me visitasteis).

Pensamos continuar adelante porque esta es nuestra visión, pero si en ella descubris parcialidad, desviación o apreciaciones subjetivas, os hemos de agradecer que con toda libertad nos las hagáis observar para corregirlas.

Hay que hacer hincapié en que la labor de un Servicio Religioso no es una acción individualista. No se puede andar por lo libre, hay que ir enriqueciendo el número de agentes de pastoral que realicen un trabajo en equipo. Todo ello hecho con seriedad, no sólo sirve la buena voluntad, sino que a ser posible hay que elaborar un proyecto, para poder desarrollar la presencia evangelizadora con dignidad.

Presentamos aquí cinco Servicios Religiosos de diferentes hospitales, podríamos haber escogido otros, donde cada uno de vosotros estáis trabajando. Pienso que cada vez vamos siendo más conscientes. Alguno puede ser sólo proyecto, otros tienen más experiencia.

• Presentamos los siguientes Servicios Religiosos: Residencia General Príncipes de España, Bellvitge (Barcelona), Hospital Evangélico (Barcelona), Hospital de Seo de Urgel (Lérida), Hospital San Andrés (Manresa), Servicio Religioso, Sant Boi (Barcelona).

SERVICIO RELIGIOSO DE LA RESIDENCIA

GENERAL PRINCIPES DE ESPAÑA

DE BELLVITGE (Barcelona)

EL PROLOGO DE LA EXPOSICION DE NUESTRA EXPERIENCIA PASTORAL SERIA

El hospital está ubicado en la barriada de Bellvitge de l'Hospitalet.

Es uno de los llamados *hospital monstro*. Tiene una gran base de donde emergen tres grandes tubos: uno de 19 plantas; otro de 13 y otro de 9.

El número de huéspedes —los hospitalizados— es de 1000; cada 24 horas vienen de urgencias 350.

La plantilla fija para atender a tantos huéspedes y accidentados: 500 médicos; 1500 personal de enfermería; 800 servicios de mantenimiento y secretaría. Número de historias clínicas hasta el presente: 218.000.

El área de concurrencia: L'Hospitalet; pueblos de Baix Llobregat; casos graves de las provincias de Tarragona, Lleida como de otras del estado español.

CUATRO DATOS PARA IDENTIFICAR EL CAMPO PASTORAL SANITARIO DE BELLVITGE

— *Procedencia de los hospitalizados*: Son la gran mayoría emigrantes en los que bastantes se han olvidado de sus prác-

Es por todo ello que nos sentimos obligados a poner atención a los enfermos, tanto individual como comunitariamente. No creemos que nadie piense que este trabajo corresponde exclusivamente a los sacerdotes de nuestras parroquias y no solamente porque sería imposible que pudieran abarcarlo, sino también porque se trata de una obligación que nos afecta a todos. Es por ello que creemos necesario que los seglares nos hagamos responsables de la parte que nos corresponde, y que en consecuencia no debe quedar ninguna

II

EL SERVICIO RELIGIOSO EN LOS HOSPITALES

Presentación: PASCUAL PILES

Esta mesa redonda trata la realidad del Servicio Religioso dentro del hospital. Y lo haremos no desde la teoría, sino desde la práctica. Quienes se encuentran a mi alrededor son personas encargadas de distintos Servicios Religiosos, cada uno de ellos en distintos lugares de trabajo.

Todos sabemos de sobra que el hospital es una realidad temporal, en el que se pone la técnica al servicio del hombre enfermo. Pero para que haya en esta acción un servicio integral, es necesario que contemplemos todas las necesidades de este hombre. Que no se centre sólo en la curación material que se le presta, sino que lleguen a tenerse en consideración los aspectos humanizantes de este servicio, que se dé cabida a la comunicación, al consuelo, al desahogo; que tenga al mismo tiempo entrada al aporte de la fe en la situación del enfermar.

Los hospitales de nuestra sociedad, sobre todo los hospitales generales, se preocupan de que exista un desarrollo coordinado de sus servicios. Sin embargo, nuestra mentalidad tecnificada y utilitaria, no siempre reconoce todos los factores que intervienen en la realización de una persona. De aquí que quienes siendo creyentes nos sentimos vocacionados al mundo de la salud, debemos de ser quienes defendamos la necesidad de que una asistencia completa al enfermo, no se puede llevar a cabo sin un servicio a su vivencia religiosa.

La Iglesia desde su doctrina lo expresa claramente. Concretamente el Vaticano II en sus diversos documentos insiste en la pastoral de enfermos y hace exhortaciones a los obispos, a los presbíteros, a la comunidad cristiana para que lleven a efecto esta tarea, a fin de que en esta situación del enfermar del hombre, ofrezcan la vivencia de la salvación, respetando siempre el sentir y el pensar del enfermo. En ocasiones, esta oferta se limitará sólo a la compañía, a la amistad, al silencio. No obstante, en otras llegará a ser un auténtico servicio eclesial de evangelización y sacramentalización, ofreciendo la verdadera liberación que Cristo concede al hombre, a pesar del dolor y de la muerte.

Esta presencia no se debe limitar sólo a la asistencia al enfermo, sino que debe contemplar también el mundo sanitario: estructura y personal asistencial, familias, ambientes, etc. Y además iluminar la acción desde la deontología con la que se trabaja.

parroquia en la que la atención y las visitas a los enfermos no sea una de las tareas que se consideren esenciales, mayormente teniendo en cuenta que Jesucristo nos ha advertido que en el Juicio tendrá que decirnos lo de «porque estuve enfermo o preso y me visitasteis...» (o no me visitasteis).

Pensamos continuar adelante porque esta es nuestra visión, pero si en ella descubris parcialidad, desviación o apreciaciones subjetivas, os hemos de agradecer que con toda libertad nos las hagáis observar para corregirlas.

Hay que hacer hincapié en que la labor de un Servicio Religioso no es una acción individualista. No se puede andar por lo libre, hay que ir enriqueciendo el número de agentes de pastoral que realicen un trabajo en equipo. Todo ello hecho con seriedad, no sólo sirve la buena voluntad, sino que a ser posible hay que elaborar un proyecto, para poder desarrollar la presencia evangelizadora con dignidad.

Presentamos aquí cinco Servicios Religiosos de diferentes hospitales, podríamos haber escogido otros, donde cada uno de vosotros estáis trabajando. Pienso que cada vez vamos siendo más conscientes. Alguno puede ser sólo proyecto, otros tienen más experiencia.

• Presentamos los siguientes Servicios Religiosos: Residencia General Príncipes de España, Bellvitge (Barcelona), Hospital Evangélico (Barcelona), Hospital de Seo de Urgel (Lérida), Hospital San Andrés (Manresa), Servicio Religioso, Sant Boi (Barcelona).

SERVICIO RELIGIOSO DE LA RESIDENCIA

GENERAL PRINCIPES DE ESPAÑA

DE BELLVITGE (Barcelona)

EL PROLOGO DE LA EXPOSICION DE NUESTRA EXPERIENCIA PASTORAL SERIA

El hospital está ubicado en la barriada de Bellvitge de l'Hospitalet.

Es uno de los llamados *hospital monstro*. Tiene una gran base de donde emergen tres grandes tubos: uno de 19 plantas; otro de 13 y otro de 9.

El número de huéspedes —los hospitalizados— es de 1000; cada 24 horas vienen de urgencias 350.

La plantilla fija para atender a tantos huéspedes y accidentados: 500 médicos; 1500 personal de enfermería; 800 servicios de mantenimiento y secretaría. Número de historias clínicas hasta el presente: 218.000.

El área de concurrencia: L'Hospitalet; pueblos de Baix Llobregat; casos graves de las provincias de Tarragona, Lleida como de otras del estado español.

CUATRO DATOS PARA IDENTIFICAR EL CAMPO PASTORAL SANITARIO DE BELLVITGE

— *Procedencia de los hospitalizados*: Son la gran mayoría emigrantes en los que bastantes se han olvidado de sus prác-

ticas religiosas a causa de otros problemas, otros —los jóvenes— no conocen ninguna. (Confer la estadística de que se ha hecho sobre Cornellá.)

— *Es una ciudad de enfermos* cambiante y graves. Esto hace difícil el diálogo pastoral: ¡falta el tiempo y el humor!

— *El nivel de aceptación* y colaboración con el Equipo Pastoral de parte del personal de la casa pensamos que señala: 15 % de simpatía y algo de colaboración; 2 % en contra; el resto —mayoría absoluta— de indiferencia. Respecto a la Dirección del Centro creemos que existe una respetuosa escucha de nuestras necesidades y problemas no siempre con soluciones.

— *En cuanto al equipo animador* —los capellanes—: (nos referimos *ahora*). Número: Cuatro, 3 claretianos y 1 diocesano, de Zamora. Situación jurídica: Convenio del obispado —congregación religiosa— con la institución sanitaria. Cualidad: Variada por distintas edades y mentalidades... Locales: Despacho, celda y capilla con capacidad de 250 feligreses. Horario: Servicio permanente. Consejo comunidad: Sólo esporádicas aportaciones de cristianas/os.

COMO HA SIDO, COMO HA ANDADO EL SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL GENERAL DE BELLVITGE

El Servicio Religioso, como otro cualquier servicio en un hospital que nace, crece y llega a su madurez —saturación— ha tenido que vivir azares, despistes, logros y esperanzas.

Sin mucha precisión de fechas ni detalles podemos señalar tres mojones en el camino andado durante los diez años de existencia que tiene el hospital y el Servicio Religioso.

Primera Etapa: Nov. 72-75

De cristiandad, de luna de miel. Volumen de personal: De las 60 a 400.

Número de capellanes: Dos y a ratos.

Cualidades: Ambiente familiar; amigo y trampolín para entrar a trabajar; asistencia social al personal de la casa y a los hospitalizados; actos litúrgicos igual a reunión de amigos, colaboración, influencia... Conferencias, cine...

Segunda Etapa: 75 al 81

La familia se hace ciudad.

Número: Tres sacerdotes y pronto cuatro. Servicio permanente. De 400 a 1000 hospitalizados.

Cualidades: Divorcio progresivo entre los servicios, el personal y hospitalizados con Capellanía. Un estilo de isla con algunas vías de comunicación. Se impone la conquista.

Acciones para la irradiación del Servicio Religioso: Visita clasificadora a todos los ingresados por medio de las tarjetas que nos dan admisión de enfermos. Carteles anunciadores del servicio como de la capilla. Se consigue de la Dirección un celador —músico y sacristán— para animar las celebraciones eucarísticas y las exequiales que van en aumento (4-2 cada día). Usamos libro de notas para coordinarnos: Visitas, comuniones, avisos. Uno de los cuatro curas, es el encargado de relacionarse con Dirección, que aunque consigue cosas no se dedica directamente a la pastoral. En Navidad se ambienta la casa. Se avisan por altavoz los actos de culto.

Juicio: Con todo nos sentimos un bloque aparte. Sensación de vivir en privilegio pero hermanos separados... (Ejemplo de la biblioteca). Esperando la liberación y la consolidación de un servicio respetado, valuado y acogido; no aislado y sí confederados con los demás servicios.

Tercera Etapa: 81 hasta hoy

Ningún cambio ni en el número de capellanes ni en el contexto socio-religioso del hospital. Sólo cambio del equipo

de sacerdotes como hemos reseñado al principio. Cambio de párroco pero no de parroquia.

Cualidades: Por el nuevo equipo sacerdotal; nuevos ideales, posibilidades, un nuevo estilo de ser equipo. Se hace un nuevo horario de celebraciones; nuevos carteles... Se establece usar el bilingüismo —armonizado— que se había tenido bastante olvidado. (Vivencia más personalizada y acomodada.) Usamos el libro de las novedades... Practicamos cuando llega la ocasión el ecumenismo respetando el pluralismo de religiones. Cuidamos que la propaganda sea actual, de abertura a la esperanza. Las celebraciones: breves, tono de alegría, y dignas. Como hacerles las visitas y su contorno familiar y del personal de los otros servicios.

Juicio: Institucionalizar un grupo colaborador con los animadores «profesionales» es lo que todavía falta. Somos la Iglesia de las catacumbas. Acogida, respeto, atención. Mentalidad de los hospitalizados: Sobre los últimos sacramentos son algo necesarios para salvarse.

MIRANDO HACIA EL FUTURO

En forma de calificativos sería: Audaz pero respetuosa; de esperanza pero sin magia; personal pero con la comunidad.

Ampliándolo un poco:

— Ser un servicio, el religioso, que todo el que quisiera supiera que existe. Esto supone de hecho romper muchas barreras y abrir nuevos caminos: todos al servicio de la persona...

— Un servicio tenido en cuenta en todos los demás servicios y como los demás servicios. Cambio de mentalización y leyes.

— Un servicio abierto, apoyado, a medias con las comunidades parroquiales de donde vienen los hospitalizados: Inter-cambios, visitas, celebraciones. Y con las asociaciones de enfermos...

— Estudiar y aprender cómo acompañar al enfermo en: Urgencias; uvis; moribundos; hemodiálisis; coronarias; psiquiatría...

HOSPITAL EVANGELICO (Barcelona)

El *Hospital Evangélico* es una institución confesional protestante radicada en Barcelona. Fue fundado hace algo más de 100 años como asociación de beneficencia particular de inspiración protestante. Es, por tanto, una institución independiente, regida por un Patronato, pero que tiene una vinculación muy estrecha con las iglesias evangélicas de Barcelona y alrededores.

El hospital es pequeño, con algo más de 100 camas, y atiende diferentes tipos de pacientes:

— Miembros de las iglesias evangélicas.

— Afiliados a la Seguridad Social y a Mutuas de seguro libre.

— Particulares. La incidencia de los miembros de las iglesias evangélicas en el movimiento total del hospital no pasa del 20 ó 25 %.

En el campo de la pastoral de enfermos se han hecho en el hospital diferentes experiencias, sin que podamos decir que hemos encontrado una fórmula ideal para su correcta realización.

En primer lugar, hay una atención espiritual a los enfermos de confesión protestante a partir de los pastores de las

iglesias a las que los pacientes pertenecen. Esto es fundamental en el caso de personas ya bien relacionadas con el mundo evangélico que se ven acogidas y atendidas por la familia espiritual a la que ellos pertenecen. Estos creyentes reciben, además, el calor y la amistad de grupos de creyentes que regularmente (una vez a la semana) los visitan y oran con ellos. Este mismo tipo de pastoreo vienen a recibir los creyentes católicos practicantes que reciben la atención de sus propios pastores.

Sin embargo, este tipo de enfermos muy comprometidos en la vida de sus respectivas iglesias, son una pequeña minoría. La gran mayoría son personas, creyentes o no, que están desvinculadas de toda atención religiosa. Los unos son abiertamente ateos, los otros creyentes *sui generis* que no participan en ninguna actividad cúllica en ninguna iglesia. Representan esta masa tan mayoritaria de los que se bautizan, se casan y son finalmente enterrados por la Iglesia, sin otra vinculación.

El Patronato de nuestro hospital, que en su mayoría está formado por pastores evangélicos, se ha planteado repetidamente, y todavía continúa siendo asunto de reflexión y diálogo, la forma de realizar una auténtica labor pastoral con estas personas sin violentarlas ni imponerse a ellas aprovechando su estado de debilidad. Las experiencias que se han realizado han sido alrededor de tres posibles formas de pastoreo.

Alrededor del culto

Se realiza un culto dominical abierto tanto al personal asistencial que trabaja en la casa como a los enfermos y familiares. Este culto tiene el sentido, no sólo de cumplir el precepto dominical, que en las iglesias evangélicas no se enfatiza de la misma forma que en la Iglesia Católica, sino como un medio de llegar a los pacientes por medio del canto, la exposición evangélica y el contacto personal. No hay ningún responsable del hospital para la realización de este culto, que tiene formas muy variadas, sino que es realizado por grupos de creyentes que, siguiendo un orden preestablecido, vienen de las diferentes iglesias de la ciudad. Normalmente el grupo está compuesto por un pequeño coro o grupo musical y un predicador que a veces es uno de los médicos del hospital. Este tipo de pastoreo encaja especialmente en enfermos de larga estancia.

Alrededor del capellán del hospital

Actualmente esta figura no existe en nuestro hospital, pero hemos hecho experiencias recientes en este sentido. El mayor problema que hemos encontrado es que este capellán viene a ser considerado como el profesional que tiene la obligación de hacer este trabajo, lo cual nos ha parecido, en muchos casos, negativo. Sin embargo, hemos tenido asimismo experiencias positivas, dependiendo especialmente de los dones de la persona que lo realiza. En este tipo de pastoreo hemos tratado de enfatizar el aspecto de servicio desinteresado y de interés personal por el paciente, individualizándolo. Nuestra experiencia nos lleva al convencimiento de que este tipo de pastoral de enfermos puede realizarse de una forma mucho más natural mediante un asistente social creyente, muy bien formado en la vida cristiana y con vocación para la comunicación de la fe. Le es siempre más fácil llegar al enfermo y orientarle en sus problemas humanos, dando paso, si cabe, a una profundización mayor por parte de un pastor, siempre que el enfermo lo desee.

Alrededor del personal asistencial

Ha sido preocupación del hospital, dentro de los límites de la competencia y valoración humanas, contar con personal

creyente y consagrado a todos los niveles. Esto no es siempre fácil ni siempre ha sido posible. Pero hemos tenido buenas experiencias. Lo fundamental ha sido esforzarnos en motivar el personal creyente de la institución a realizar una labor de acercamiento espiritual al paciente, sin miras proselitistas ni énfasis confesional. Ha resultado evidente que el impacto que el testimonio del evangelio produce en el enfermo es mayor si le viene del propio médico o de la enfermera que lo atiende. Las ocasiones de pastoreo, entonces, son más espontáneas y, por tanto, menos artificiales. Surgen de la propia vivencia del paciente y del momento emocional en que se encuentran, llevándoles de una forma mucho más natural a la reflexión cristiana. En este aspecto, hemos de admitir que es muy minoritario el personal asistencial que es capaz de hacer una labor en este sentido, pero hemos tratado de potenciarlo, porque creemos que es el tipo de pastoral más efectivo. La motivación del personal asistencial más idóneo para este servicio la hemos realizado mediante entrevistas personales.

Mirando al futuro, las iglesias evangélicas no tienen, propiamente hablando, una pastoral de enfermos, es decir, no hay una estrategia en este campo. Las iglesias evangélicas son pequeñas familias donde el problema del enfermo es un problema familiar, que se atiende en el seno de la familia. No vamos más lejos. Pero es evidente que, poco a poco, las iglesias van despertando a la necesidad de mirar más allá de los límites de sus propias congregaciones y, en este sentido, hay una cierta preocupación por el mundo de los enfermos con el fin de llegar hasta ellos aportando el testimonio del amor en Cristo y la esperanza del evangelio.

HOSPITAL DE SEO DE URGEL

- Se trata del Hospital de Seo de Urgel situado en la misma capital de la diócesis. Estamos en la parte noroccidental de Cataluña: En una diócesis de marcado carácter rural, de escasa densidad demográfica, alejada de los grandes centros urbanos, con difíciles comunicaciones; todo esto le da unas características propias.

Casi toda ella es zona montañosa y estructurada en valles paralelos de no fácil comunicación. Esto crea problemas en el campo sanitario, que los hospitales han tratado de resolver. Existen los de Tremp, Viella, Puigcerdá y este de Urgel. Lo logran en parte. Son antiguos puntos del camino de Santiago: hoy, un hito en importantes zonas turísticas. En sus zonas de influencia están los complejos de la Molina, Llesuy, Super-Espot y Baqueira-Beret; las grandes instalaciones hidroeléctricas y tenemos también... Andorra.

En la base y en la promoción de estos centros hospitalarios está la presencia de la Iglesia, sin interrupción.

Concretándonos ahora al de Seo de Urgel vemos que su campo de acción e influencia va desde la Cerdaña hasta Oliana siguiendo el curso del río Segre y son muchos los núcleos de población de ambas orillas que convergen en Seo para toda actividad y servicio.

Junto a este brillante panorama turístico hay otros serios problemas como el hecho emigratorio, el progresivo deterioro de los espacios agrarios, el cierre de algunas pocas empresas industriales que hay en el Pirineo, las carencias que supone el tener que recurrir a servicios insuficientes o poco adecuados a sus necesidades —entre ellas la asistencia sanitaria— que son realidades incuestionables. No nos corresponde a nosotros estudiar la complejidad de tales problemas pero sí que nos cuestiona seriamente todo lo que a nuestro campo se refiere así en el orden técnico como en el pastoral.

- El Hospital de Urgel existe desde tiempo inmemorial. Es de tradición que el prelado y el cabildo lo hicieron construir al mismo tiempo que se levantaba la catedral y

muy cerca de ella. Hay legados de 1059 y de 1096 y consta que en 1132 estaba ya terminado¹.

La administración estaba a cargo de una junta constituida por dos canónigos de la SIC., dos miembros de la real comunidad de beneficiados de Nuestra Señora de la Piedad y dos miembros del Ayuntamiento.

A lo largo de los tiempos conserva su fisonomía propia y hay de ello datos abundantes. (Legados, notas y otras referencias).

A principios del siglo XIX experimenta cambios notables. Se ordena el territorio nacional en provincias, se crean las diputaciones y con ellas las juntas de beneficencia a nivel nacional, provincial y local. Estas tienen activa participación en la dirección y administración de estos centros².

Es curiosa la descripción que hace un cartulario sobre los años 1834-1836³: «La situación económica es deplorable; han disminuido los censos, y los que restan resultan incobrables por el estado de indigencia de los censalistas, por los trastornos comunes y particulares sufridos en varias épocas en el país; había deudas y ni siquiera tenía local propio.

Hay un médico y un cirujano; la botica se paga a cuenta y no por contrata. La asistencia a cargo de un matrimonio y una muchacha. Hay cuatro camas, por que se cree que es esto lo que se puede sostener, no sin grandes dificultades. No se admiten enfermos crónicos, ni venéreos ni dementes. Para los militares hay otro hospital en la ciudad.

En 1839 la reina cede al Ayuntamiento el edificio de los agustinos calzados en las afueras de la ciudad⁴. En los años sucesivos la dirección y administración corre a cargo de la Junta Municipal de Beneficencia en virtud de las órdenes vigentes; su elección es periódica y corresponde sólo al Ayuntamiento a excepción del párroco y los facultativos más antiguos. Aumentó el número de enfermos, y no cesaron las dificultades económicas; no faltó la asistencia con personal voluntario por razones de caridad cristiana, y también contratado; pero no había continuidad. Se pidió a las Hijas de la Caridad se hicieran cargo de esta misión, más no aceptaron la oferta⁵. En 1853 llega un obispo nuevo, monseñor José Caixal. Entre sus planes de pastoral tienen lugar de preferencia las escuelas y los hospitales, casi, a la par que el nuevo seminario que juzga indispensable construir enseguida. Pide a varios institutos religiosos su colaboración; para el hospital no halla respuesta. Entonces acude a Ana María Janer, que en Cervera está al frente de una institución benéfica y tiene buena experiencia del mundo hospitalario. Ella va a ver sobre el terreno el asunto y se compromete no sólo a cuidar del hospital, sino también de las escuelas rurales. Así nació el Instituto de la Sagrada Familia de Urgel (1859) y desde entonces está al servicio de los enfermos de este hospital, con plena conciencia de pertenecer a la Iglesia de Jesucristo, en la realidad inmediata de una iglesia local, a la que nos sentimos íntimamente vinculadas.

Un hecho importante de colaboración seglar, con espíritu cristiano, se registra en los años cincuenta: la creación de una *Mutua de Caridad Hospitalaria del Santo Hospital de Urgel* para ayudar al centro a superar el difícil estado económico del centro, que tenía además un notable sector de beneficencia; y a la vez aseguraba a los asociados la asistencia médica debida. La extensión de la Seguridad Social ha disminuido en parte este problema y la entidad continúa con buena vitalidad.

¹ MARTINEL, CÉSAR: *Els Hospitals Medievals Catalans*. Lo afirma también SAHUA, en su libro *La Beneficencia en Lérida*: ver LLADONOSA PUJOL, JOSÉ, en *Historia de la Medicina en la Provincia de Lérida*.

² Ver LLADONOSA PUJOL, JOSÉ: *Historia de la Diputación de Lérida*.

³ Original conservado en el Archivo histórico del Hospital de Urgel.

⁴ Idem.

⁵ *Actas del Hospital*. Archivo Histórico de ídem.

Hay un buen equipo de médicos, caro de mantener, ya que algunos especialistas han de venir de Barcelona; colaboran seculares y religiosas, y se experimenta la problemática que supone la natural evolución de estos antiguos hospitales.

Esperamos que la reforma sanitaria en proyecto, resuelva bien estas situaciones, sin que por ello se pierdan las particulares características que el ambiente familiar crea y hacen posible una pastoral de diálogo y confianza por el mutuo conocimiento que aquí es posible.

• Nuestra prioridad pastoral es la atención a la persona; a toda la persona; a los diversos aspectos de la misma. Tratamos de ayudarles, sencillamente y con naturalidad, para que en los sufrimientos encuentren alivio, salud y esperanza.

También a los familiares de los enfermos ya que sufren con y junto a ellos. Procuramos acompañarles y hacer más llevaderas las dolorosas circunstancias de cada caso. Hemos comprobado que el hospital es un verdadero centro de pastoral, algo así como una gran parroquia de toda la comarca, porque hay mucha comunicación, interrelación y solidaria convivencia. Las relaciones humanas adquieren toda su fuerza: se procura dar a todos acogida familiar y ayuda de amistad. La gente se cree en su casa. Hay capellán a toda dedicación y algunos otros participan también. El trato directo con los enfermos es fácil y permite que se establezcan interrelación de verdadero sentido pastoral. Sacerdotes y seculares acuden especialmente en días de mercado —son martes y viernes— a las visitas a los enfermos familiares, amigos y conocidos, porque es esta una de las cosas buenas que tenemos: todos nos conocemos.

Se mantiene el culto diario. La asistencia es libre. Se cuida la pastoral de los sacramentos y es bastante normal que los mismos enfermos los pidan o lo hagan los familiares. Se constata una profunda vivencia de fe, en la mayoría de los casos. Con alguna frecuencia se celebra el sacramento de la unción: acuden libremente y dicen que les gusta; que les da serenidad y gozo interior. Asimismo el de la penitencia. Es mejor el resultado si se hace una buena catequesis.

El turismo nos ofrece ocasiones de atender a personas de diversos países y credos. Se respetan sus costumbres y creencias; hay muy buenas experiencias. Entre ellas lo mucho que se pudo ayudar a no pocos judíos que de alguna manera pudieron huir de los horrores que todos conocemos. Han expresado su gratitud en diversas ocasiones. Con cierta frecuencia tenemos encuentros del personal sanitario, enfermeras, médicos y religiosas, para mantener la formación permanente tanto en lo profesional como en lo religioso y pastoral.

En resumen, insistiremos sobre la idea de la gran parroquia comarcal, porque hay una real comunicación entre el capellán y los párrocos, sobre sus feligreses y esto hace que todos sientan que el hospital es algo suyo, y fomenta, en gran manera, la solidaridad cristiana que podemos constatar se potencia notablemente.

Nos encontramos con ciertas dificultades como son las distancias de los centros de formación que hemos de hacer aquí como podemos. Por otra parte la carencia de medios materiales que condiciona de algún modo la libertad de acción. El deseo y la esperanza de un hospital nuevo es ciertamente grande, a pesar de las notables mejoras que ha tenido el centro. Es de desear que en los nuevos proyectos de la reforma sanitaria sea realidad eficiente y adecuada, y que no pierda nuestro hospital el ambiente humano y familiar que han sabido crear los esfuerzos y actitudes de todos los que en él han tratado de servir a los enfermos con caridad cristiana.

Esta es una repetición, pero por su importancia, creemos que vale la pena.

• Entendemos que un hospital es un centro de evangelización y que al servicio de la misma —es decir, al servicio de Jesucristo—, se han de poner los medios mejores que estén

a nuestro alcance. Así los progresos de la ciencia y los adelantos de las técnicas modernas son medios necesarios para cumplir con la misión pastoral. Y esto no sólo en lo referente a lo profesional sino también en lo que se refiera a la pastoral, en las relaciones humanas y en el aspecto religioso, teniendo en cuenta la importancia de la función educativa de la fe.

Mirando a la iglesia del futuro que queremos construir, sentimos la exigencia de no cesar en el empeño de formarnos para la misión en lo intelectual, en lo humano y a nivel afectivo dentro de la propia vocación para que seamos cada día más conscientes de las realidades del mundo contemporáneo, y del misterio del hombre al que servimos, para llegar a la entrega que exige el amor de Jesucristo —el gran misterio de Dios—; a una entrega hecha con amor, con abnegación, sencillez, y alegría; con respetuosa y asumida responsabilidad. Creemos que así se puede dar una respuesta válida al hombre de nuestro tiempo y sentar las bases para la Iglesia de mañana a la que queremos transmitir nuestra fe.

HOSPITAL DE SAN ANDRES (Manresa)

PRIMEROS PASOS DEL SERVICIO RELIGIOSO

El Hospital de Sant Andreu de Manresa es una institución benéfico-privada de carácter público dependiente de un patronato, siglo XIV.

Actualmente consta de los siguientes servicios: Medicina interna, Neumología, Cirugía general y digestiva, Maternidad, Hemodiálisis y Psiquiatría. También se conserva un pequeño servicio de Geriátrica benéfica. Tiene una capacidad de 189 camas.

La Congregación de las Hijas de la Caridad está unida a la historia de la institución. A partir de los años setenta se contrata personal seglar para la enfermería.

Poco a poco se crean nuevos servicios, a la vez que se amplían los ya existentes.

Un grupo de estudiantes de medicina realiza las prácticas de la parte de medicina general de su curso de rotatorio en este hospital.

Las personas atendidas pertenecen a las ciudades y pueblos de las comarcas del Bagés, Bergadá y Solsonés.

Desde hace algo más de dos años y medio estoy como sacerdote encargado del servicio religioso en el hospital. Se trata de una experiencia totalmente nueva tanto a nivel personal como a nivel del centro sanitario.

Al principio fue una toma de contacto con la realidad hospitalaria. Era un mundo desconocido y nuevo para mí. Sin embargo, pude contar con la información básica y adecuada. Cursos, contactos personales y realidades hospitalarias me sirvieron de punto de referencia.

De todo ello, y las primeras vivencias personales, surgen los primeros intentos y los primeros pasos dados:

- Era importante todo aquello que facilitara *el encuentro y la relación con las personas*.

Se trataba de ser un compañero para todos los que trabajan en el hospital. Era la manera de fortalecer la convivencia diaria en el lugar de trabajo. Sabía que en la medida que se diera este encuentro y esta relación con los compañeros se facilitaba mi trabajo y mis posibilidades. Pero a la vez era necesario respetar al máximo la autonomía de cada persona. Desde los hechos y los acontecimientos concretos se podía encauzar, matizar y valorar la manera de llevar a cabo el servicio religioso. Todo esto ha facilitado el diálogo y la confrontación de pareceres y valoraciones. Era importante poder contar con la ayuda de los compañeros ejercida libremente.

Para los enfermos y sus familiares se trataba de un en-

cuentro y de una relación *humana, sencilla, cercana, respetuosa y liberadora*. No cabe duda que según las experiencias o recuerdos que cada uno guarda del trato con los sacerdotes, la parroquia u otras realidades de Iglesia facilitan el trato o ponen cierta prevención en el momento de visitarles en la habitación. También descubres a la persona alejada o indiferente. Por otra parte era necesario desmontar la idea de que la visita del sacerdote respondía a la extrema gravedad del enfermo. La visita al enfermo dejaba de ser el *cumplimiento de una función* para convertirse en un *proceso de comunicación*.

- Hay que ser conscientes que *nuestra sociedad vive un proceso de secularización*. Se trata de un proceso complejo y profundo que afecta a todos los aspectos y ámbitos de la vida humana. La dimensión religiosa ya no es el elemento que lo cohesionaba todo. Ha quedado reducida a un elemento más que influye en la sociedad y la vida de las personas. Este hecho es importante al tratar con las personas enfermas y sus familiares.

- Hay que tener presente también *las diversas actitudes frente a la dimensión religiosa*. Nos encontramos con un pluralismo religioso, con una indiferencia, con un agnosticismo o con ninguna sensibilidad en la dimensión religiosa. Todo ello exige el máximo de respeto a cada persona y a su conciencia. Desde esta perspectiva el servicio religioso debe educar a las personas en el *derecho a la libertad religiosa*.

- Desde diversos enfoques y perspectivas varias personas tratamos al enfermo. Ello conlleva una *colaboración* que respetando la autonomía de cada servicio puede facilitar el trabajo a realizar. Para el servicio religioso es importante y se agradece cuando recibes información de los trabajadores sociales, el cuerpo facultativo o del personal de enfermería. Te ayudan a situar la enfermedad, el enfermo y su entorno. Facilitan en algunas ocasiones que el encuentro y la relación entre el sacerdote y el enfermo sea lo más positivo posible.

Estas ideas-base se concretaron en *unas normas o pautas de conducta* para un servicio religioso acorde con las necesidades de hoy:

- A los que ingresan se les pide sobre la religión que profesan.

- En cada habitación se coloca una hoja informativa sobre el servicio religioso dirigido al enfermo y a los familiares:

Se les saluda.

Se les informa sobre el servicio religioso.

- Se les informa de su derecho a ser asistidos por el ministro de su credo religioso.

- El hospital garantiza el derecho de cada confesión religiosa a atender las personas internadas de su credo religioso.

- También se ofrece a los enfermos y a los familiares la posibilidad de una entrevista personal o una atención más individual. Se procura buscar los momentos más idóneos.

- Con los enfermos psiquiátricos, antes de visitarles, procuro hablar con el médico que le atiende. Según el diagnóstico se valora si es aconsejable mi visita o no. Otras veces se subraya aquellos aspectos que hay que tener presente en el trato con la persona enferma.

- Se procura que sea el mismo enfermo o sus familiares los que pidan la recepción de los sacramentos. En algunos casos se les insinúa.

- Se han señalado algunas actitudes a tomar ante diversas situaciones concretas: enfermos graves atendidos en urgencias, enfermos internados que están graves e inconscientes, enfermos cuya situación está en proceso terminal.

Para la mentalización y puesta en marcha de este proceso se edita cada año una hoja en la que se explica todo esto. Va destinada a todos los que trabajan en el hospital. Nos sirve para:

- a) Destacar las ideas fundamentales sobre las que construimos el servicio religioso.

b) Establece unas normas concretas para cada caso y situación.

c) Encauzar el diálogo y la confrontación de las diferentes maneras de ver y valorar las cosas.

Algunas veces el servicio religioso informa a los sacerdotes de las parroquias sobre algún enfermo internado. Esto facilita el contacto con el enfermo y la familia. Contacto que después puede continuar en el pueblo o parroquia.

Hace poco se ha creado un pequeño equipo de Pastoral Sanitaria dentro del hospital. Está formado por dos ATS seculares, una ATS religiosa y el sacerdote.

Durante la semana procuro visitar a todos o a casi todos los enfermos. Se atienden según sus necesidades o urgencias:

— Por su estado grave.

— Porque se prevé una situación larga.

— Porque debido a su enfermedad van a ser internados varias veces hasta llegar a un proceso terminal.

La visita al enfermo se concibe como un encuentro y una comunicación. Procuro dejar que el enfermo sea lo más expresivo posible. A partir de lo que sugiere se va intentando profundizar en los diversos aspectos de su vida. Siempre llegamos hasta donde él nos deja llegar. Alguna vez es importante saberse retirar a tiempo. Sin embargo, en algunos casos, si se ha creado el suficiente clima de confianza, se puede plantear directamente la cuestión religiosa. Los familiares pueden ayudar mucho a crear el clima necesario. No podemos olvidar, por otra parte, que en algunos casos ellos son una barrera difícil de salvar. En algunas circunstancias puede ser de mucha ayuda alguna de las personas de enfermería. Siempre se requiere espontaneidad y naturalidad.

Las personas de enfermería pueden captar fácilmente ciertas reacciones del enfermo o de los familiares ante la visita del sacerdote. Si las comunican pueden prestar un gran servicio a éste para revisar, madurar o tener presente detalles y circunstancias que pueden dificultar la relación.

Siempre que el estado del enfermo lo requiere procuro tantear con el mismo enfermo o con la familia la cuestión religiosa. Muchas veces resulta difícil. Es el momento de salir los miedos y los recelos. Pero también permite *escuchar, dialogar, clarificar y sugerir*. Si el momento lo permite dejo tiempo suficiente para que el enfermo o los familiares piensen lo que hemos comentado. Dejo que sean ellos que tomen la decisión. Será la oportunidad y la prudencia las que aconsejarán insistir o saber esperar. En todo caso, a los familiares, se les insiste que siempre se trata de respetar la voluntad del enfermo.

Es la experiencia diaria la que va conduciendo la reflexión y la revisión de este proceso. No se abarca todo. Poco a poco se irán ampliando los aspectos a atender. Hasta ahora nos hemos ceñido a aquellos elementos que nos han parecido más fundamentales.

Como final unas pequeñas experiencias concretas:

Un enfermo internado para ser intervenido quirúrgicamente

Le visito un par de veces antes de la operación. Conversaciones normales y variadas. No sale de una manera explícita el tema religioso. Durante el postoperatorio manifiesta su interés para comentar unos aspectos personales. Sale a la luz su crisis religiosa y los motivos personales que le llevaron a la crisis. La persona se vació.

Enfermo ingresado por cáncer de pulmón en estado terminal

Yo desconocía la enfermedad. Mi visita era para saludarle. Al salir de la habitación su mujer me informa de la enfermedad. Manifiesta su negativa absoluta a que se le hable de nada. Ella dice: «Durante meses he luchado para que no

supiera que tenía un cáncer. No voy a permitir que ahora él pueda descubrir la verdad. Yo asumo la responsabilidad». Hubo una discusión muy dura y tensa. Me sentía de antemano prejuzgado en mi tarea de relación con el enfermo. No hubo acuerdo. Por otra parte no había manera de entrar a ver al enfermo. Al final ya desistí.

Enfermo ya mayor ingresado urgentemente en el hospital por su estado general

Durante la vida había vivido bastante a su aire. Ahora vivía con unos parientes, pues se había quedado solo. Estos familiares se interesaban para que recibiera la Unción de los enfermos. Ellos son los que me ponen en antecedentes sobre el enfermo. Hablo con el enfermo sobre la cuestión religiosa. Muestra su indiferencia total. Después de hablar con los familiares y analizar la actitud del enfermo decidimos respetar su voluntad. No se le dio la Unción de los enfermos.

Enferma joven operada de cáncer de mama

Amiga personal que con su marido formaba parte de un equipo de matrimonios del que yo era consiliario. Una vez operada ella se encerró en un mutismo total. Las conversaciones eran intrascendentes. Algunas veces habíamos hablado del equipo de matrimonios. En algunas ocasiones yo mismo me sentía cohibido. Durante su estancia en el hospital sólo se confió con una cuñada suya que pasaba ratos junto a ella. Al final sólo quería que la cuidase ella. No llegué nunca a saber qué pensaba sobre su enfermedad. Salida del hospital todavía asistió a alguna reunión del equipo. De vez en cuando la iba a visitar a su casa. La relación era correcta pero impersonal. Cuando empeoró definitivamente ella se resistía a que entrara a visitarla. Hablando con la familia determinamos que yo me quedaría en un segundo plano. Se dio paso a un sacerdote de la parroquia con el que había colaborado en la catequesis. El fue el que le administró los sacramentos y le acompañó en los últimos momentos.

Enfermo joven en situación terminal

Un par de visitas que sirven para establecer una pequeña relación. La ATS religiosa del piso me informa sobre su estado actual. El médico me explica el proceso que va siguiendo el enfermo. Hablo con la mujer. Ella me explica que en verano cuando ingresó se asustó mucho al visitarle. Ahora su reacción ha sido muy diferente. Lo admite como normal. Ella además se desahoga. Hablamos un poco de la situación religiosa. La ATS religiosa y su mujer a diferentes niveles preparan el ambiente. Un día charlamos largamente con el enfermo. Sale la cuestión religiosa. El enfermo y su mujer manifiestan su situación actual. Ella nos deja solos. Hablamos de su proceso, su evolución, sus dudas. Le ayudo a reconciliarse consigo mismo y con Dios. Después me comenta la mujer cómo han dialogado juntos. Manifiesta las impresiones sacadas por el enfermo. Yo le manifesté y le agradecí el papel importante que había jugado ella en aquel proceso. Una vez más había estado junto a su esposo.

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE SANT BOI

CAMPO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

La presencia nuestra es en el Hospital Psiquiátrico de Sant Boi. Quienes viven cercanos a Cataluña saben lo que significa el decir este nombre en el lenguaje popular. Está enclavado

en un pueblo del Baix Llobregat, que ha tenido un crecimiento demográfico considerable, pasando de 10.000 habitantes que tenía hace unos 20 años a 80.000 que tiene actualmente.

Sant Boi se encuentra a 8 km de Barcelona, tiene fácil comunicación con la ciudad lo que hace movilizarse a sus habitantes tanto a nivel de trabajo, como de compras, diversiones, etc.

Existen seis parroquias en el pueblo, estando nosotros más relacionados con aquella a cuya demarcación pertenecemos. No obstante nuestra presencia en la ciudad está limitada porque nuestro hospital es muy específico y dada su capacidad, 850 camas, tiene un sector de irradiación que abarca todo el Baix Llobregat y alguna zona de la ciudad de Barcelona.

A pesar de que ha sido un centro custodial, ya hace años que se está trabajando por realizar una asistencia para la comunidad, viéndose actualmente materializada además de los consultorios existentes en el hospital o en la ciudad de Esplugas, con un hospital de día funcionando en Sant Joan d'Espí y dos centros de asistencia primaria en Cornellá y en Barcelona.

Dentro de los 850 hospitalizados existen tres unidades muy diferenciadas: Geriátrica y Subnormales con características idénticas en su asistencia y Psiquiatría de larga estancia y aguda que necesita otra forma de celebración de la fe y de pautas de comportamiento.

PROCESO HISTORICO Y FUNCIONAMIENTO ACTUAL

El hospital es propiedad de la Orden Hospitalaria, lo que ha hecho que desde 1895, haya tenido siempre la presencia de una comunidad religiosa que de una forma u otra se ha preocupado de la dimensión trascendente del enfermo.

Hace unos diez años se comenzó a trabajar elaborando un proyecto, al frente del cual había dos capellanes José L. Redrado y Mariano Galve. Desde hace cinco estamos Mariano Galve y Pascual Piles. Llegamos también en esta segunda época a plantear un proyecto que es por el que actualmente nos regimos.

Como objetivos finales nos propusimos:

— Contribuir a una asistencia integral a la que tienen derecho los enfermos.

— Llevar a efecto el cometido concreto de la Pastoral: Anunciar el Evangelio, llegar a celebrar la fe y acompañar lo anterior con un testimonio de vida.

Ello nos ha llevado a: *Plantear una acción catequética*: El plan abarcaba:

— Reflexiones bíblicas: Conocimiento de la Escritura.

— Celebración de la fe: Explicación de los Sacramentos.

— Dimensión ética.

Las catequesis tienen que realizarse con filminas porque es muy difícil captar su atención. En cuanto al aspecto bíblico hemos conseguido mucho material, pero para la parte celebrativa y la dimensión ética, ni existe tanto material ni está adaptado. Las charlas les cuesta bastante el soportarlas y captar el contenido que les quieres transmitir.

Celebración de la fe

Tratamos de acomodarnos a su situación, pero tenemos dos realidades muy diferenciadas, el mundo esquizoide, ensimismado, angustiado y el del deficiente, abierto, espontáneo, poco reflexivo. Si nos acercamos al uno dejamos el otro. Tratamos de combinarlo.

Durante los momentos fuertes del año hacemos celebraciones apropiadas por grupos, que participan, dialogan.

Tratamos de usar mucho los signos, las expresiones. Los

acontecimientos de la asamblea los tratamos de resaltar con algún folleto propio para la asamblea.

Nivel relacional dentro del hospital

Tanto para enfermos como para el personal. Lo cuidamos a través de conversaciones personales, visitas por las secciones. No llegamos a todos, ni mucho menos. Hay quienes comparten más nuestra forma de ser y se identifican con los criterios que brotan del evangelio aunque nosotros no los encarnemos plenamente. También tenemos previstos algunos aspectos en la docencia del hospital sobre todo relacionado con la ética y la humanización de la asistencia.

Existe además una presencia extrahospitalaria diocesana y nacional.

Equipo

— Jefe del Servicio Religioso.

— Capellán adjunto.

— Varios hermanos que colaboran en el nivel litúrgico y catequético.

— Algunos seglares.

Actividades extrahospitalarias

Un hermano va a la animación de la liturgia dominical de la parroquia.

Un hermano va tres veces a la semana al Hospital Comarcal de Sant Boi y prepara a los ancianos ingresados a los Sacramentos de Eucaristía y Unción.

Dos charlas semanales a religiosas sanitarias.

Varios cursillos al año a religiosas sanitarias.

Colaboración en las clases de Ética de la Escuela Universitaria San Juan de Dios.

Algunos retiros dados a grupos sanitarios que lo piden.

EVALUACION DEL CAMINO RECORRIDO

Pienso que no se puede contabilizar por el trabajo material realizado. Si la pastoral trata de edificar la Iglesia en las situaciones concretas, la nuestra es muy concreta y tratamos de comunicar la fe y de celebrarla aportando nosotros unos medios, que en el momento te das cuenta que causan su efecto, pero que después no tienen toda la repercusión que uno quisiera.

El que el centro pertenezca a una entidad religiosa tiene sus ventajas en cuanto a posibilidades de acción, también sus inconvenientes, sobre todo en realidades laborales.

Pensamos que de todo lo proyectado hay cosas que deberíamos hacer hincapié: presencia constante, colaboración en los equipos. No obstante, también hay elementos que nos desbordan.

REFLEXION MIRANDO AL FUTURO

Queremos construir una comunidad asistencial fundamentada en valores humanos y evangélicos, acogedora de la realidad del enfermo.

Vemos más difícil nuestra presencia en la asistencia extrahospitalaria en la que la demanda de problemática religiosa patológica es cada vez menor, puesto que los pacientes viven con mucha menos fuerza la opción cristiana y valoramos como inoportuno el meternos en un proceso de terapia, a no ser requerido para casos concretos.

III

FUNCIÓN Y DINÁMICA DE VARIOS SECRETARIADOS

Presentación: JOSE FARRES

La atención pastoral a los enfermos ha sido una tarea constante de la Iglesia ya desde sus inicios. (Cfr. Act. cap. 3, 5, etc.) Una buena muestra de la preocupación de la Iglesia por el mundo de los enfermos son las distintas Ordenes y Congregaciones religiosas que han surgido a lo largo del tiempo dedicadas, algunas de ellas exclusivamente, a esta finalidad. De no haber sido así, la Iglesia no hubiera sido fiel a la misión recibida de Jesucristo que envió a sus apóstoles y discípulos a anunciar la buena nueva del Reino y a curar a los enfermos. (Cfr. Lc 9, 1-2.)

No obstante, la Pastoral Sanitaria, como cosa y tarea más organizada, es más reciente. Los pioneros han sido, sin duda, los hermanos de san Juan de Dios. Al final de la década de los sesenta fueron ellos los que organizaron, impulsaron y colaboraron en distintas semanas de pastoral sanitaria. En algunas de estas semanas (por ejemplo: Pamplona septiembre de 1970) se pedía con insistencia la creación de un Secretariado de Pastoral Sanitaria. Este organismo fue creado por la Conferencia Episcopal Española en el año 1972, hace diez años. Nació para animar, coordinar y orientar la presencia de la Iglesia en el amplio mundo de la salud. Está integrado en la Comisión episcopal de Pastoral y presidido, en la actualidad, por monseñor Osés, obispo de Huesca.

En 1976 se designaron los delegados regionales con la misión de promover, potenciar y coordinar la Pastoral Sanitaria en las regiones españolas. Nuestra región fue encomendada al padre José Luis Redrado, quien incansablemente ha trabajado y sigue trabajando en el campo de esta Pastoral y para establecer en cada diócesis una delegación de Pastoral Sanitaria.

Actualmente existe ya un delegado diocesano de Pastoral Sanitaria en cada una de las ocho diócesis catalanas. Últimamente le han encargado coordinar también las diócesis baleares.

Desde la Delegación regional y en colaboración con los delegados diocesanos, se han impartido ya siete cursos o cursillos con una amplia temática en torno al mundo sanitario.

El día 4 de noviembre pasado el padre Redrado y los delegados diocesanos Ramón Font de la Seu d'Urgell y Nuria Homedes de Tortosa informaron a la Conferencia Episcopal Tarraconense de la marcha de la Pastoral Sanitaria en las diócesis catalanas y sobre algunas cuestiones de Pastoral Sanitaria que merecen especial atención en la actualidad.

Hoy, con esta mesa redonda, presentamos unas experiencias, todavía muy modestas porque es algo que está empezando, de algunas de estas delegaciones o Secretariados Diocesanos. Concretamente se expondrán las experiencias de los Secretariados de Barcelona, Tarragona, Tortosa y Vic.

Archidiócesis de Barcelona

El delegado diocesano de Pastoral Sanitaria es el hermano Francisco Sola de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Ha encargado la exposición de la experiencia de este Secretariado a la hermana *María de los Angeles Grau*, dominica, muy preparada y con estudios telógicos. Hace dos años que trabaja en el Secretariado y lo conoce a fondo, pues es la secretaria general del mismo.

Archidiócesis de Tarragona

Expondrá la experiencia la propia delegada diocesana, hermana *Pilar González*, de las Hijas de la Caridad. Lleva ya tres años en la delegación y alterna su trabajo con el de Superiora de la comunidad del Sanatorio Antituberculoso Nuestra Señora de la Salud de Tarragona y delegada de la FERS en la misma archidiócesis.

Diócesis de Tortosa

Nos hablará de la experiencia de esta diócesis la señorita *Nuria Homedes*, médico con la especialidad de medicina interna y muy preparada para dedicarse a la educación sanitaria para la que tiene una especial vocación. Es delegada de Pastoral Sanitaria en la diócesis desde junio del año pasado. Lleva también la delegación diocesana de movimientos apostólicos de juventud.

Diócesis de Vic

Desde 1980 me encargo de la Delegación de Pastoral Sanitaria. Expondrá la experiencia monseñor *Marcellí Carreras*, capellán del Hospital San Andrés de Manresa y muy vinculado al Secretariado de Pastoral Sanitaria de Manresa y comarca del Bagès. Es licenciado en Filosofía y Letras, especialidad de Pedagogía. Actualmente alterna su trabajo de capellán de hospital con la Pastoral Sanitaria, la conciliaría diocesana de apostolado familiar y los estudios de Psicología Religiosa.

● Ponemos a continuación el texto que sirvió de base para informar a los señores obispos, dossier que resume los criterios y el desarrollo de la Coordinación de Pastoral Sanitaria en Cataluña. Después haremos la relación de los Secretariados indicados.

COORDINACIÓN DE LAS DELEGACIONES DIOCESANAS DE PASTORAL SANITARIA DE CATALUÑA

BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

Síntesis de situación a nivel nacional

Mundo de la salud. Mundo de los enfermos. Un campo que hoy preocupa grandemente a la sociedad. Hoy estamos sanos, pero sabemos que podemos enfermar. Muchos tienen ya la

experiencia —irrepetible por siempre nueva— de haber estado enfermo. Un mundo totalmente nuevo por sus dimensiones y porque son nuevas sus técnicas, nuevos los hombres profesionales que exige la medicina, nuevos los campos de la asistencia, de la curación y de la investigación.

Se ha dicho —y no sin razón— que por el hospital pasa más gente que por nuestras iglesias: pensemos en los nacimientos, pensemos en el número de hombres y mujeres aquejados hoy por la enfermedad, pensemos en cuantos están próximos a la muerte, en el hospital o fuera de él. Y junto a éstos que llamamos enfermos, todo el mundo sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, etc.), dedicados profesionalmente unos, y otros, además, por opción vocacional, al mundo de los enfermos. Pensemos igualmente en el número de familiares y amigos que visitan nuestros hospitales o las familias donde existe algún enfermo.

Todo un campo que necesita una sincera y atenta reflexión, no sólo técnica, sino también humana y religiosa. Todo este campo debe ser evangelizado; también la Iglesia puede y debe decir una palabra, realizar un gesto, hacerse presente, iluminar, salvar.

Si bien es verdad que la Iglesia ha estado presente en el mundo de los enfermos y ha realizado en el pasado una tarea pastoral junto a ellos, hoy precisamos que esta Pastoral Sanitaria esté realizada con unos signos y unas presencias nuevas; queremos que sea una tarea integrada en el quehacer sanitario; presente, organizada y coordinada entre las múltiples formas de hacer dentro y fuera del hospital. Idea ésta que va adquiriendo últimamente un desarrollo positivo y una gran vitalidad. Un breve recorrido por este campo nos situará en lo que venimos diciendo.

Era a finales de 1967. Un grupo de hospitalarios de san Juan de Dios se reúne para estudiar y reflexionar sobre el tema de la salud y la enfermedad y la asistencia pastoral. Un año después se da una nueva orientación a la revista LABOR HOSPITALARIA que pasará a ser una revista sobre organización y pastoral de enfermos. Por esta época darán comienzo también las semanas de Pastoral Sanitaria: Zaragoza, Pamplona, Bilbao, Valencia, Santiago de Compostela, Sevilla, Barcelona.

El contacto con la Jerarquía se haría a través de un informe que tuvo su punto de arranque en la semana de Pamplona —setiembre 1970—; en él se daba cuenta de la situación global de la pastoral de enfermos y se pedía la creación de un Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria. Este organismo se creó en 1972 y es el responsable de la animación, coordinación y orientación de la presencia de la Iglesia dentro del mundo de la salud.

Su breve trayectoria no le ha permitido todavía ejercer de manera eficaz esa triple función en todas las fuerzas e instituciones operantes en el mundo sanitario. Comprobamos, sin embargo, que en estos últimos años su función es ampliamente reconocida, apoyada y estimulada.

El Secretariado está insertado dentro de la Comisión Episcopal de Pastoral; don Javier Osés es el obispo responsable de este sector sanitario y don Rudesindo Delgado es el Delegado Nacional. El equipo nacional que viene funcionando desde 1976 está compuesto por un representante de los capellanes de hospital, una representante de las religiosas sanitarias, un representante de los Movimientos de la Iglesia en el mundo de la salud y los responsables regionales en número de doce. Existen también Secretariados diocesanos, son 48 las diócesis que los han creado.

Las reuniones son frecuentes —tres al año con los responsables regionales y una con los delegados diocesanos; todas ellas han contribuido a crear un gran espíritu de colaboración, ambiente comunitario, apoyo estímulo y sincronización de orientaciones y objetivos. En este momento son once las reuniones habidas con el equipo nacional y cinco con los delegados diocesanos. Los temas reflexionados son muchos y concretos, todos ellos recogidos en sus correspondientes dossiers que sirven de iluminación y estímulo.

Aparte de estas reuniones, al interno mismo del Secretariado, cabe destacar entre otras las siguientes actividades:

— Informe a la XXV Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española, en noviembre de 1976, sobre la presencia y acción de la Iglesia en el mundo de la salud.

— Potenciación de los Responsables Regionales.

— Promoción y coordinación de los Secretariados diocesanos.

— Plan de estudio de situación y de atención a los capellanes de hospital.

— Numerosos encuentros y cursos impartidos.

— Abundante material para la reflexión.

Si quisiéramos definir qué significa todo esto para la pastoral sanitaria responderíamos: que ha habido un gran avance y que el tema de enfermos *importa* a muchos; el haber conseguido un buen grupo (delegados, capellanes, religiosos(as) y seglares) que han tomado mayor conciencia y, finalmente, que es un buen espíritu el que anima al equipo nacional.

Las Coordinaciones Regionales

En febrero de 1976 se establecen las Coordinaciones Regionales; en total unas 12 en España. Monseñor Casares, entonces obispo responsable de la Pastoral Sanitaria, escribe a varios sacerdotes, encargándoles de la región respectiva con una encomienda: «*Promover y potenciar la Pastoral Sanitaria en dicha región, estando siempre en coordinación con el Secretariado Nacional del que forma parte como Responsable*».

Es a partir, pues, de esta fecha como la pastoral sanitaria adquiere en España una nueva orientación y estímulo. Comienza una etapa más organizada.

LA PASTORAL SANITARIA EN LAS DIOCESIS CATALANAS

No vamos a hacer un análisis histórico de lo que han trabajado las diócesis catalanas en el mundo de los enfermos, tanto a nivel asistencial como en el campo netamente pastoral; sólo vamos a trazar un breve recorrido, señalando a grandes rasgos el trabajo que hemos realizado desde el nombramiento de Coordinador Regional y de Delegados diocesanos; señalaremos también qué ha supuesto este camino recorrido y cómo miramos el futuro de la pastoral sanitaria en Cataluña.

Camino recorrido

La primera actividad que nos propusimos desde el encargo de Responsable Regional fue conectar con los respectivos Vicarios de Pastoral, con este objetivo: poder reunir a los capellanes de hospital de la diócesis y realizar con ellos una reflexión sobre la pastoral sanitaria y la necesidad de coordinación de la misma; es decir, que se delegase a algún sacerdote. Dicha reflexión la hicimos en varias diócesis; en otras, por dificultades, insistimos por carta o bien por entrevista personal.

Dado este primer paso, nuestro objetivo era poder conseguir efectivamente este delegado en cada diócesis; en este momento todas lo han hecho y sus nombres son:

Coordinador Regional: José Luis Redrado (de san Juan de Dios).

Delegados Diocesanos:

— Barcelona: Francisco Sola (de san Juan de Dios).

— Tarragona: Pilar González (Hija de la Caridad).

— Lérida: Juan y Ana de Viñas (matrimonio, médico y enfermera).

— Gerona: Salvador Font (diocesano).

— Vic: José Farrés (diocesano).

— Solsona: Miquel Xandri (diocesano).

— Seo de Urgel: Ramón Font (diocesano).

— Tortosa: Nuria Homedes (seglar, médico).

Actividades más concretas

Puestos los primeros fundamentos, comenzamos nuestra tarea de reflexión pastoral de una forma más organizada, prestando atención a los temas que en cada momento nos parecía que necesitaban más reflexión.

No hemos descuidado, antes al contrario, hemos estado también atentos a la nueva formulación sanitaria de Cataluña con ocasión de la Autonomía. Por ello nos hemos entrevistado en unas ocasiones, y en otras participado en encuentros donde se nos ha precisado hacia dónde camina la sanidad en Cataluña. También nos hemos interesado ante personas responsables en este campo en la Generalitat de la futura integración de las religiosas sanitarias y de los mismos Servicios Religiosos de los hospitales en este proceso de cambio.

Igualmente hemos prestado una atención esmerada a las reuniones periódicas con los delegados diocesanos de Pastoral Sanitaria y a los cursos, cursillos y conferencias impartidas.

Reuniones

Aparte de la reunión de Bañolas (agosto 1977) que fue una convivencia para capellanes a la que asistieron 25, hemos celebrado hasta el presente doce reuniones con los delegados diocesanos. En estas reuniones han participado como invitados la presidente de FERS de Cataluña, el responsable de Cataluña de Frater de enfermos y también, al principio, una religiosa de cada diócesis, representante de sanidad. Los temas de estas reuniones los hemos recogido en el acta que hemos levantado de cada una y que conservamos en el archivo.

Cursos, cursillos y conferencias impartidas

Seis han sido los temas y otros tantos —o más— los cursos que hemos organizado, impartido y coordinado desde la Regional.

— *Acercamiento al moribundo (octubre 1978)*. Fue un curso intensivo de cuatro días, en plan de internado, con 80 cursillistas. Los temas se publicaron en un número monográfico de la revista LABOR HOSPITALARIA.

— *Pastoral Sanitaria (enero-junio 1979)*. Se impartieron unas cincuenta horas de clase sobre el tema de Pastoral Sanitaria con un programa que abarcó materias de organización y asistencia humana como base para exponer después —como se hizo— el tema pastoral. Asistieron ciento veinte alumnos.

— *Curso de planificación familiar (enero 1980)*. Se impartió en Barcelona con un centenar de cursillistas; las conferencias se publicaron en un número monográfico de la revista LABOR HOSPITALARIA. El curso tuvo gran éxito y resonancia y se volvió a impartir en Seo de Urgel, Lérida, Tarragona, además de a numerosos grupos de profesionales, matrimonios y colegios por diversos puntos de Cataluña.

— *El enfermo y la parroquia (marzo-junio 1980)*. Los asistentes a este curso fueron unos ciento treinta. Ha sido otro de los temas que después se han reflexionado a nivel de varias diócesis y parroquias.

— *Derechos del enfermo (diciembre 1980)*. Este tema congregó por espacio de tres días completos a unos doscientos cursillistas; también lo recogimos en una publicación monográfica de la revista LABOR HOSPITALARIA e igualmente el tema ha sido objeto de varias conferencias a distintos grupos.

— *Sobre los minusválidos (marzo-mayo 1981)*. Con motivo del Año Internacional del Minusválido hicimos una reflexión de tres días con una asistencia de noventa cursillistas. Al finalizar el curso se hizo una Declaración avalada por los Delegados diocesanos y Frater Regional y se ha enviado —en castellano y catalán— a diversos organismos y personas civiles y religiosas.

Publicaciones e informaciones varias

Con ocasión de estos cursos hemos utilizado los medios de comunicación social: radio, periódico, revistas y diversas publicaciones para informar y mentalizar.

Planificación familiar y Derechos del enfermo fueron dos temas que se dieron especialmente por radio en la programación *Objetivo: el hombre*.

De los tres cursillos arriba mencionados (acercamiento al moribundo, planificación familiar, derechos del enfermo) se hicieron unas publicaciones especiales que adquirimos para entregar a cada delegado diocesano un lote de cien revistas; igualmente el folleto «qué es la pastoral sanitaria». Todo ello como material que sirviese de instrumento mentalizador.

En cada diócesis

Estas y otras actividades que hemos programado conjuntamente los Delegados como reflexión a nivel de la Coordinación Regional, han tenido siempre una doble finalidad: potenciar a varias personas de cada diócesis y llevar después *in situ*, según las circunstancias y necesidades, esas mismas reflexiones a nivel de cada diócesis.

En muchas ocasiones estas reflexiones en las diócesis se han hecho con temas más concretos y que incidían más en la vida o que se creía que eran más prácticos en esta o aquella diócesis.

En la mayor parte de las diócesis se ha ido configurando un pequeño grupo que, junto con el Delegado, ha programado y coordinado diversas actividades: reuniones del mismo grupo, reuniones de capellanes, religiosas, profesionales laicos, organización de cursillos, conferencias, retiros con temática del mundo de los enfermos, etc.

Situación económica

Es un capítulo que está por resolver y precisamos de un presupuesto a nivel de la Regional y de cada diócesis. La Regional dispone en estos momentos de un respaldo mínimo, fruto de los superávits de diferentes cursillos y que se administra para necesidades comunes (hasta ahora adquisición de material, libros, revistas... que se han entregado a cada delegado diocesano).

La dedicación de tiempo, desplazamientos, materiales (fotocopias, cartas...) corre a cargo actualmente —por lo que se refiere a la Regional— de la Curia Provincial de San Juan de Dios (sección pastoral).

En cuanto a las diócesis, algunas tienen asignada —por su respectiva curia— una cantidad que consideramos mínima y que convendrá reformular.

Evaluación del camino recorrido

Enumeramos las ideas base —principales— tanto en lo positivo como en lo negativo.

Aspectos positivos

— Haber tomado mayor conciencia sobre el campo pastoral en el mundo de los enfermos.

— Trabajo más en equipo que nos ha servido de gran apoyo.

— Lograr sensibilizar mediante encuentros, cursos y conferencias a distintos grupos de profesionales y de personas que trabajan con enfermos.

Aspectos negativos

— Falta una mayor dedicación en los delegados diocesanos; algunos están sobrecargados.

— Ha faltado un trabajo global más programado y coordinado con objetivos propios a nivel regional y de cada diócesis;

a ello ha contribuido la falta de una infraestructura adecuada y lo mismo la falta de medios económicos y personales que permita llevar a efecto lo anteriormente indicado.

De cara al futuro

Necesidades en Cataluña

— Prestar atención a los temas éticos que presenta hoy la medicina: aborto, planificación familiar, derechos del enfermo...

— Estar igualmente atentos al desarrollo sanitario de Cataluña en este momento de transferencias y de cambios socio-políticos.

— Realizar en cada diócesis un estudio sencillo y básico de situaciones concretas referidas a la sanidad que nos dé pie para un mayor conocimiento y orientación más concreta en lo pastoral.

— Potenciar la dedicación de los delegados diocesanos y estructurar convenientemente los Secretariados Diocesanos de modo que se realice un trabajo pastoral acorde a las necesidades.

— Formación de agentes de Pastoral Sanitaria e integración de seculares en la misma.

— Potenciar la Pastoral Sanitaria a nivel de parroquia.

— Regular el Servicio Pastoral de los capellanes en los hospitales.

— Coordinar los diferentes grupos que se dedican a los enfermos: delegados diocesanos, FERS, Frater, Hospitalidad de Lourdes...

— Conseguir una dotación económica, presupuestada anualmente, a nivel regional y de cada diócesis.

Posibilidades

Contar con las personas que en estos momentos están trabajando en este campo para llegar a realizar una plataforma básica.

Posteriormente hemos de pensar en una mayor estabilidad y dedicación de las personas que nos permita crear una estructura suficientemente flexible y práctica que nos ayude a andar el camino con sano realismo.

PROGRAMACION DEL CURSO 1981-82 A NIVEL REGIONAL

• Este curso nos presenta una novedad: la integración de *Baleares* en la Pastoral Sanitaria de Cataluña. Tres obispados más que formarán parte de nuestro grupo para compartir las mismas ilusiones y esperanzas.

• La programación de este curso tiene como base las necesidades detectadas; nos proponemos trabajar mediante objetivos a conseguir y actividades concretas en relación a los objetivos propuestos.

Objetivos y actividades

OBJETIVO I

Impulsar el funcionamiento de los Secretariados Diocesanos, coordinar el plan general de los mismos y ofrecer la orientación y apoyo necesarios.

Actividades

— Continuar con las reuniones a nivel de los Delegados diocesanos. Programarlas y coordinarlas adecuadamente.

— Prestar atención a la integración de las diócesis de *Baleares*.

— Programar una reunión de los Delegados con los Vicarios de Pastoral.

— Pedir a cada delegado la programación del curso y la evaluación al final del mismo.

OBJETIVO II

Fomentar e impulsar la formación de los Agentes de Pastoral Sanitaria.

Actividades

— Programar un curso intensivo sobre Pastoral Sanitaria.

— Recoger y ordenar material (esquemas, bibliografía) que sirva para encuentros de reflexión.

— Ponernos en relación con los centros de estudio (Seminario, Confer Regional...) para ver la posibilidad de integrar alguna materia de Pastoral Sanitaria en su plan de estudios.

— Realizar una reunión de capellanes de Cataluña y *Baleares*.

OBJETIVO III

Potenciar la Pastoral Sanitaria a nivel de Parroquia.

Actividades

— Ofrecer cauces de reflexión en esta línea y sobre todo experimentarla en alguna parroquia concreta.

— Aprovechar la ocasión de reuniones periódicas de los sacerdotes diocesanos y hablarles del mundo de los enfermos y sus necesidades.

OBJETIVO IV

Mantener relación con los diversos organismos que coordinan, dirigen o se relacionan con el mundo de los enfermos.

Actividades

— *Conferencia Episcopal Tarraconense*. Informar adecuadamente de la situación, necesidades y trabajo que se lleva a cabo en el campo de Pastoral Sanitaria.

— *Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria*. Asistir a las reuniones que programe; informar de las mismas.

— *Fers regional*. Integrar en nuestras reuniones a alguien de la Junta Directiva. Estudiar la posibilidad de integración a nivel diocesano de una religiosa nombrada por Fers de común acuerdo con el delegado.

— *Fraternidad cristiana de enfermos y minusválidos*. Integrar en nuestras reuniones al Consiliario y al Responsable Regional.

— *Otras confesiones*. Preparar una reunión de los delegados diocesanos con Pastores de otras confesiones religiosas dedicadas a los enfermos.

DIÓCESIS DE BARCELONA

El Secretariado Diocesano de Pastoral Sanitaria de la Diócesis de Barcelona fue instituido por decreto del eminentísimo señor Cardenal en fecha de 5 de julio de 1977.

CAMPO EN EL QUE SE DESARROLLA SU EXPERIENCIA

Su campo de experiencia es complejo. Nos situamos en una realidad geográfica, territorial, política, en un período de la historia definida por la evolución rápida de estos últimos años sin gestación previa ni maduración adecuada.

Según datos de la Diócesis en 1979, La población de la

Diócesis es de cuatro millones trescientos cuarenta y tres mil novecientos setenta y tres habitantes, que se reparten según las zonas pastorales de la siguiente manera:

	Habitantes
Barcelona-Centro	1.365.707
Barcelona-Este	180.592
Barcelona-Sur	583.368
Barcelona-Norte	214.289
Collcerola	148.782
Badalona - Santa Coloma - San Adrián	399.099
Llobregat	387.248
Martorell	83.456
Terrassa	207.757
Sabadell	223.336
Vallés Oriental	245.736
Maresme	173.283
Garraf	71.071
Penedés	60.299

La Archidiócesis de Barcelona, durante estos últimos lustros ha absorbido casi la mitad de las migraciones interiores españolas. En este sentido es un problema concreto el del conglomerado urbano de Barcelona con las desventajas, a distintos niveles, que plantea el caos urbanístico, los problemas de transportes y comunicaciones, de vivienda e incluso los problemas sociales y psicopatológicos producidos por la vida en una gran ciudad. Actualmente Barcelona vive de un modo lancinante el problema del paro con todas sus repercusiones psíquicas, sociales y económicas. Los profesionales que trabajamos en el mundo de la salud percibimos muy de cerca sus consecuencias a nivel individual, familiar y colectivo.

El Secretariado de Pastoral Sanitaria de la Diócesis de Barcelona se sitúa en un ámbito sanitario potencialmente rico, marcado por un auténtico sincretismo de todas las corrientes ideológicas; actualmente esta realidad se ve acentuada por las influencias permisivas y la falta de referencias definidas.

Como los otros secretariados de las diócesis catalanas, Barcelona vive los traslapes de l'Insalud a la Generalitat (9 de enero de 1981). Las repercusiones positivas y negativas que este hecho histórico tiene en sus estructuras locales son numerosas. En realidad somos conscientes de vivir un período de rodaje. La situación jurídico-administrativa de la sanidad es precaria por falta de coherencia y sistematización.

La Asamblea Diocesana ha sido para nuestra región un momento de reflexión importante; por esto citamos algunos puntos que deben motivar el Secretariado en sus orientaciones y decisiones futuras

Poble de Deu en marcha n.º 6, pàg. 10. L'Assamblea ha reafirmat un cop més la necessitat de consolidació, estructuració i autonomia de les zones pastorals. Les zones pastorals han d'anar esdevenint àmbits eficients de comunió i responsabilitat amb organismes i institucions propis.

Necessitat de Coordinació amb el Consell Pastoral Diocesà. Dialec permanent entre els grups diocesans.

Arzobispo. Es necesario fundamentar diversos tipos de comunidades cristianas todas ellas acogedoras, vertebradas con carismas y servicios diversos, que sean verdaderos medios eclesiales que hagan posible vivir la vida cristiana con toda su intensidad.

Citas. Asamblea n.º 24. Se hace referencia a la evangelización o catequesis del dolor, la enfermedad y la muerte.

42. Respecto a la asistencia de los enfermos que no pueden asistir a la Celebración Eucarística.

48-49-50. Referentes a la unción de los enfermos.

51-52-53. Referentes a las exequias.

24-25-26. Hablan de sexualidad y paternidad responsables...

35. Aborto. Valoración social positiva de la vida humana. Responsabilidad de los profesionales cristianos.

86. Ancianos enfermos.

Cap. 7. Los Marginados leemos entre líneas el problema de los marginados por la edad, porque son crónicos, porque no tienen Seguro Social.

8, 29-30-31. Los enfermos y la parroquia.

En realidad en el campo de la aplicación concreta del Vaticano II en nuestra diócesis encontramos indiferencia, inercia, puntos de interrogación a diferentes niveles. Quizás los miembros del Pueblo de Dios no lo hemos asimilado suficientemente y no vivimos concretamente esta responsabilidad.

PROCESO HISTORICO Y FUNCIONAMIENTO ACTUAL

1978, *septiembre.* Nuestra Diócesis comenzó a trabajar como grupo, siendo su responsable Francisco Sola, hermano de san Juan de Dios. La andadura no fue fácil. Formada de unas 25 personas: capellanes de hospital religiosos(as) economistas, moralistas, enfermeras, médicos la célula del Secretariado intentaba ser el elemento unificador de la Pastoral Sanitaria en Barcelona. A nivel de hechos concretos se realizan algunos pasos aunque sin mucha coordinación.

1979-1980. Se analizan las dificultades de funcionamiento y se da una nueva orientación al Secretariado. Trabajo de reflexión en grupos reducidos (enfermeras, religiosos(as), capellanes, médicos. Se concreta en que de momento sólo existe un Comité Directivo. Según la marcha y según su funcionalidad se creará un Comité Ejecutivo y otro Consultivo.

Labor fundamental del Secretariado: coordinar y orientar los diferentes grupos.

Marcados los objetivos, en particular el grupo de religiosos(as) intenta mantener la dinámica del Secretariado. Se efectúan diferentes acciones pastorales en Parroquias concretamente en Sant Boi, en instituciones geriátricas, crónicos de la calle Wellington, actualmente Institución Nuestra Señora de Montserrat. Se intenta buscar la identidad en la configuración del hospital Católico. Se trabaja con FERS, Voluntarios de san Juan de Dios. Fraternidad de Enfermos.

Celebración de la Asamblea de Pastoral Sanitaria en Sarriá: convivencia, evaluación Proyectos curso 80-81. Celebración de la fe.

1980-1982. Los miembros del Secretariado viven la Asamblea Diocesana, toman conciencia de que el colectivo de Sanidad en la Diócesis no constituye un cuerpo social definido y se proponen:

— Tener una idea de conjunto de la realidad socio-sanitaria de Barcelona; para ello establecen una serie de organigramas, a modo de vuelo de pájaro.

— Se va creando un sistema de estructura que permita la coordinación de las realidades humanas existentes. Proce- demos de un modo progresivo porque somos un núcleo muy reducido y la tarea es inmensa. Angulos de insistencia: Aspecto Territorial, Zona piloto, Arciprestazgos, Parroquias. Movimientos. Fraternidad de Enfermos. Servicios Religiosos. FERS. Reuniones con las Delegaciones Diocesanas Congreg. Voluntarios Católicos. Obra de La Visitación. Profesionales. Técnicos.

— Contemporáneamente, en colaboración con el Departamento de Economía de la Diócesis *Fons Ciomu* se obtiene: en 1981 una subvención de 100.000 pesetas, en 1982 una subvención de 318.000 pesetas. Estas cantidades son mínimas ante las necesidades reales del Secretariado pero conjuntamente con el trabajo voluntario de muchos de sus miembros nos da la esperanza de poder progresar, intentando concretizar los medios de comunión y las subestructuras que una diócesis como la nuestra necesita para constituir un colectivo sanitario en nombre de Jesucristo.

— Como respuesta a las directivas de la Asamblea Diocesana, el Obispado nos pide una colaboración con los Secretariados de Catequesis, de Pastoral Familiar, la Comisión para los Ministerios. Se constituye un grupo que intenta estudiar la realidad: vida, enfermedad y muerte y sus implicaciones en el campo catequético en colaboración con los miembros del Secretariado de Catequesis.

— Para responder a una de las necesidades urgentes de Barcelona, se impulsa desde el Secretariado la «Institución Nuestra Señora de Montserrat», dedicada a la atención de todo convallescente o enfermo crónico que no tenga Seguro Social y carezca de todo medio económico o familiar. Este centro reside en la Barceloneta, calle Santa Luisa de Marillac, n.º 9. Tiene 42 camas. Algunos seglares y religiosas están trabajando eficazmente en esta institución.

— Se intenta establecer un puente de diálogo, reuniones mensuales con las delegadas diocesanas de las Congregaciones Religiosas para la diócesis. Creemos que el conocimiento mutuo entre las realidades existenciales de la diócesis en el campo sanitario y las vivencias carismáticas de las Congregaciones Religiosas puede favorecer la «Pastoral de Conjunto». Las dificultades que encontramos no son pequeñas, los mal entendidos por ambas partes, también, los límites de nuestro tiempo, pero existe una voluntad común que mantiene el dinamismo de un grupo reducido de religiosas (entre 12 y 20) que dan algunos pasos concretos. Una reunión por trimestre se hace conjuntamente con los sacerdotes que trabajan en el mundo sanitario.

— Se inicia la creación de las subestructuras de nuestro Secretariado: Fichero a nivel de zonas, arciprestazgos, parroquias. Fichero de Congregaciones Religiosas Sanitarias y sus inserciones apostólicas en el campo de la sanidad. Fichero de Instituciones Hospitalarias y la realidad existente o no del servicio religioso en cada una de ellas. Se inicia a partir de febrero de 1982 una encuesta en este sentido.

— Se han precisado los objetivos del Secretariado para el año 81-82 y los métodos de aplicación de los mismos, aunque tenemos la sensación de ser aprendices en la materia, permanecen a vuestra disposición.

EVALUACION DEL CAMINO RECORRIDO

— Tenemos consciencia de estar a nivel de substratos. Estamos aprendiendo a trabajar en equipo. Estamos aprendiendo a discernir lo esencial de lo secundario. Estamos aprendiendo a establecer prioridades. Estamos aprendiendo a delimitar campos.

— Se intenta captar la realidad existencial del mundo de la Sanidad en un conjunto complejo de gran ciudad, con sus implicaciones políticas y las repercusiones de los traspasos de l'Insalud a la Generalitat. Tenemos la sensación de estar en un período de tanteo.

— Las realizaciones concretas son mínimas pero nos parece que los campos empiezan a definirse particularmente a nivel territorial. Hay entre vosotros algunos responsables: de zona, de parroquias, de la encuesta, con los que podéis hablar si lo deseáis.

— El diálogo con los otros secretariados se establece progresivamente creando una red de relaciones que nos permitirá avanzar colectivamente aunque los pasos sean lentos.

— El funcionamiento interno del Secretariado se está precisando. Aprendemos a caminar, caminando y haciendo marcha atrás cuando es necesario, redefiniendo periódicamente las líneas de nuestra acción.

PROSPECTIVA DE FUTURO

- No desanimarse.
- Asumir la realidad territorial a través de zonas, arciprestazgos, parroquias, precisándonos a nosotros mismos los ángulos de nuestra misión específica y potenciándonos.
- Reestructuración del comité directivo y precisar las funciones del ejecutivo.
- Formación de los miembros que componen el Secretariado.
- Consultar la base: ¿Cómo ven ellos la Pastoral Sanitaria?
- Ser fieles a las evaluaciones sectorizadas y globales.
- Cuidar las conexiones a nivel regional y nacional.

DIOCESIS DE TARRAGONA

CARACTERISTICAS DE LA DIOCESIS

La Diócesis de Tarragona se divide en 16 Arciprestazgos, con un total de ciento doce parroquias.

En la actualidad hay más de medio millón de habitantes. Doscientos diez sacerdotes, ciento treinta religiosos y setecientas treinta y ocho religiosas, doscientas cuarenta y cuatro dedicadas a enfermos y ancianos. Cuenta con doce Centros Sanitarios, dos Psiquiátricos, seis Residencias de Ancianos y unos doce Hospitales-Asilos repartidos en toda la diócesis. En la mayoría de estos centros hay Comunidad de Religiosas. Los capellanes prestan servicios, pero no están a plena dedicación.

Destacaré algunos Movimientos: Fraternidad, Enfermos Psíquicos, Hospitalidad de Lourdes, Cáritas, Legión de María, Conferencias de San Vicente de Paúl y Damas de la Caridad.

Todos estos Movimientos tienen sus Consiliarios y funcionamiento propio, pero no en todas las ciudades están implantados.

COMO NACIO LA PASTORAL Y FUNCIONAMIENTO PROPIO

En el año 1974 se formó la Delegación de Religiosos/as y dentro de esta Delegación el Departamento de Sanidad. Este está formado por un grupo que representan los Centros ya existentes en la Diócesis. Hospitales, Psiquiátricos y Residencias de ancianos.

El grupo pensó en una formación permanente, con el fin de adquirir conocimientos técnicos y religiosos, si queremos hacer una labor positiva de cara al enfermo. Se organizan cursillos de formación a dos niveles, estos cursillos o conferencias fueron dados por los hermanos de san Juan de Dios y se tocaron distintos temas, entre ellos: Acercamiento al hombre que sufre, Encuentro con el enfermo grave, Atención humana y Psicología del anciano.

En el año 1978 y por el hermano Redrado, Primer cursillo sobre las actitudes y objetivos de la Pastoral Sanitaria. A partir de aquí se empezó a mentalizar y sensibilizar a sacerdotes, religiosas y seglares.

A finales del año 1979 fui nombrada responsable de la Delegación de Pastoral Sanitaria. Las actividades que se han realizado durante estos dos años son las siguientes.

— Curso de Planificación Familiar, a nivel profesional, dos días completos y más de un centenar de asistentes. Despertó mucho interés, por lo que al año siguiente se dieron unas charlas del mismo tema y a distintos niveles, matrimonios y alumnas de BUP y COU.

— Encuentros con los sacerdotes de la diócesis. Un día de reflexión temas sanitarios y presencia del señor arzobispo.

— Cursillo del Enfermo y la Parroquia. Fue una experiencia muy buena, pensamos repetirlo en Reus y Valls. Participaron unos ciento treinta sacerdotes, religiosas y responsables de la hospitalidad de Lourdes y de grupos parroquiales.

— Se está organizando el nombramiento de los Responsables en Parroquias y Pueblos, con el fin de coordinar las visitas de enfermos a domicilios.

— En algunos hospitales hay pequeños grupos que trabajan a nivel personal ya que no existen Servicios Religiosos, como tal.

— Con la ayuda del Vicario General, se ha restaurado una casa propiedad de la Iglesia, situada en la parte alta de Tarragona y financiada por Cáritas y el Ayuntamiento. Su misión es acogida a los transeúntes y un servicio de Dispensario o Botiquín Parroquial. El equipo está formado por un médico, dos A.T.S. (religiosas) una asistente social y personal de servicio y voluntarios de la parroquia.

Creo es una labor muy positiva; confiamos implantar otra similar en Reus. Ya hay un equipo trabajando y con mucho entusiasmo.

EVALUACION DEL CAMINO RECORRIDO

La evaluación que podemos hacer de estos dos años nos parece aceptable. Vamos caminando poco a poco y tomando conciencia de nuestra tarea. Nos hemos dado cuenta de lo mucho que hay por hacer y de la poca formación que hay a este nivel; esto no nos tiene que desanimar, todo lo contrario.

Para ello, hemos de ser capaces de una amistad tan transparente y desinteresada que haga sentir al enfermo el amor que Dios le tiene y la salvación que Cristo le ha conseguido.

PROSPECTIVA DEL FUTURO

Los objetivos y actividades que nos hemos propuesto son los siguientes:

— Hay dos cosas que nos preocupan. La formación de los agentes de Pastoral y la creación del Secretariado de Pastoral Sanitaria.

— Sensibilizar y despertar inquietudes en los profesionales cristianos.

— Que los pequeños grupos de algunos centros, se programen sus reuniones y se pongan en contacto con los grupos parroquiales.

— Seguir los encuentros con los sacerdotes de la diócesis.

— Repetir como he dicho anteriormente el Cursillo del Enfermo y la Parroquia en Reus y Valls.

— Se han programado tres encuentros de formación, para los responsables de la Hospitalidad de Lourdes y grupos de Pastoral Sanitaria.

— Se está trabajando para organizar el servicio a domicilio de los ancianos.

— Seguir las reuniones, las tenemos programadas, una por mes, con fecha señalada, con una o dos horas de duración, según el orden del día; en ellas se programan actividades y se intercambian las experiencias vividas en los pequeños grupos. El grupo está formado por: 1 sacerdote. 5 religiosas. 4 A.T.S. 2 auxiliares. 2 matrimonios. 2 miembros de la Hospitalidad de Lourdes. 2 miembros de la Fraternidad. 2 asistentes sociales. 1 médico.

DIOCESIS DE TORTOSA

Lo primero que hay que decir es que hace sólo unos meses que me hago cargo de la coordinación de la Pastoral Sanitaria por lo que el camino recorrido es corto tanto en el tiempo como en la extensión, pues hasta ahora nos hemos circunscrito a Tortosa ciudad. Así pues, nuestra experiencia os puede resultar muy pobre si la comparáis con otras diócesis, quizás sea más una programación que una constatación de realidades, pero ahí está y para nosotros sí que es importante.

LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN TORTOSA

En la diócesis hay además:

— Tres asilos más de ancianos, llevados por distintas órdenes religiosas (Vinaroz, Morella, Mora).

— Una policlínica también regida por religiosas.

Consta de:

— Una Residencia de la Seguridad Social, con una capacidad de 200 camas, que concentra la mayor parte de la asis-

tencia médica hospitalaria. Hay un capellán con dedicación exclusiva, el único en toda Tortosa, y unas hermanas trabajando en distintos servicios fuera del contacto con los enfermos.

— Un hospital del Ayuntamiento, atendido por religiosas y que consta de una parte asistencial y otra que funciona como residencia de ancianos. También hay un capellán.

— Un asilo atendido por religiosas.

— Tres clínicas privadas, en dos de ellas hay religiosas pero sólo en una hay capellán, las otras son atendidas por la parroquia.

ESTRATEGIA SEGUIDA HASTA LA CONSTITUCION DEL SECRETARIADO

Como todos los centros están atendidos por religiosas (con mayor o menor participación) excepto uno, nos pusimos en contacto con las superiores de cada comunidad y después de un intercambio de impresiones decidimos informar al personal religioso y laico sensible a esos problemas sobre las posibilidades de la Pastoral Sanitaria. Para ello nos fueron muy útiles los documentos publicados por el secretariado internacional. La información fue primero que nada a nivel personal, posteriormente se convocó una reunión para discutir el documento y extraer alguna iniciativa de trabajo en conjunto. Se llegaron a los siguientes compromisos:

— Formación de equipos hospitalarios con un responsable por cada centro. La organización de cada equipo era distinta según las necesidades y las características de cada centro. La reunión de los diferentes responsables daría lugar al secretariado permanente. Esto todavía no se ha conseguido en todos los centros pero está en vías.

— Organizar mesas redondas sobre temas relacionados con el mundo de los enfermos. Esto sí se ha hecho con bastante formalidad.

Posteriormente, y a raíz de una peregrinación de enfermos a Lourdes, contactamos con una serie de seculares interesados por el mundo de los enfermos y que se movían a nivel extrahospitalario y que, en la actualidad, están formando parte del grupo.

Por el momento no hemos contactado con más médicos por considerar que las bases no son todavía muy sólidas.

ACTIVIDADES REALIZADAS

— Participación en la peregrinación de enfermos a Lourdes.

— Participación en la organización de las jornadas nacionales del minusválido: charlas, artículos, propaganda...

— Mesas redondas entorno a: cómo tratar física y psicológicamente al moribundo, Jesús y los enfermos, la enfermedad y la fe.

— Visitas domiciliarias a enfermos crónicos. Hay una parroquia que ya tenía organizado un equipo desde hace años, con visitas a enfermos de la parroquia. No reciben ninguna preparación especial.

— A partir de la Hermandad de Lourdes se han formado unos equipos que visitan a los enfermos que fueron en peregrinaciones y a otros de parroquias distintas. Lo hacen con una periodicidad mensual y con mayor interés en los tiempos litúrgicos fuertes.

SERVICIOS QUE QUEREMOS OFRECER

De cara al enfermo hospitalizado

— Hacer que su estancia en el hospital sea lo menos impersonal posible.

— Si procede, intentar que se mantenga el vínculo con la comunidad parroquial a la que pertenece.

— Asegurarnos de que en su casa va a ser atendido correctamente.

De cara al enfermo crónico

— Mantener un contacto personal, a ser posible a través del equipo parroquial.

— Atender a las necesidades materiales, psicológicas y espirituales que se presenten.

De cara al personal sanitario

— Ofrecer un espacio en donde expresar sus problemas, inquietudes y satisfacciones.

— Organizar discusiones de temas relacionados con el mundo de los enfermos, encaminados a conocer mejor el medio en que desarrollamos nuestra acción, y así dilucidar cuál es el camino que debemos seguir para mejorar nuestra relación con el enfermo, con la estructura sanitaria, y contribuir a una mejor relación entre el enfermo y la sociedad.

— Promover su participación en cursos relacionados con estos temas.

De cara a otras organizaciones sanitarias

— Coordinarnos y colaborar con ellas. Hasta ahora contactamos con: la hospitalidad, la fraternidad.

POSIBILIDADES CON LAS QUE CONTAMOS

- La experiencia de otros secretariados.
- La ayuda por parte de la coordinadora nacional y regional.
- Los cursos que organiza la coordinadora regional.
- Los equipos hospitalarios.
- Los equipos parroquiales.

DIFICULTADES

- La falta de tradición de un trabajo organizado en este campo.
- Falta de motivación y de tiempo en el propio personal sanitario, por desconocimiento de las posibilidades.
- Falta ambiente comunitario en las parroquias.

DIÓCESIS DE VIC

CARACTERÍSTICAS DE LA DIÓCESIS

Tiene una superficie de 3.964 km². Su población es de 307.000 habitantes.

Comprende cuatro comarcas muy definidas: Anoia, Bagès, Osona y Ripollès, destacando en cada comarca las ciudades de Igualada, Manresa, Vic y Ripoll respectivamente. Excepto algunos núcleos industriales, la mayor parte de la diócesis es rural y semi industrial.

Cuenta con trece centros sanitarios. Además se dispone de diez o doce residencias de ancianos y hospitales locales convertidos más bien en pequeños centros geriátricos.

Residen en la diócesis veintidós comunidades de religiosos/as dedicados a la sanidad y seis dedicadas a la geriatría.

También hay constituidas la Fraternidad cristiana de enfermos y la Hospitalidad de Lourdes. Tienen sus juntas y consiliarios respectivos. Hay sedes en Vic, Manresa e Igualada.

En algunas de estas ciudades están organizadas la Legión de María y las Conferencias de San Vicente de Paúl. En Manresa estas organizaciones junto con señoras de diversas parroquias forman las visitadoras parroquiales dedicadas a la atención de enfermos y personas mayores solas o poco atendidas.

COMO NACIO LA PASTORAL SANITARIA

Se inició como pastoral hospitalaria en la ciudad de Manresa. En setiembre del año 1969 tiene lugar en Zaragoza la I Semana de Pastoral Hospitalaria organizada por los Hermanos de San Juan de Dios. Asistieron tres personas en representación del mundo hospitalario de esta ciudad.

Al poco tiempo se forma una comisión de pastoral hospitalaria. Esta organiza diversas actividades para sensibilizar el ambiente.

- Algunas conferencias.
- Un cursillo para religiosos/as y personal sanitario.

Más tarde se ve la necesidad de incorporar a dicha comisión los Movimientos de enfermos y para los enfermos, así como a las parroquias. Desde entonces pasa a llamarse Comisión de Pastoral Sanitaria.

Durante este período hay que destacar las siguientes actividades de mentalización y coordinación:

- Reunión diocesana de capellanes de hospital (Manresa).
- Encuentro de religiosas sanitarias convocado por el Vicario de Pastoral (Santuario de La Gleva, comarca de Osona).

Al final de este período se nombra por primera vez un Delegado de Pastoral Sanitaria para la diócesis.

SITUACION ACTUAL

A finales del año 1978, a instancias de la Vicaría Pastoral, se reorganiza de nuevo en Manresa la Comisión de Pastoral Sanitaria. Dicha comisión la integran:

- Los capellanes de los Centros sanitarios de la ciudad (4).
- Religiosos/as que trabajan en los Centros sanitarios (4).
- Representantes de la Fraternidad y la Hospitalidad (2).
- Representantes de las Visitadoras Parroquiales (3).
- Representante de la Asociación Española contra el cáncer (1).

Un representante de la comisión forma parte del Consejo Pastoral de la ciudad.

Dicha comisión se ha reunido durante dos años cada mes. Las reuniones han servido para llevar a cabo una mentalización de lo que supone una pastoral sanitaria partiendo de la realidad que tenemos a nuestro alcance. A la vez ha servido para conocernos mejor y conocer la problemática que tenemos planteada.

En febrero de 1980 se designa a monseñor José Farrés, capellán del Hospital de San Juan de Dios de Manresa, delegado diocesano de Pastoral Sanitaria.

Desde este momento se impulsan diferentes actividades tanto a nivel diocesano como a nivel comarcal.

Ambito diocesano

— Encuentro de religiosos/as sanitarias del Obispado. Se celebró en Manresa. Hubo bastante asistencia. Se manifestó gran inquietud e interés para conseguir una pastoral sanitaria organizada.

— Encuentro de capellanes de hospital. Tuvo lugar en la Cueva de San Ignacio de Manresa. Asistieron capellanes de las principales ciudades de la diócesis donde existen Centros sanitarios. Fue una toma de contacto con las diferentes realidades y un compartir experiencias personales. Constatamos las dificultades de nuestros ambientes.

— Asistencia de numerosas personas de la diócesis, sacerdotes, religiosos/as y seglares, a los cursos y cursillos organizados por la delegación catalana y los delegados diocesanos de Pastoral Sanitaria.

— Conjuntamente con la comisión diocesana para la formación del clero han tenido lugar en Vic y Manresa unas

conferencias sobre planificación familiar y sobre teología y moral matrimoniales.

— Para lograr una mejor mentalización sobre pastoral sanitaria el delegado diocesano ha visitado las comunidades religiosas de la diócesis. Estas visitas han facilitado un conocimiento real, un diálogo y permitido subrayar unas orientaciones.

— Puesta en marcha en la ciudad de Vic, desde principios de este curso, de una comisión similar a la de Manresa. Se reúne cada mes. Coordina una pastoral de conjunto entre los Centros sanitarios, los Movimientos de enfermos y las parroquias.

— En Igualada se dan los primeros pasos en la organización de la pastoral sanitaria.

— Se ha llevado a cabo en Manresa, Vic e Igualada una mesa redonda sobre *El enfermo o la persona mayor y su entorno*.

Ambito comarcal

— Establecer una estrecha relación entre los distintos grupos que atienden a los enfermos a nivel pastoral.

— Potenciar la relación y cooperación entre los Centros sanitarios y las parroquias.

— Se ha coordinado y estimulado junto con las parroquias los grupos de visitadoras parroquiales (60/70 personas). Visitan a los enfermos, en nombre de la parroquia, en sus domicilios y en los Centros sanitarios.

— Durante el curso se organiza cada mes una conferencia que sirve de orientación para el desempeño de su misión.

— La comisión de pastoral sanitaria y las parroquias prepararon conjuntamente la celebración comunitaria de la Unión de los enfermos. Para llegar a los enfermos o personas mayores se contó con la ayuda de las visitadoras parroquiales. Estas hicieron una gran labor de sensibilización y catequesis.

— Se ha programado alguna conferencia sobre temas sanitarios dirigidos al gran público o a las personas que trabajan en los Centros sanitarios.

PROSPECTIVA DE FUTURO

Cubierta una primera etapa de sensibilización y de mentalización y buscando profundidad y eficacia en el trabajo de pastoral sanitaria se estructuró de nuevo el Secretariado de la comarca del Bagès de la siguiente manera:

Secretariado

— Pretende: *Conocer y reflexionar* sobre la problemática sanitaria en el entorno social que nos movemos. *Colaborar* con las instituciones y colectivos que se preocupan sobre esta problemática. *Promover* todo aquello que ayude a la atención integral de la persona. *Iluminar* esta problemática destacando los aspectos éticos y evangélicos.

— Lleva a cabo una *acción pastoral de la Iglesia* que se manifiesta como *Anuncio gozoso* y como *signo de liberación* para toda persona humana.

— Coordina las inquietudes y las aportaciones de los diferentes departamentos.

Departamentos

Hospitalario

— Se trata de ofrecer un *servicio religioso* que sea sensible: Una reflexión realista de la situación actual. Una valoración de todo lo que favorece la acogida, el diálogo y la comprensión del enfermo y su entorno. La animación de la

fe según su nivel personal. Una atención a la problemática humana.

— Se procura establecer un contacto con las comunidades de las personas enfermas.

— Ilumina en una actitud de diálogo la reflexión sobre los valores éticos.

Religiosos/as

— Junto a la profesionalización actual aportar los valores evangélicos y la calidad humana que da sentido a la propia vida.

— Saber aceptar los desafíos de nuestro tiempo: *Una integración* a la sociedad y a la Iglesia locales. *Una revisión y profundización* de lo que se puede aportar para una pastoral sanitaria de hoy. *Una formación permanente e integral* de la persona.

Fraternidad y Hospitalidad

Dos grandes realidades animan el esfuerzo y la lucha de estos organismos:

- a) *La promoción integral* del enfermo o minusválido.
- b) *Su incorporación activa* a la sociedad.

Delegadas parroquiales

— Es un *servicio de atención integral a los enfermos o personas mayores*.

— Pretende:

- a) *Promover* nuevos equipos en cada comunidad.
- b) Ofrecer una *formación permanente*.
- c) *Compartir* y *valorar* las experiencias vividas.
- d) *Animar* y *celebrar la fe* de las visitadoras.

Formación permanente y Coordinación

— La evolución de las ciencias humanas abre grandes interrogantes y cuestiones al hombre de hoy y al cristiano. Por ello es necesario ofrecer materiales para:

- a) *Una reflexión constante* que nos capacite y dé soporte.
- b) *Una formación permanente* que nos permita en cada momento hacer una *reflexión seria y crítica*.

— Poder conectar y colaborar con instituciones y colectivos que también trabajan por la salud de las personas.

Cabe señalar que esta estructura, siempre adaptada a cada realidad concreta, se piensa aplicar a cada una de las comarcas y también a nivel diocesano.

Los aspectos más necesarios a atender en estos momentos serían:

— La creación del Secretariado Diocesano de Pastoral Sanitaria.

— Los encuentros comarcales de religiosos/as sanitarios.

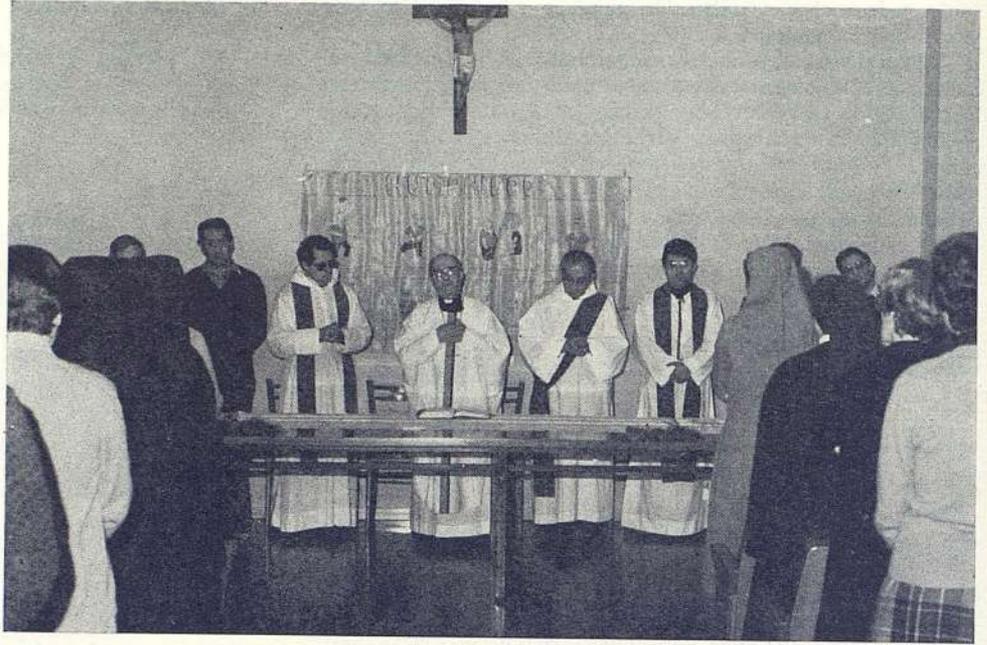
— Crear o potenciar un *servicio religioso* que esté a la altura de los otros servicios del hospital moderno:

- a) Encuentros con capellanes de hospital.
- b) Formar un equipo de pastoral en cada centro sanitario.

— Promover desde las parroquias una atención especial a los ancianos, enfermos crónicos y disminuidos físicos o mentales.

Parece que habría que revisar la representación y participación que tiene la Iglesia diocesana en los Patronatos de algunos hospitales. Hoy en día no se puede formar parte de una Junta de gobierno de un hospital sin conocimiento de la gestión hospitalaria.

Se ha manifestado al Vicario de Pastoral que al nombrar capellanes de hospital se contase con la opinión del Delegado de pastoral sanitaria y, sobre todo, se buscase a personas vocacionadas.



Mons. Pont i Gol y concelebrantes

ACTO DE CLAUSURA

El curso se dio por terminado; era un momento apretado, rico, satisfactorio. Dirigieron la palabra: P. José L. Redrado, coordinador del curso. Fue un hasta siempre, más que una despedida, porque aunque el curso terminaba, la vida seguía y había que encarnar en ella lo aprendido. Nos animó a dar un paso adelante; que nadie —dijo— se sienta derrotado antes de comenzar; que seamos hombres de respuestas concretas que lleguen al enfermo, porque él nos necesita, él nos reclama...

Después, Mons. Pont i Gol, presidente de la conferencia episcopal tarraconense, nos animó a hacer crecer la pastoral sanitaria, «para que dé el paso de la adolescencia a la madurez». Necesitamos —dijo— compartir experiencias, comunicarnos; hemos de darnos cuenta del cambio que esta pastoral de enfermos está dando, lo que nos obliga a una organización y coordinación, lo mismo que a una nueva visión del hombre enfermo. El nuevo planteamiento de la pastoral de enfermos obliga a la Iglesia a una nueva presencia, a ser *pueblo de Dios*, donde *todos son responsables*. Nos animó Mons. Pont i Gol a la creatividad, a la lucha contra las limitaciones, al coraje y a la entrega total.

Los asistentes acogieron estas palabras con un cerrado aplauso. A continuación se dieron los Diplomas. La Eucaristía fue el broche de oro del curso con un ambiente cargado de emoción, fe, alegría, participación. Todos estábamos muy contentos.

BIBLIOGRAFIA

- BESTARD, JUAN, OSÉS, JAVIER y UBIETA, JOSÉ ANGEL: *La Iglesia en el mundo de la salud*. Edice. Madrid, 1982.
- BUREAU DE PASTORAL DE ENFERMOS DE BRUSELAS: *La comunidad cristiana y los enfermos*. Marova. Madrid, 1980.
- CONCILIUM, Rev.: N.º 99, noviembre 1974. (Experiencia cristiana y terapia.)
- CONCILIUM, Rev.: N.º 119, noviembre 1976. (Sufrimiento y fe cristiana.)
- DE LA CALLE, FRANCISCO: *Respuesta bíblica al dolor de los hombres*. Ed. Fax. Madrid, 1974.
- EVELY, L.: *Sufrimiento*. Ed. Estela. Barcelona, 1966.
- ISCA SALZBERGER-WITENBERG: *La relación asistencial*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Juan Pablo II a los enfermos*. Eunsa. Pamplona, 1980.
- JUAN PABLO II: *Dives in misericordia*.
- JUBANY, Cardenal: *Los ministerios en la acción pastoral de la Iglesia*. PPC. Madrid. Col. Documentos y estudios, n.º 32.
- LABOR HOSPITALARIA, Rev. (Hermanos de San Juan de Dios): Numerosos temas y amplia bibliografía sobre pastoral de enfermos.
- MARCHESI, PIERLUIGI, O. H.; PERULÁN, ANGEL, O. H. y PEÑA, EDUARDO: *Religiosos de la salud en proceso de renovación*. Col. Selare. Bogotá.
- MARCHESI, PIERLUIGI, O. H.: *Por un hospital más humano*. Col. Selare. Bogotá.
- MERINO SANTOS, LICESIO: *Renuncio a morir*. Col. Selare. Bogotá.
- MOLTMANN, J.: *El Dios crucificado*. Ed. Sígueme. Salamanca, 1975.
- PABLO VI: *Evangelii Nuntiandi*.
- PALACIOS, Hna. MARÍA DE JESÚS, H. T. C.: *El Viacrucis de la vida*. Col. Selare. Bogotá.
- PEINADO, MIGUEL: *Pastoral de enfermos en la comunidad cristiana*. PPC. Madrid, 1965.
- PÉREZ, ISIDRO: *Hacia una pastoral de salud*. Indo American Press Service. Bogotá, 1980.
- PERULÁN, ANGEL, O. H.: *Navidad en el mundo de los enfermos*. Novena de Aguinaldos. Col. Selare. Bogotá.
- PERULÁN, ANGEL, O. H. y SAAVEDRA, PEDRO, O. H.: *Evangelizar hoy a los enfermos*. Col. Selare. Bogotá.
- PERULÁN, ANGEL, O. H.: *Medicina de Dios. Novena al Arcángel San Rafael*. Col. Selare. Bogotá.
- SECRETARIADO INTERNACIONAL; HH. SAN JUAN DE DIOS:
— *¿Qué es la pastoral sanitaria?*
— *Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia*.
- VICO PEINADO, J.: *Profetas en el dolor*. Paulinas.
- YVES SAINT-ARNAUD: *La consulta pastoral de orientación Rogeriana*. Herder, Barcelona, 1972.

LIMPIEZA EDIFICIOS LIMTEC, s. a.

OFICINA CENTRAL:

San Miguel 30-70 — Teléfonos: 21 68 05 - 21 48 47
PALMA DE MALLORCA

DELEGACIONES:

LEON

Virgen de la Velilla, 5
Teléfono (987) 24 27 30

ALICANTE

Padre Recaredo de los Ríos, 40 - Local 6
Teléfono (965) 12 04 64

BARCELONA

Navas de Tolosa, 280
Teléfono (93) 351 14 11

SALAMANCA

El Greco, 10, 3.º C
Teléfono (923) 23 51 53

PALMA DE MALLORCA

Comandante Sureda Hernández, 11
Teléfono (971) 29 45 35

ZARAGOZA

San Antonio, 55
Teléfono (976) 33 07 50

SEVILLA

Lubina, 6, 2.º (San Jerónimo)
Teléfono (954) 38 01 75

VALENCIA

Enrique Granados, 13
Teléfono (96) 378 03 54

TARRAGONA

Ramón y Cajal, 62, 3.º
Teléfono (977) 22 50 19

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Joaquín Costa, 5
Teléfono (928) 27 65 04

LA CORUÑA

Paseo de Ronda A. V. 4.º C
Teléfono (981) 26 53 78

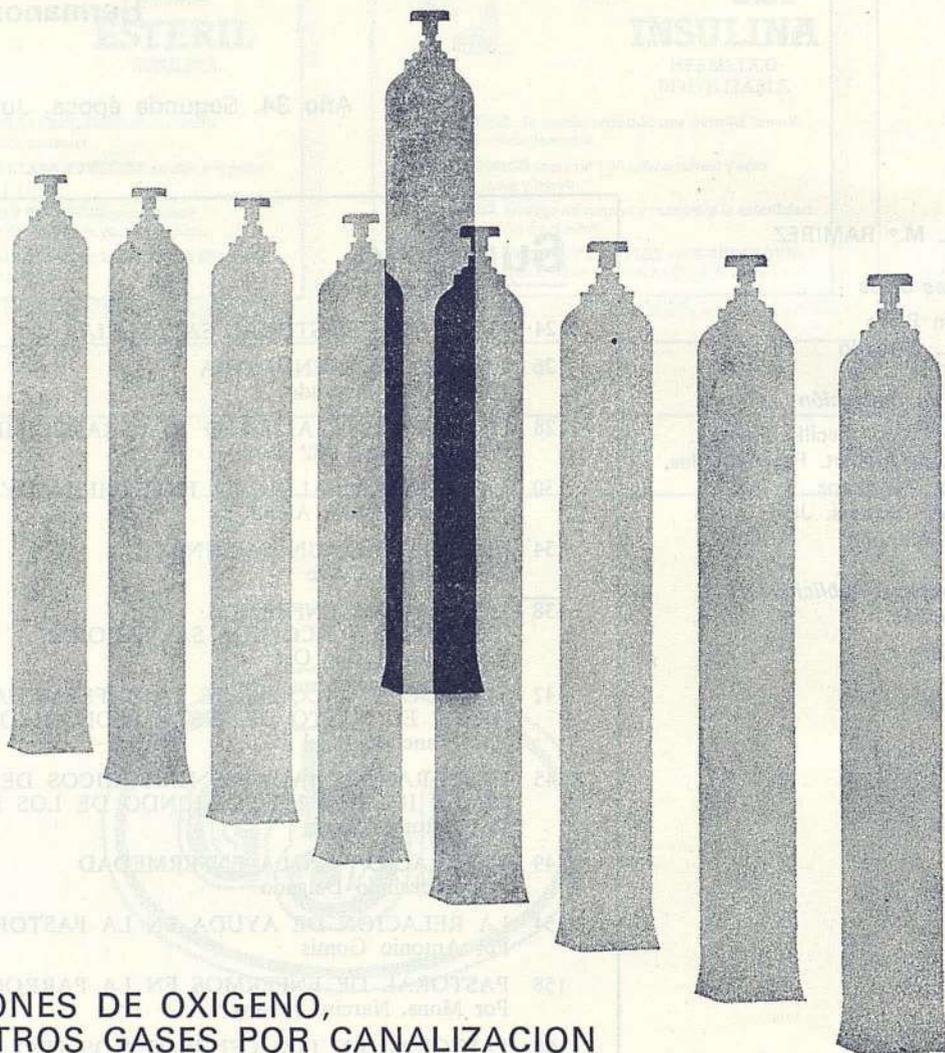
HUELVA

Rico, 49 - Bajo A
Teléfono (955) 24 71 97



OXIFAR, S. A.

Más de 35 años de experiencia
en el campo de la oxigenoterapia
garantizan nuestras instalaciones y equipos



INSTALACIONES DE OXIGENO,
VACIO Y OTROS GASES POR CANALIZACION

BARCELONA (26)
Enamorados, 136
Teléfono *225 82 60

MADRID (4)
Amador de los Ríos, 1
Teléfono 419 28 00

ZARAGOZA (5)
Baltasar Gracián, 7
Teléfono *25 72 53

Dirección Telegráfica «OXIFAR»



22039

El sistema Sediplast, es un nuevo método, totalmente desechable, para determinar la velocidad de sedimentación globular. Es un sistema semimicro, práctico, simple y seguro.

El "kit" comprende:

- Una pipeta graduada, en material plástico especial.
- Un tubo de 1 ml. en polietileno, con 0,2 ml. de anticoagulante citrato trisódico, para 0,8 ml. de sangre. Tapón y etiqueta de identificación, rosas.

labclinics

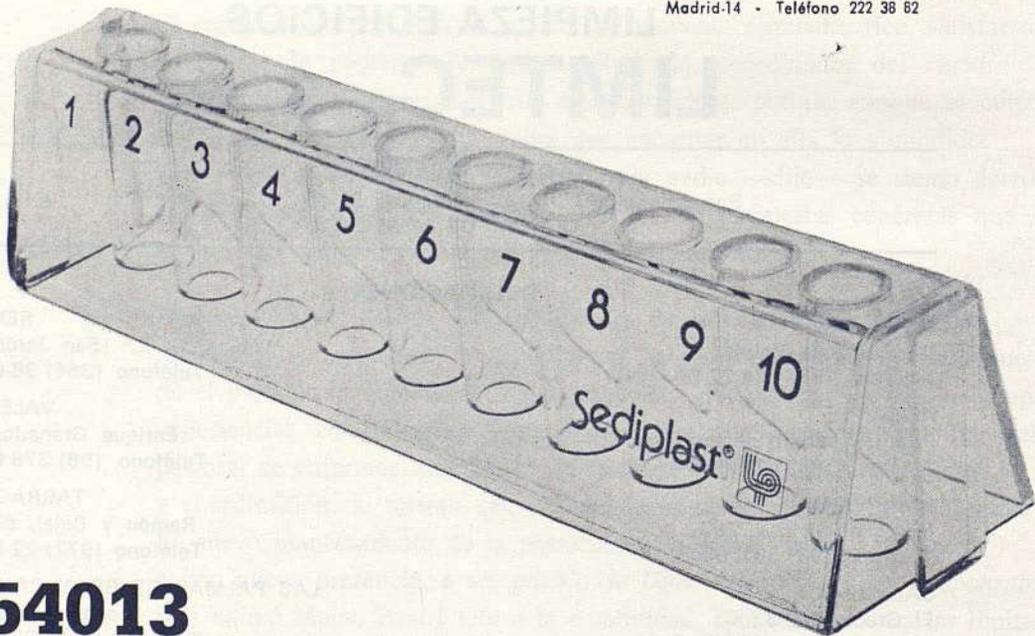
División Mediclinics. S. A.

Central: San Quintín, 134-136

Barcelona 26 - Teléfono 235 36 01

Delegación Centro: Plaza de la Lealtad, 2, 5.º

Madrid-14 - Teléfono 222 38 82



54013

Gradilla-Base, para el sistema Sediplast, numerada del 1 al 10.

Posibilidad de unir varias bases o gradillas gracias a un sistema especial de fijación.

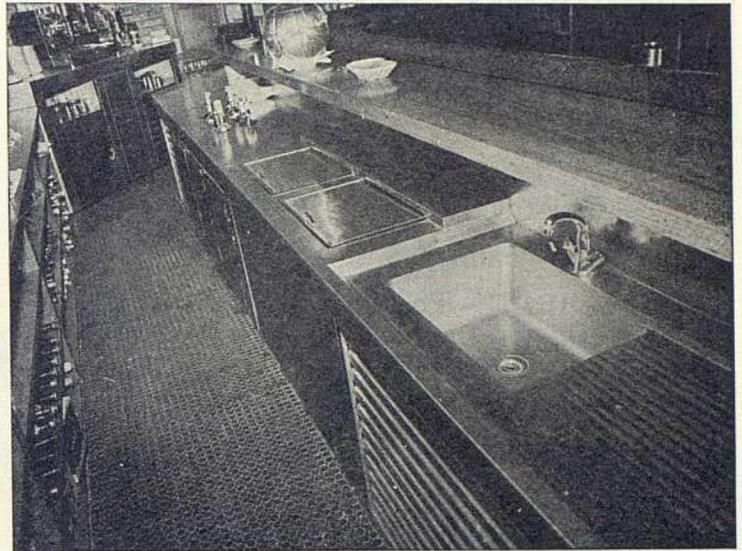
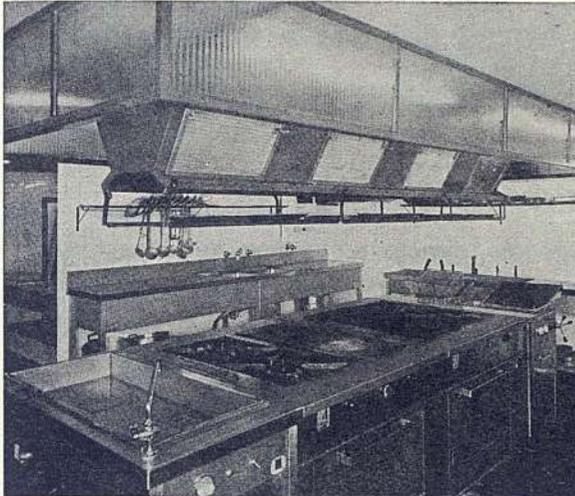
HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

Estudiamos las obras a realizar y estructuramos, en colaboración con el cliente, los planos adecuados para lograr una instalación práctica y de calidad.

Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 - TELEFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA-6



MAQUET

RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)



Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



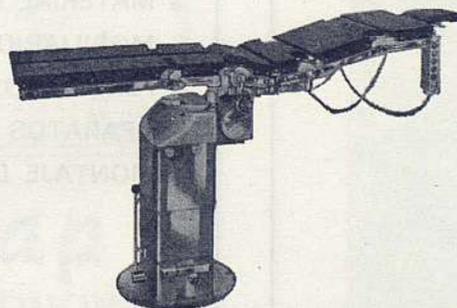
Libros y revistas



Instrumental quirúrgico



Aparatos médicos



Laboratorio



Mobiliario clínico



Electromedicina

FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

VALENCIA 18 - Lorca, 7-9 - Tel. 96-326 33 05
ZARAGOZA - Paseo Calvo Sotelo, 31
Teléfono 21 34 46 - 976

Productos MONTVIER

J. PLADELLORENS

Carretera de Moncada, 367 - Teléfono 785 90 66
TARRASA (Barcelona)

Fábrica de gasa hidrófila indesmallable, signo de:

CALIDAD - Fabricado en algodón 100%

COMODIDAD - Por su presentación en piezas 100 x 1

- Modelos cortados en: 10x10, 20x20, 25x25, 33x33, 50x50, etc.
- Modelos cortado y doblado en: 20x20, 20x25, 20x40, 33x33, small y medium
- Modelos confeccionados en 2 y 4 telas: 25x25, 40x40, 50x50, 40x60, 100x25, etc.

PORTA-BRAZOS - TIRITAS
TRAVESEROS SALVA-CAMA

**PRECIO - COMPRUEBE Y SERA
NUESTRO CLIENTE**



ANGEL 24

24 horas del día a su ¡servicio!

- EN SU DOMICILIO
- EN SU EMPRESA

Y AHORA!!!

- Servicio directo en menos de doce horas, puerta-puerta, a cualquier punto de España.

LLAMENOS

Andrea Doria, 8 - Tel. 23 21 41
PALMA DE MALLORCA - 14

ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

Domicilio Social y Fábrica en.

Ct.ª C. 155, Km. 11 - Teléf. 843 93 96
LLISSÀ DE VALL

Oficinas

Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07
BARCELONA 11

Comercial ORDOÑEZ

- INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA
- MATERIAL DESECHABLE
- MOBILIARIO CLINICO
- FERULAS DE INMOVILIZACION
- APARATOS DE ELECTROMEDICINA
- MONTAJE DE DISPENSARIOS

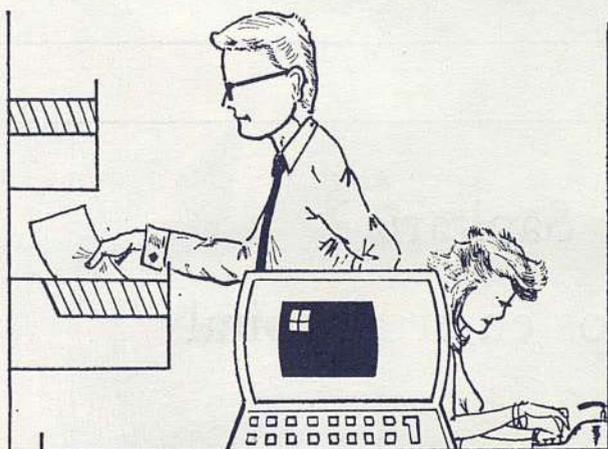
Tels. 255 13 25 - 255 17 03 *Oficinas:* Siglo XX, 31
BARCELONA-26 *Tienda:* Agregación, 19



construcciones

Guipúzcoa, 62, 11.º 2.ª - BARCELONA 20

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34



Migrap

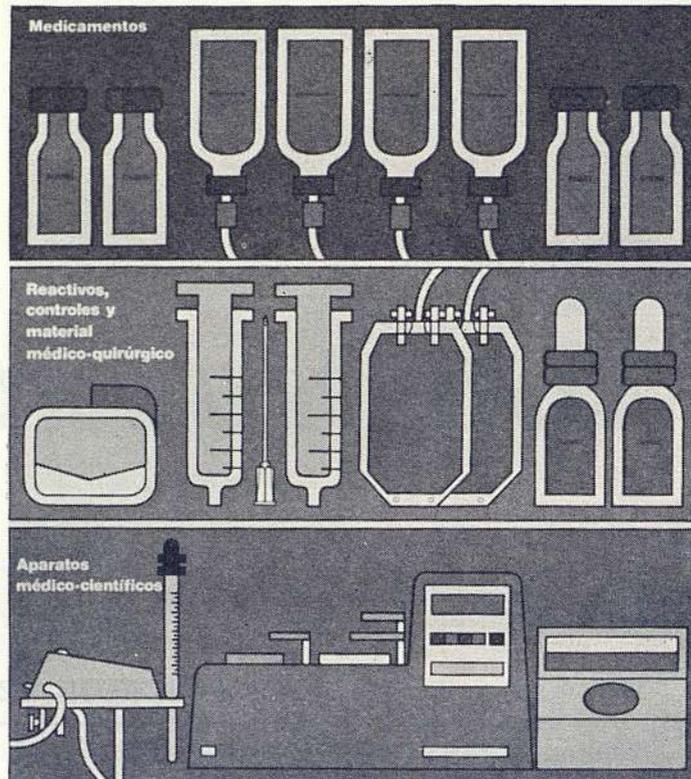
TODO PARA LA OFICINA

VENTAS: Rbla. Cataluña, 112
ALMACEN y VENTAS: Rosellón, 247
MOBILIARIO: Av. Infanta Carlota, 23
Tels. 217 63 16 / 217 62 58
BARCELONA



Vía Augusta, 13-15, 7.ª planta
Tels. 218 23 71 - 218 29 93 - 247 60 59
BARCELONA 6

PODEMOS PROPORCIONARLE:



GRUPO "GRIFOLS"

Jesús y María, 6 - Tel. 247 42 08
Barcelona - 22

- ¿Qué es la Pastoral Sanitaria?
- Pastoral de Enfermos en el Hospital y en la Parroquia

Dos libros breves, sencillos, prácticos

Pídelos a:

LABOR HOSPITALARIA
Hermanos de san Juan de Dios
Carretera Esplugas, s/n.
BARCELONA 34

COMO TU, PAPA

Quieres ser alto como papá, fuerte como papá, y saber tantas cosas como papá. Porque papá es el más alto, el más fuerte y el que más cosas sabe. En Nestlé nos gusta el lenguaje de los niños. Nos gustan los niños, porque ellos son los hombres altos, fuertes y sabios de mañana. Por eso en Nestlé tenemos tantos productos para niños. Y por eso nos esforzamos en que sean productos mejores, más nutritivos, más sanos. Porque son para niños y porque sus padres de pequeños ya conocían Nestlé.

Nestlé *más que una marca*





Más de dos siglos administrando su dinero.

Allá por el año 1737, fuimos los primeros,
contando, cambiando y administrando maravedíes,
reales de vellón y de plata, ardites^(*), doblones...

() Moneda catalana de cobre acuñada en tiempos de Fernando VI.*

Hoy Banca Jover, en más de 70 Oficinas
en Cataluña y Baleares, brinda a sus clientes de toda la vida
la misma tradición y bien hacer bancario probado a través de
las vicisitudes de toda una historia de más de dos siglos.

Le invitamos a comprobarlo...

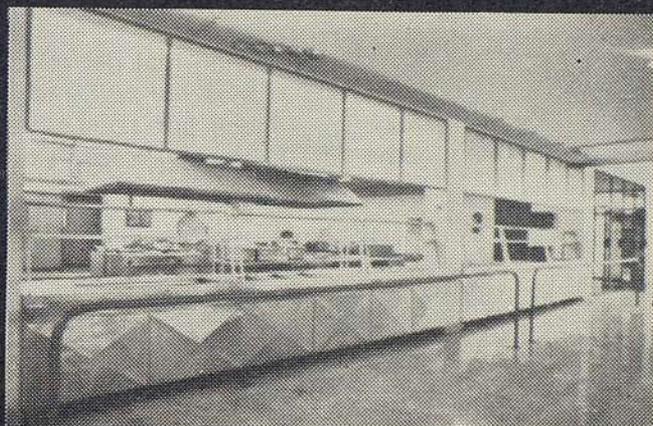
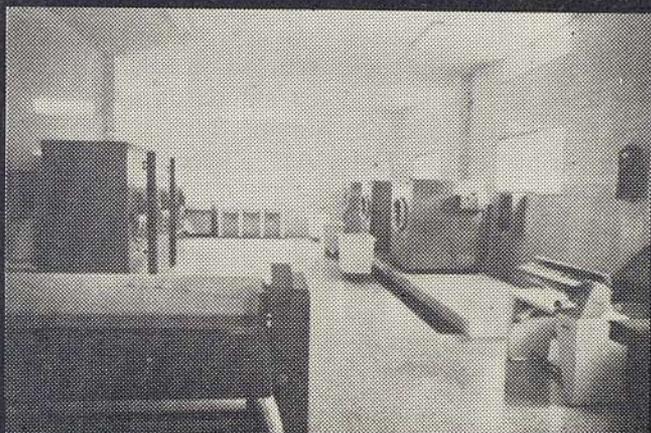


BANCA JOVER

Banqueros desde 1737

Fagor Industrial

en hostelería, frío y lavandería
tiene mucho que "enseñar"..



Sí, Fagor Industrial desea mostrar las múltiples instalaciones realizadas. Son más de 50.000 las referencias que actualmente están en pleno funcionamiento y que Ud. puede apreciar

Nuestra propia tecnología, más la experiencia adquirida (50.000 instalaciones) son la mejor garantía de unas prestaciones y rendimientos constatados en todos nuestros aparatos.

Fagor Industrial sabe de la importancia del servicio técnico para tener siempre "a punto" sus aparatos, por eso dispone del mejor servicio de asistencia técnica y es el único que proporciona este servicio a todos los aparatos de una instalación (hostelería, frío, lavavajillas, lavandería)



FAGOR INDUSTRIAL

La más completa gama de aparatos para cocinas,
lavado de vajillas, frío y lavandería.

Fábrica y oficinas centrales: OÑATE (Guipúzcoa)

Teléfonos: (943) 78 01 51 — 09 00 — 09 90

Delegaciones, representaciones y asistencia técnica

LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA,
REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTEOROLOGICO.

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Health Association».

- AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

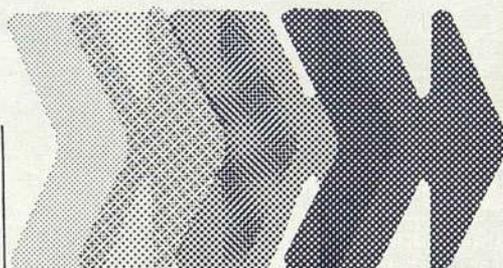
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16*
Barcelona - 5

GEVAERT

AGFA-GEVAERT

Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. NOSOTROS TENEMOS 5.

Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevamatc está compuesto actualmente de 5 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados para responder a las diversas necesidades.

No obstante todas tienen en

común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

GEVAMATIC 110 U: Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

GEVAMATIC 240 U: Capacidad 240 películas/hora. Duración del tratamiento 2 y 4 min. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

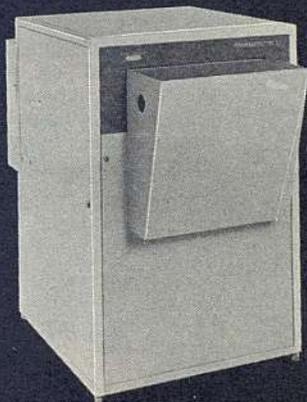
GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

GEVAMATIC R 10: Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16, 35, 70, 90, 100 y 105 mm. y para películas de 10 x 10 cm. Conducción de agua fría. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

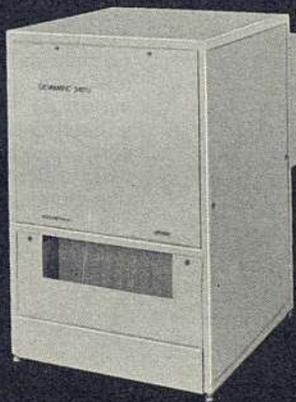
GEVAMATIC 60: Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

AGFA-GEVAERT, S. A.
Provenza, 392
Barcelona-25

GEVAMATIC 110 U



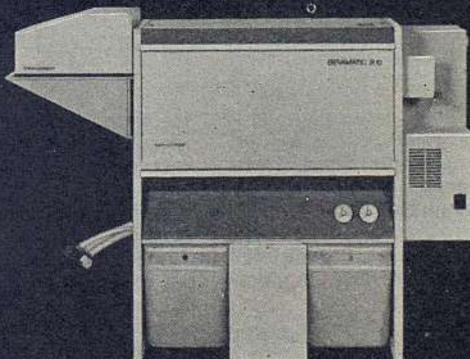
GEVAMATIC 240 U



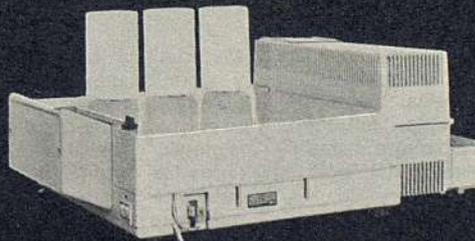
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R 10



GEVAMATIC 60





Aragón, 90
Tel. 93/254 81 00
Telex. 52687
BARCELONA 15

UNA AMPLIA ORGANIZACION AL SERVICIO DEL HOSPITAL



Asesoría en organización, racionalización y automatización del trabajo y las tareas de un laboratorio.

Estudios de ampliación y revisión para laboratorios de nueva planta.



DIVISION

SERVILABO

Servicio Post Venta

Servicio de asistencia técnica de post-venta de todos los aparatos comercializados por IZASA, S.L.



DIVISION APARATOS
CLINICA

Instrumentación para laboratorios de análisis en los campos de preparación de muestras, bioquímica, hematología y coagulación y bacteriología en urgencias, pediatría, maternidad, nefrología y cuidados intensivos y RIA.



DIVISION INDUSTRIA E
INVESTIGACION

Instrumentación analítica en el campo del control.

Especialidad en tecnología de partículas bioquímica, microbiología, espectrometría, contaminación y análisis de aguas.

Instrumentos específicos para industria alimenticia, farmacéutica y veterinaria.



DIVISION REACTIVOS
Y MATERIAL
LABORATORIOS

Reactivos para técnicas manuales y automáticas en bioquímica, bacteriología, virología, serología, banco de sangre y radioinmunoensayo (RIA).

Material de plástico y vidrio para laboratorio.



DIVISION

INSTRUMENTA

Material un solo uso

Material de un solo uso y elementos para cirugía general, cardiovascular y torácica, traumatología, urología, anestesiología, unidades coronarias y de cuidados intensivos, neonatología y pediatría, sistemas oxigenoterapia.



DIVISION

BETA

Cardiovascular y Diagnóstico

Cateteres para: diagnóstico y estimulación cardíaca, termodilución, embolotomía, dilatación arterial, guías introductoras, equipos monitorización, desfibrilación, electrodos E.C.G., válvulas de corazón.



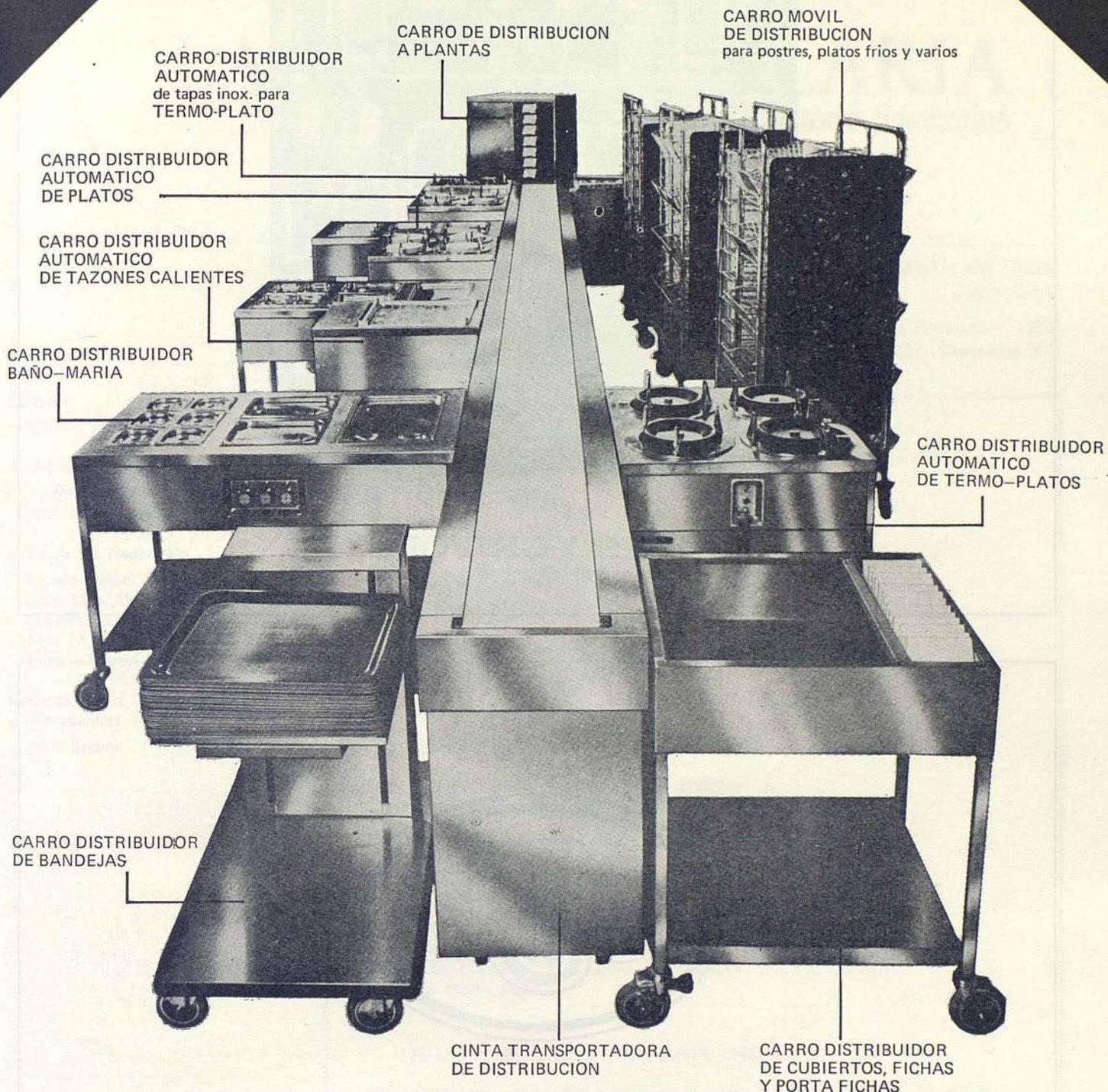
DIVISION

NEOMEDICA

Dialisis

Productos para acceso sanguíneo en general y accesos especiales. Monitores y filtros para hemodialis. Monitores y accesorios para diálisis peritoneal, hemofiltros, plasma separadores, columnas de hemoperfusión. Sistemas de reutilización de dializadores. Pesacamás electrónicos.

Cinta completa de distribución de comidas



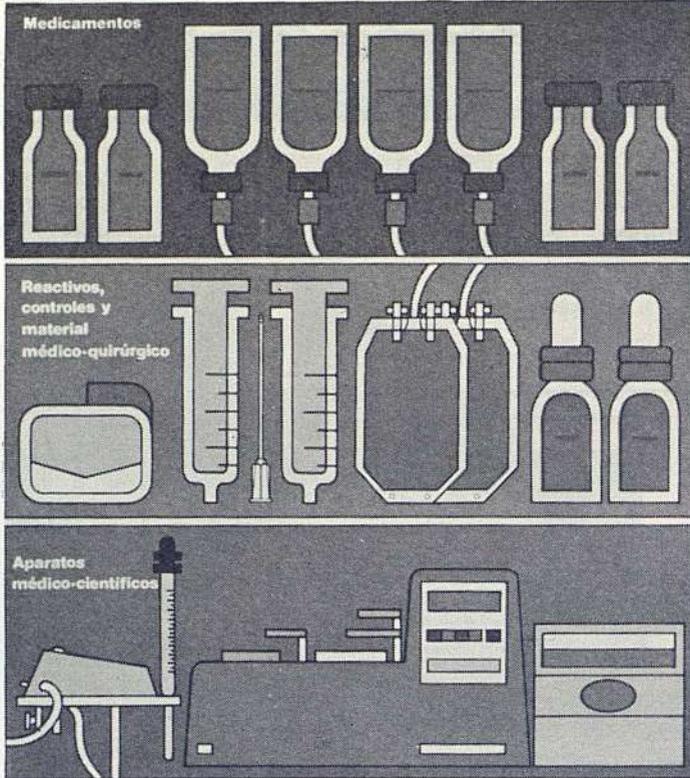
ADISA

SISTEMA DE DISTRIBUCION DE COMIDAS
PARA CLINICAS Y HOSPITALES

OFICINAS: Tuset, 8 - 10, 4.º (E. Monitor) Barcelona - 6
Tels. 237 38 20 / 237 31 60

ALMACEN Y EXPOSICION:
POLIGONO INDUSTRIAL CONGOST
Avda. San Julián s/n. GRANOLLERS

PODEMOS PROPORCIONARLE:



GRUPO "GRIFOLS"

Jesús y María, 6 - Tel. 247 42 08
Barcelona - 22



BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona