

Hermanos de  
San Juan de Dios  
Barcelona

Año 42. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 1990  
Número 215. Volumen XXII

### CONSEJO DE REDACCIÓN

#### Director

MIGUEL MARTÍN

#### Redactores

MARIANO GALVE  
JOAQUÍN PLAZA  
CALIXTO PLUMED  
FRANCISCO SOLA

#### Administración

BENJAMÍN PAMPLONA

#### Secretaría de Dirección

LOURDES COLL  
EDUARDO GARCÍA

### CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL  
FELIPE ALÁEZ  
M.ª CARMEN ALARCÓN  
RAMIRO JOSÉ ALLOZA  
MIGUEL A. ASENJO  
ESPERANZA CHACÓN  
ÁNGEL CALVO  
JESÚS CONDE  
RUDESINDO DELGADO  
JOAQUÍN ERRA  
RAFAEL HERRERA  
FRANCISCO DE LLANOS  
PILAR MALLÀ  
JOSÉ A. PAGOLA

### DIRECCIÓN

Curia Provincial  
Hermanos de San Juan de Dios  
Carretera Esplugas s/n  
Teléfono 203 40 00  
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio  
de Sanidad como Soporte Válido. Ref.  
SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268  
Depósito Legal: B. 2998-61  
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

## Sumario

1	<b>EDITORIAL</b> La comunidad cristiana y los enfermos	10
2	<b>RASGOS PSICOLÓGICOS DE UNA COMUNIDAD SANA</b> Mariano Galve Moreno	13
3	<b>LA ACCIÓN EVANGELIZADORA DE LA COMUNIDAD CRISTIANA EN EL CAMPO DE LA SALUD</b> José A. Pagola Elorza	21
4	<b>EL VER MENOS ME HIZO TENER LAS IDEAS MÁS CLARAS</b> Luis Cazalla Puebla, un hombre entrañable en la Pastoral Sanitaria Jesús Conde Herranz y Miguel Martín Rodrigo	29
5	<b>ANÁLISIS SOCIOLÓGICO-PASTORAL DE NUESTRAS COMUNIDADES CRISTIANAS desde la perspectiva de su acción evangelizadora en el campo de la salud</b> Miguel Payà Andrés	39
6	<b>CÓMO RENOVAR LA ACCIÓN EVANGELIZADORA DE LAS COMUNIDADES CRISTIANAS EN EL CAMPO DE LA SALUD</b> José A. Pagola Elorza	45
7	<b>HABLAN LAS COMUNIDADES CRISTIANAS</b>	53
8	<b>CATEQUESIS PARA LA COMUNIDAD CRISTIANA</b>	62

O.H.S.J.D.  
CURIA PROVINCIAL  
SANT BOI  
5.E.25

# 1. EDITORIAL

## LA COMUNIDAD CRISTIANA Y LOS ENFERMOS

---

El tema que este año ha sido propuesto para el Día del Enfermo sitúa frente a frente a la comunidad cristiana con el enfermo.

Hasta el presente, los sucesivos mensajes que fueron ofreciendo dichas jornadas, o nos situaban junto al enfermo sirviéndole de soporte solidario ante la sociedad de la que se reclamaba un tratamiento más humano y justo —La humanización, Los enfermos más necesitados y desasistidos, La familia del enfermo—, o nos situaban ante el enfermo como oferta de crecimiento comunitario —El enfermo nos evangeliza—.

Este año es distinto. «Nos han dejado al enfermo en la puerta de casa» —La comunidad cristiana y los enfermos—. No podemos, consecuentemente, abrir las puertas sin darnos con él de bruces. No hay salida posible.

Sin menospreciar la función que objetivos anteriores han pretendido, y que a buen seguro han conseguido en gran medida, este año se nos confronta a comunidades y enfermos al nivel más íntimo, al nivel de las respectivas identidades.

No queda más remedio que coger el toro por los cuernos y darle la lidia más adecuada. Se acabaron los burladeros, relativamente fáciles, de escudarnos en las lagunas que la sociedad tenía —y sigue teniendo— con ellos, constituyéndonos en sus abogados de oficio.

Ahora, frente a frente, comienzan a surgir como borbotones las preguntas, los exámenes de conciencia, los propósitos de enmienda y hasta las posibles penitencias que nos fuesen impuestas por toda una historia que, si bien recoge hermosos pasajes de integración y servicio, no lo es menos que se haya salpicado de abundantes momentos de silencio y olvido.

Cuando la comunidad cristiana se pregunta por el papel que dentro de ella desempeñan los enfermos, sus enfermos, no puede menos que venirle a la memoria el trato preferencial que hacia ellos tuvo, durante su trayectoria histórica, quien es su Señor. Un trato cargado de sensibilidad, de ternura, de servicio y de solidaridad. Y son recuerdos que se convierten en interpelación, en reto para quienes hoy dicen seguirlo. Los enfermos fueron pieza clave en el anuncio del Reino que constituyó la misión de Jesús. ¿Lo son hoy en las comunidades de Jesús? Ahí queda la pregunta. Su respuesta negativa implicaría, automáticamente, una nueva: ¿qué relación tienen dichas comunidades con el mensaje y el obrar de su Señor?

No pocas veces podemos observar comunidades parroquiales perfectamente estructuradas y con una intensa dinámica que parecen transmitir una incuestionable vitalidad, en las que los enfermos apenas si cuentan (?).

Otras veces, la pastoral de la salud sí existe, pero está relegada en el furgón de cola de las prioridades pastorales de una parroquia «que tiene tantas necesidades»: catequesis, juventud, grupos, matrimonios... Correlato de una sociedad, tantas veces criticada, cuya jerarquía de valores no empieza precisamente por los no productivos.

Siempre, en gran medida, cuando se plantea en las comunidades la pastoral de los enfermos, se hace en función de qué hacerles, llevarles, servirles... Y no es poco eso. Pero mientras una comunidad cristiana no sea capaz de plantearse qué es lo que sus enfermos le aportan y acoger hospitalariamente su oferta, es una comunidad que no ha madurado suficientemente una gran parte del Evangelio de Jesús.

El Día del Enfermo de 1990 no puede, no debe, ser un día para plantearnos, aunque sea desde la mejor de las intenciones, qué obras de caridad vamos a hacer con los *enfermitos*. El objetivo no puede ser otro que el de introducir al enfermo, como miembro de pleno derecho, en la comunidad cristiana. Es un miembro más de ellas y, por más necesitado, más importante. Así era, al menos, el orden de preferencia que nos dejó Jesús.

LABOR HOSPITALARIA quiere colaborar a esta entronización. Y a tal fin ofrece en este número monográfico abundante y hermoso material, que puede ayudarnos para la reflexión y el cambio de actitudes que la haga posible.

Juan Pablo II nos exhortaba en su Carta Apostólica *Salvifici Doloris*: «La Iglesia, que nace del misterio de la redención... está obligada a buscar el encuentro con el hombre, de modo particular en el camino de su sufrimiento» (n.º 3).

El camino está ahí, y Juan Pablo II dice que es obligatorio... ¿Se podrá no seguirlo y pretender llamarse cristiano? Parece difícil.

## LABOR HOSPITALARIA

### *Aviso a nuestros suscriptores*

Para el presente año 1990 el importe de la suscripción a **LABOR HOSPITALARIA** es el siguiente:

España .....	2.000 ptas.	
Extranjero .....	23 \$	(correo normal)
	26 \$	(correo aéreo)

*Números atrasados solicitados a la Dirección de la revista:*

Número monográfico	700 ptas. (más gastos de envío)
Número ordinario	600 ptas. (más gastos de envío)



## 2. RASGOS PSICOLÓGICOS DE UNA COMUNIDAD SANA

**Mariano Galve Moreno**

Presidente de la Comisión de Pastoral de la Salud Mental  
del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria  
Redactor de LABOR HOSPITALARIA

Una vez más LABOR HOSPITALARIA recoge en este artículo las preocupaciones de la más reciente actualidad. Su autor, colaborador habitual de nuestra revista, plantea preguntas inquietantes a nuestro pensamiento y, con su peculiar estilo —el de la antropología apasionada—, nos habla desde imágenes tan actuales como la caída del muro de Berlín y las tan cotidianas —y por ello desapercibidas— de abuelos tomando el sol en nuestras plazas.

Parte de la constatación de que el marxismo, uno de los puntales sobre el que descansaba el pensamiento occidental, ha sido derribado de modo fulminante. Y si tan insólito hecho, por lo imprevisto, nos ha paralizado, su autor nos advierte que, en occidente, la parálisis emocional y mental ya estaba bien establecida en nuestras neuronas a base de tanto consumismo.

Pero no todo es piqueta de analista. Este artículo tiene el valor de hacer preguntas y reunir los desafíos en una especie de Mandamientos que, como indicadores, deberán ocupar la mente y el corazón de hombres y mujeres de nuestra generación.

Un artículo que, con todas sus limitaciones, nadie podrá ignorar si quiere pensar en nuestra comunidad y en nuestra vida.

### LA COMUNIDAD CRISTIANA Y LOS ENFERMOS



«Una comunidad tiene que ver con individuos y con mundo en general. El modo como una comunidad incluya partes de unos y de otro, y el modo como conjugue y relacione a ambos es fuente de salud o de enfermedad».

Este artículo tiene su arranque en la osadía de plantear una pregunta: ¿qué está pasando en nuestro mundo? Intenta apresar, entre los apretados límites de sus interrogantes, tanto el aliento de los países del Este que derrumban muros, como la llamada apremiante de ese niño de padres separados que, lleno de angustia y soledad, llama a uno de ellos por teléfono para decirle: ¡Ven a buscarme, me encuentro mal! Para que no sea una pregunta retórica quiere incluir las fantasías alienantes de ese muchacho que tiene miedo al mundo, como las tramas negras de los terroristas y narcotraficantes.

---

“Este artículo tiene su arranque en la osadía de plantear una pregunta: ¿qué nos pasa?”

---

Se encoge el corazón cuando, en pocos meses, estamos viendo cómo muere uno de los sanguinarios faraones y deja al pueblo rumano en libertad para que él mismo elija su destino. Pero nos quedamos sin aliento cuando constatamos que, con el marxismo-leninismo, ha desaparecido el último proyecto para la programación totalitaria de la historia. Están muriendo los tiranos, pero también, con Mao, Marx y Lenin, están muriendo los timoneles y caudillos.

De la parte de acá hay un cierto malestar, un miedo impreciso porque nuestros modelos de vivir occidental se han estado admitiendo, por lo general, como un «estar ahí» confortable pero carente de sentido, desprovisto de valores. En la parte de acá está ese amigo mío, brillante ejecutivo, ahíto de triunfos y engolfado en una trayectoria mortalmente consumista.

Hay, en el fondo, lo que yo llamaría una «apetencia de algo», que mueve a unos a liquidar esclavitudes y remueve a los otros en el desasosiego y la insatisfacción.

Y aunque fuera prudente tomar distancia frente a la violencia de tanto reto, no puede dejar de obsesionarme la que-mante pregunta: ¿qué pasa? ¿qué nos pasa?; ¿cómo se está configurando la trama sobre la que se deslizan las lanzaderas de la vida? ¿qué significan, en el hoy concreto, las viejas palabras de casa, pueblo y comunidad?

Con todos los riesgos que conlleva hablar del hoy, me he atrevido a ordenar mis ideas e impresiones en diez puntos, como una especie de Decálogo.

## PERSONALIZAR Y COMUNICAR

Se hace sobre todo necesario hablar de la comunidad porque ella recoge, en su concepto, los dos ejes nerviosos que conectan directamente con las raíces de nuestra propia vida. Pues una comunidad es la parte del tejido social que se sitúa entre el individuo y la sociedad.

Los dos extremos —individuo y mundo— pueden hacerla unilateral. En un extremo estarían esas comunidades narcisistas, aisladas y ensimismadas —puramente subjetivas— y en el otro las comunidades caóticas y confusas, perdida su identidad en la globalidad del mundo.

De ello se deduce claramente, ya, un *primer rasgo*, básico

y genérico, de una comunidad sana: *potenciar al máximo a los suyos en una fuerte integración de proyecto colectivo.*

Retengamos, para ello, algo importante: una comunidad tiene que ver con individuos y con mundo en general. El modo como una comunidad incluya partes de unos y de otro y el modo como conjuge y relacione a ambos es fuente de salud o de enfermedad.

Y, ya de entrada, podemos dar a la comunidad una tarea: «El fin de una comunidad, de toda comunidad auténtica, consiste en personalizar al individuo, permitiéndole la comunicación con la comunidad global».

## AFILIAR, PERTENECER, SER FIEL

Si tenemos que hablar diciendo algo, necesariamente lo tenemos que encarnar. El fenómeno comunitario, en nuestro espacio occidental, debe ser situado en su contexto. Y el contexto, de cara a la comunidad, presenta una dificultad general: muchas de las preocupaciones de la gente por la aceptación, el ser atractivo, la poda de la personalidad y el conformismo nacen de la falta de afiliación y fidelidad de nuestra sociedad, lo cual determina que la comunidad personal sea algo tan incierto de un día para el otro que la gente debe echar mano de todo recurso posible para garantizarse que no llegará a quedarse sola.

Esta enorme inestabilidad de la sociedad global y el hecho consiguiente de que las relaciones nunca están garantizadas, sino que deben ser conquistadas, es la fuente de la incertidumbre en las relaciones interpersonales, de la maledicencia chismosa y de la sed de popularidad.

Y ¿qué quiere decir hoy *pertenecer* para los pueblos del Este que han configurado su vida sobre la idea del colectivismo, supuestamente igualitario, cuando este dogma se derrumba?

Una comunidad debe de poseer, como posesión indiscutible, esa notable cualidad de poder dar nombre a los suyos, transmitirles una experiencia apasionada y reunirlos alrededor de un proyecto de futuro común.

---

“El fin de una comunidad consiste en personalizar al individuo, permitiéndole la comunicación con la sociedad global”

---

Y nace, así, un *segundo rasgo* saludable de una comunidad: *su capacidad de afiliación, su matiz de pertenencia y ese tempus suficiente como para estructurar la fidelidad.*

## VALORES E IMPULSOS

Si tenemos que seguir diciendo algo útil, tendremos también que seguir apoyándonos en lo que vemos y tocamos. La comunidad, hoy —si quiere ser una comunidad sana—, tiene que servir de *lugar de abrigo* frente a una cultura que obra por impulsión.

La raíz de la vida es el impulso y su liberación en la cantidad adecuada —en su momento y en su lugar—, y de manera

aprobada, es interés primordial de toda comunidad. Hoy en día, sin embargo, en la era de la *vuelta de lo reprimido* y de la diversión, el problema de la liberación de impulsos cobra carácter especial por razón de lo inclinado que está nuestro mundo occidental a satisfacciones inmediatas.

Por eso mismo, nuestra comunidad se enfrenta a una tarea única en el tema de la educación de los suyos: el fomento de la liberación de los deseos y no, como en épocas pasadas, la instalación de disciplinas. Por todas partes se están viniendo abajo los controles, y la firmeza para tratar con los impulsos ya no forma parte de la pedagogía contemporánea. Más bien, la liberación de impulsos, llamada diversamente *espontaneidad, adaptación a la vida, democracia y permisividad* se han convertido en doctrina capital de la educación.

“Por todas partes se están viniendo abajo los controles, y la firmeza para tratar con los impulsos ya no forma parte de la pedagogía contemporánea”

Nuestra cultura está movida por sus impulsos de realización, competencia, ganancia y movilidad, y por los impulsos de seguridad y de un nivel de vida más alto. Sobre todo, la impulsa la expansividad. Impulsos como el hambre, la sed, el sexo y los demás, surgen directamente de la química del cuerpo, mientras que los de expansión, competencia, realización, etc., son generados por la cultura. No obstante, cedemos a estos últimos como al hambre y al sexo.

Esta liberación de impulsos nos está creando problemas. ¿Cómo puede una comunidad enfrentarse al vigoroso impulso de los suyos y, sin embargo, cumplir la tarea que este período histórico le ha asignado? ¿Cómo puede liberar las emociones primarias sin desencadenar el caos? ¿Cómo puede permitir que se descarguen los impulsos y, a la vez, proporcionar el suficiente sosiego como para seguir viviendo?

Frente a lo que se considera un desarrollo *salvaje* de la parte más inmadura e inconsciente —impulsos y deseos— de nosotros y de nuestra cultura, existe una nostalgia de otro tipo de necesidades a las que podríamos denominar *valores*. Porque llega un momento en que vivimos en la tolerancia, la capacidad de convivencia, la libertad y la participación como nunca se había conseguido e, inexplicablemente, todo ello no lo sentimos como la realización de los valores.

Y, así, el *tercer rasgo* psicológico de una comunidad sana es *ser lugar de abrigo en donde puedan ser operativos otro tipo de apremios, que denominaremos valores, como el amor, la bondad, la tranquilidad, el contento, la diversión, la franqueza, la honestidad, la decencia, el descanso y la sencillez*.

## FORTALECER AL INDIVIDUO

No me quiero apartar de un discurso lo más ceñido a lo real. La comunidad —si quiere ser hoy una comunidad sana— debe querer, poder y saber *proteger a los suyos* de lo que, muy precisamente, los destruye: la invasión indiscriminada y voraz de los deseos.

Siempre se ha reconocido la existencia de un vasto potencial de necesidades humanas, pero después de la cultura industrial moderna, capaz de producir casi todo, se ve que ha llegado el tiempo de abrir la tienda de las necesidades infinitas.

A la creación deliberada de necesidades —la primera fase de la revolución psíquica contemporánea— corresponde muy bien el segundo mandamiento moderno: ¡Consumirás! Y, juntos, cración de deseos y consumo, están destruyendo lo más fundamental de la tradición indoeuropea, islámica y hebrea —el sistema de control de los impulsos— pues el deseo de un millón de cosas no puede crearse sin estimular un apetito para todo. Ésta es la segunda fase de la revolución psíquica de nuestro tiempo, el *desarmar los viejos controles de los impulsos*.

Una comunidad sana debe ponerse, inmediatamente, a la tarea de proteger a los suyos contra esta doble revolución psicológica. Y esto, no por romanticismo nostálgico de tradiciones trasnochadas, sino porque, ser esclavo de los deseos, supone un debilitamiento del yo. Las identidades yoicas se encuentran desgarnecidas, porque el deseo y el consumo le imponen la renuncia a sus necesidades.

Esta renuncia a las necesidades del yo es producto del más afortunado esfuerzo que se haya hecho en la historia humana por satisfacer, en masa, una infinita variedad de necesidades materiales. El hombre que acepta tal renuncia —y las comunidades que lo permiten— se ponen en posición de satisfacer las necesidades que las máquinas de la producción de deseos han despertado en su interior, y todo aquel que se niegue a renunciar a su yo obtendrá muy pocas de las cosas materiales que le han enseñado a apetecer.

“La comunidad —si quiere ser hoy una comunidad sana— debe saber, querer y poder proteger a los suyos de lo que, muy precisamente, los destruye: la invasión indiscriminada y voraz de los deseos”

Los impulsos desatados destruyen. Pero también destruyen los dogmatismos rígidos y las ideologías totalitarias. *Yuri Kariakin*, escritor y diputado del Congreso soviético, lo dejó expresado claramente:

«Partimos de la idea, hace 70 años, de que había que acabar con la propiedad privada, y lo que hicimos fue fusilar el trabajo y el interés personal. Partimos de la idea de que había que fusilar la democracia burguesa, y con ello fusilamos todo el ordenamiento legal, dejando a nuestra comunidad sin leyes. Hay que fusilar a la religión, dijimos nosotros, y fusilamos la moral y los valores.

Y ahora cosechamos los frutos de esas ideas, inicialmente tan nobles. Nos dimos cuenta de ello sólo cuando nos encontramos no ya en el umbral de la catástrofe, sino en su cima más profunda. Nos dimos cuenta que el socialismo fue inhumano, por no decir antihumano».

Temas de nuestra época.  
*El País*, jueves 3 de agosto de 1989

En el hoy, el *cuarto rasgo* de una comunidad sana tiene mucho que ver con los *sistemas de defensa*. Si a lo largo de

la historia, en la selva como en el desierto, se establecieron las comunidades humanas con objeto de obtener alimento y protección, en la actualidad una comunidad sana *deberá encontrar también el modo de satisfacer aquellas necesidades inevitables y protegerse de aquellas otras que le son superfluas. Una comunidad sana deberá enseñar a los suyos a saber transformar algunos de sus impulsos por bienes más altos y defenderles contra la opinión invasora de que el sacrificio de los impulsos ya no garantiza la obtención de recompensas, ni en la tierra ni en el cielo.*

En este sentido, no faltan quienes esperan, otra vez, que la salvación, la rentabilidad ética y la disciplina de la vida humana volverá a venirnos del Este, ahora con signo muy distinto al de la ideología marxista. Y esto es esperado, justamente, por venir de pueblos que han sufrido la ascesis del sacrificio y de la privación.

## CAPACIDAD EMULATIVA

Una comunidad sana es capaz de proporcionar a los suyos —lo hemos dicho— sentido de pertenencia, lugar de abrigo, robustecimiento de las individualidades y defensas operativas frente a todos los peligros, tanto internos como externos.

*Además, deberá ser capaz de tener la suficiente vitalidad como para educar a los suyos y poderles ofrecer proyectos y tareas.*

Si los sistemas de adiestramiento y los planes educativos son de vital importancia, el modo como una comunidad puede desarrollarlos en el hoy debe de ser asunto pertinente en nuestra reflexión.

---

“El marxismo, como explicación del mundo, es una sinrazón absoluta. Y la razón que lo convierte en una sinrazón es que Marx fue un intelectual tramposo”

“Cuando la decepción se une al sentimiento de haber sido traicionados, los pueblos se encuentran sin modelos de imitación y las comunidades sufren una grave crisis de identidad”

---

En nuestra sociedad podemos observar la *erosión de la capacidad de emulación*, la pérdida de la capacidad de tomar a otra persona como modelo. Al contrario, en una cultura competitiva, uno envidia todo lo bueno que pueda ocurrir a cualquiera otra persona. Basta con saber que alguien tiene algo bueno, para que empiece uno a sentirse deprimido, envidioso o las dos cosas a la vez. En una cultura competitiva, el éxito que alguien obtiene en algo constituye la propia derrota de uno, aun cuando ese éxito nada tenga que ver con uno. La envidia mata de raíz la emulación.

La cultura depende, sin embargo, de esta potencialidad pues, en gran parte, a través del vigoroso potencial inherente de emulación de cualidades que posee el hombre, se han mantenido las cualidades morales de las comunidades y el hom-

bre se ha apoyado en ese mecanismo para educar a las nuevas generaciones. Pero cuando el cinismo, la resignación y la pasividad ingresan en la vida, lo primero hace que aparezca vana toda elección imitativa de cualidades, y la pasividad y la resignación minan la voluntad necesaria para la decisión emulativa.

---

“La comunidad personal es algo tan incierto que la gente debe echar mano de todo recurso posible para garantizarse que no llegará a quedarse sola”

“¿Y qué quiere decir hoy *pertenecer* para los pueblos del Este que han configurado su vida sobre la idea del colectivismo supuestamente igualitario, cuando este dogma se derrumba?”

---

De ahí, también, arranca uno de los grandes desastres de la crisis de la Europa comunista: su inapelable descrédito. No es accidental el hecho de que cada uno de los regímenes marxistas ha ofrecido pruebas de un colosal fracaso económico y no ha aportado a sus respectivos pueblos otra cosa que miserias y privaciones. El marxismo, como explicación del mundo, es una sinrazón absoluta y la razón que lo convierte en una sinrazón es que Marx fue un intelectual tramposo.

Cuando la decepción y la sospecha se unen al sentimiento de haber sido traicionados, los pueblos se encuentran sin modelos de imitación y las comunidades sufren una grave crisis de identidad.

Una comunidad sana, a fin de que en su seno se lleve a cabo una elección emulativa, moralmente sólida, y como *quinto rasgo*, debe de tener la suficiente fe en sí misma como para poder presentar sus proyectos educativos con cierto optimismo ingenuo que pueda ser capaz de apasionar la voluntad de los suyos.

## AMOR Y AUTORIDAD

Hoy en día, en nuestra cultura, la dependencia ha cobrado un significado especial, porque, en cualquier comunidad, la dependencia pone freno a los impulsos; y el deseo de ser independiente rara vez significa algo más que las ganas de hacer lo que nos plazca. La ansiedad o la cólera de los mayores se considera entonces como *injusta, absurda, atrasada o carrocil*. Hoy, la demanda de independencia posee, a menudo, una suerte de egoísmo infantil irreflexivo, que dista años luz de sus antiguos significados.

La sed de independencia ha sido formada por la filosofía de la permisividad en la crianza de los niños y por la consiguiente erosión de la capacidad de gratitud en una cultura orientada hacia los impulsos.

La falta de confianza en sí mismo es otra de las fuentes del deseo de ser independiente, pues cuando uno tiene muchas dudas sobre sí mismo, casi cualquier concesión a otra persona parece amenazar una autonomía ya precaria. La capaci-

dad de ceder a los deseos de otros obedece a una ley interior, que es, simplemente, la de que la capacidad de ceder está relacionada con la autonomía personal. La persona que posee confianza en sí misma puede apoyarse alegremente en otras, mientras que aquella cuya confianza en sí misma es vacilante, puede sentir una poderosa necesidad de valerse por sí misma.

La obsesión de independencia está relacionada con la ansiedad de que uno no tiene nada, o de que tal vez no sea capaz de valerse por sí mismo. En este contexto, la independencia, el mantenerse apartado de los demás, es expresión del miedo porque uno puede perderse si cae bajo el control de algún otro a través del amor, de la amistad, de la gratitud, o del dominio intelectual.

Una comunidad sana deberá saber sortear ese hechizo malévolamente de que el amor sea entendido como atadura, la amistad como dependencia y la gratitud como servilismo. El *sexto rasgo* de una comunidad sana consistirá en *el arte de conjugar amor y autoridad*.

## SIGNIFICACIÓN ESPIRITUAL

Expresé, al principio, mi deseo de que este artículo tuviera todo el aliento en la valentía de plantear las verdaderas cuestiones. Pues bien, yo creo que lo que está pasando en el Este, como lo que vivimos en nuestras comunidades de occidente, obedece a una profunda crisis espiritual.

En los países marxistas —fusilada la propiedad privada, la democracia burguesa, las normas morales y la religión— sólo quedó una praxis económica y política que les ha llevado al desastre.

Hay que tener la osadía de afirmar que lo más horroroso que ha ocurrido en estas comunidades es que la capacidad de pensar y actuar con arreglo a una jerarquía de valores espirituales, la existencia de un núcleo unificador gracias al cual el hombre se orienta en la vida, ha quedado destruida en toda la sociedad.

El drama de estos pueblos se podría expresar en lo siguiente: los ideales del socialismo renovado, el llamado *socialismo de rostro humano*, no han llegado todavía al conocimiento del pueblo; nadie sabe cuál puede ser la orientación espiritual que suponen, y, en cambio, todo el mundo sabe lo que es el socialismo real.

---

“Una comunidad sana deberá saber sortear ese hechizo malévolamente de que el amor sea entendido como atadura, la amistad como dependencia y la gratitud como servilismo”

---

Todo ello crea un sentimiento de abandono y de desprotección espiritual, porque se han derrumbado las representaciones antiguas, y las nuevas representaciones todavía no han surgido. No hay centros de irradiación de nuevos ideales. Unos dan bandazos defendiendo los principios antiguos, aferrándose a los métodos estalinistas. Otros, como la recientísima crisis de Lituania, se orientan hacia conceptos como nación,

patria y libertad, todas ellas palabras altisonantes, y eso es comprensible. Pero la mayoría se encuentra sin saber a qué santo encomendarse. En un tiempo en que las masas se politizan de manera instintiva, todos saben lo que está mal, pero apenas lo que está bien. El pueblo sólo sabe lo que no quiere, pero ignora qué es la justicia social y el Estado de derecho.

Si la crisis espiritual es muy profunda en los países socialistas, hay que confesar que no lo es menos en nuestras comunidades de occidente. Allí, todos los pueblos fueron abocados a una praxis económica y política, desconectada de los valores y del sentido espiritual. Entre nosotros, estamos abocados a una praxis de bienestar y de consumo y carecemos, también, de ese núcleo de unificación espiritual que dé sentido a nuestra vida.

Ambos vamos perdiendo el recuerdo de la Teofanía en el monte, del Decálogo y de la voz que nos guiaba en el desierto. Y nuestra memoria apenas si sabe quién fue Moisés y por qué el libro del Éxodo es una lectura obligada en todas las grandes conmociones de pueblos e individuos.

---

“Yo creo que lo que está pasando en el Este, como lo que vivimos en nuestras comunidades de occidente, obedece a una profunda crisis espiritual”

---

Con todo ello, y sería el *séptimo rasgo* de una comunidad sana, *es muy importante tener en cuenta que sin una sólida fundamentación moral y espiritual, ninguna actividad política puede aspirar al éxito en una sociedad desmoralizada como lo es la nuestra*.

## GENEROSIDAD, TERNURA Y COMPASIÓN

Sin un Yo, el hombre no es nada. Las revoluciones estallan no sólo por hambre y miseria, sino también a causa de la humillación, pues ésta ataca el Yo, y un ser humano intacto late debajo. Es increíble cuánta pobreza soportará un pueblo, mientras no se le humille; y la literatura polémica de la rebelión, en la que está incluida la teología de la liberación, combina el hambre y la humillación.

En la sociedad contemporánea, el Yo muere un poco cada día. Rodeado de expresiones visibles del elevado nivel de vida, un hombre suele olvidar gradualmente que está alienado de su Yo. Por eso, narcotizado su defecto socialmente modelado, el hombre de hoy apenas si tolera a los débiles y los fracasados, a los ancianos y a los locos, pues son la conciencia expresa de que también su propio Yo está constantemente inmolado. Incapaz de rebelión, ha sido domesticado para las pequeñas dosis de humillación, y los enfermos le recuerdan su fracaso y su lenta degradación; por eso, los aparta y los excluye.

Pero por mucho que avancemos en solidaridad, democracia y atención a los débiles, nunca podremos llegar a implantar los prometidos paraísos. A través del tremendo sufrimiento de dos guerras, Europa ha aprendido a renunciar a los sueños utópicos y, ahora, sabemos por lo menos hasta qué pun-

to nuestra fragilidad connatural no permite jugar con modelos prefabricados del hombre y del tejido social.

Una comunidad bien establecida deberá favorecer algo tan vital —aunque no se cotice— como la reparación. Si el mal del mundo es tan pertinaz y si debemos admitir, con Albert Camus, «que no podemos dar un paso sin hacer daño a alguien», es muy importante que los mejores hombres y mujeres de nuestra comunidad se dediquen a la tarea de reparar. Una comunidad, digámoslo sin rebozo, necesita de *esos santos* que, desde su gratuita generosidad, vuelvan a dar sentido espiritual a lo cotidiano y sean un modelo de lo que nuestro corazón anhela interiormente.

---

“Si el mal del mundo es tan pertinaz y si debemos admitir, con Albert Camus, «que no podemos dar un paso sin hacer daño a alguien», es muy importante que los mejores hombres y mujeres de nuestra comunidad se dediquen a la tarea de reparar”

---

En muchas comunidades de hoy los rasgos sobresalientes, además de la impulsividad y la lucha por el dominio, son la falta de *compromiso*, la incoherencia y la desatención a la ternura. Éstas serán comunidades malsanas que, bajo la capa de un barniz de logro, están escondiendo su debilidad fundamental.

Una comunidad sana, en cambio, como *octavo rasgo*, deberá ser tolerante con sus miembros más débiles y obsoletos, dando amplia cabida en su seno a la ternura, la generosidad, la bondad y la compasión.

## CELEBRAR

En todas las culturas, las ocasiones de *clímax social* requieren de demostraciones emocionales, casi por decreto. Las llegadas y partidas (contando entre ellas el nacimiento, que es una llegada, y la muerte, que es una partida) son algunas de las ocasiones celebrativas. También lo son las iniciaciones, la primera palabra hablada, los primeros pasos, los cumpleaños y aun la enfermedad. Los *clímax* sociales están ritualizados.

Toda decadencia del ritual constituye una decadencia de la cultura, y las comunidades que no celebran suelen ser comunidades emocionalmente empobrecidas. Una de las primeras cosas que ocurren cuando una comunidad empieza a descomponerse es que los sistemas ceremoniales se desintegran; esto conduce a la desorganización interna, a la pérdida de valores y a la atomización interpersonal.

Una comunidad sana, el *noveno rasgo*, debe proporcionar lugar y ocasiones para expresar, emocionalmente, los acontecimientos importantes.

Realmente la emoción no muere, con sólo que se le de una oportunidad. Inclusive las gentes pobres, enfermas, envejecidas, despersonalizadas, atadas a su camastro de un inhóspito hospital de beneficencia conservan una chispa de ilusión. Esta capacidad de evocar lo emocional es una dotación primordial

de la célula y muere con ella. El Yo es la manifestación espiritual de esta capacidad del hombre.

## LA COMUNIDAD HOSPITALARIA

Este artículo quedaría mutilado si no apareciese en él uno de los problemas más angustiosos de nuestras comunidades occidentales: ese índice, al alza, de ancianos obsoletos. Y porque son muchos, no ofrecen interés ni significan nada debemos admitir, claramente, que no sabemos qué hacer con ellos. Cada vez más los excluimos —o se excluyen— de las actividades más vitales de nuestra comunidad y creamos para ellos otro tipo de cultura marginal con sus ritos de viajes y diversiones.

Nuestra conciencia social, interesada siempre más en las apariencias exteriores que en la realidad interior, ansiosa siempre de no alterarse o de no comprometerse demasiado y más inclinada a la expresión de impulsos que de valores, no se deja conmovir para que se preocupe de las *vivencias internas*, a menos de que algún mal terrible, como la droga, el sida, y la delincuencia juvenil, asole nuestras comunidades. De ahí que la degradación espiritual y la desesperanza de sus obsoletos abuelos no parezca ser de su incumbencia.

A nuestra conciencia social le afectan las cosas que tienen *elevada visibilidad*, como los suelos limpios, las paredes recién pintadas y la abundancia de suministros médicos, mucho más que las que tienen *visibilidad baja*, como el trato personal.

En un hospital de ancianos crónicos el personal, aunque solícito y bondadoso, parece mantener una actitud de indulgente superioridad para con los pacientes a quienes considera niños desorientados, que necesitan cuidado, pero a cuya confusión no hay que hacer mayor caso, mientras se atiende asiduamente a sus necesidades corporales.

---

“Este artículo quedaría mutilado si no apareciese en él uno de los problemas más angustiosos de nuestras comunidades: ese índice, al alza, de ancianos obsoletos”

“Y porque son muchos, no producen y no son interesantes debemos admitir que no sabemos qué hacer con ellos”

---

Este hospital-residencia está orientado hacia el cuerpo y no hacia la mente. La mente de los pacientes obstruye el cometido real de la institución hospitalaria, que es el de proporcionar cuidado médico, alimento y asepsia. Todo lo racional que pide el paciente se le da lo más rápidamente posible, se cumple activamente con el deber y rara vez se le habla con aspereza. Al mismo tiempo, el personal parece tener una comprensión mínima de las características mentales de una persona enferma y envejecida.

En una institución para pobres obsoletos del seguro, el director averiguará si un paciente ha sido bañado o no, pero no si la persona que lo hizo empleó un poquito más de tiempo





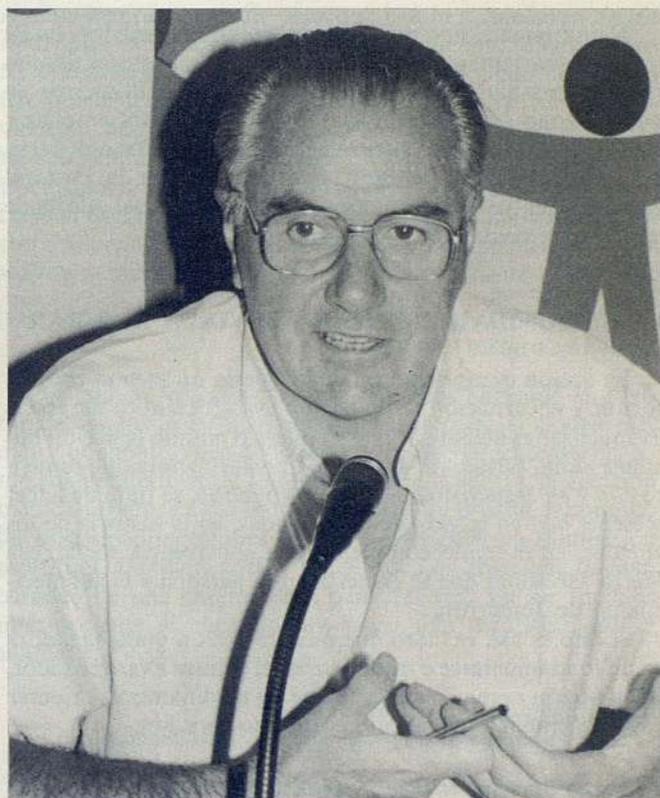
### 3. LA ACCIÓN EVANGELIZADORA DE LA COMUNIDAD CRISTIANA EN EL CAMPO DE LA SALUD

**José A. Pagola Elorza**

Vicario General de la Diócesis de San Sebastián

*Nuevamente el pensamiento profundo y la expresión cálida y ágil de José Antonio Pagola, amigo y colaborador de L.H., viene a enriquecer nuestra mente y a estimular nuestra sensibilidad, mostrándonos un amplio panorama de «la acción evangelizadora de la comunidad cristiana en el campo de la salud».*

*Partiendo de unos considerandos sobre la acción de Cristo que «evangeliza curando» y descendiendo a lo que él llama «ambigua búsqueda de salud del hombre contemporáneo», viene a situarnos ante la responsabilidad y el desafío de unas líneas de acción que abarcan puntos esenciales que los cristianos, comprometidos o no, no podemos ignorar en cuanto respecta a la situación compleja del hombre enfermo y de su entorno. Estamos seguros de que después de leer y reflexionar sobre el tema que José Antonio Pagola nos expone, se abrirán interrogantes y se estimularán conciencias que habrán de responder con generosidad e inteligencia a la acción evangelizadora que el enfermo y su mundo están esperando.*



#### INTRODUCCIÓN

«Evangelizar constituye la dicha y la vocación propia de la Iglesia, su identidad más profunda. Ella existe para evangelizar» (EN, 14). De esta convicción de la *Evangelii Nuntiandi* arrancaba el Congreso sobre *Evangelización y hombre de hoy* para hacernos a todos una llamada urgente a promover hoy en España una *segunda evangelización*.

El año pasado, el Congreso sobre **Parroquia evangelizadora** se esforzaba por escuchar esa llamada desde la parroquia, para impulsar en el interior de la comunidad cristiana una dinámi-

ca, unas actitudes y un estilo pastoral que la ponga al servicio de esa segunda evangelización.

A mi juicio, éste es el contexto concreto que nos permite situar correctamente esta reflexión y estas Jornadas de Pastoral Sanitaria: ¿Cómo promover hoy desde la comunidad cristiana esta segunda evangelización en el campo de la salud?

El objetivo es doble:

- En la *primera ponencia* trataremos de clarificar la acción evangelizadora de la comunidad cristiana en el campo de la salud. Creo de particular interés el que tomemos conciencia más clara de la importancia que tiene, para impul-

sar hoy la segunda evangelización, el que las comunidades cristianas se comprometan en la promoción de una vida más sana, la lucha contra lo insano y la curación integral del hombre actual.

- En la *segunda ponencia*, trataremos de concretar algunas pistas o cauces que nos animen a renovar la acción evangelizadora de las comunidades cristianas en el campo de la salud.

Mi reflexión no pretende sentar nada definitivo. Sólo quiere ser un estímulo que nos ayude a ir respondiendo a estas dos preguntas:

- ¿Cómo hacer crecer en el interior de la comunidad cristiana la conciencia de su misión sanadora? ¿Cómo ayudarla a descubrir mejor su responsabilidad de impulsar una acción evangelizadora de carácter curativo y terapéutico?
- ¿Cómo caminar de hecho hacia comunidades cristianas con mayor fuerza sanante? ¿Qué pasos dar para que esas comunidades puedan hacer presente la fuerza salvadora del evangelio en esta sociedad insana? ¿Cómo lograr que sean fuente de salud para el hombre de hoy?

Naturalmente, una reflexión de estas características ha de tener necesariamente consecuencias para la Pastoral Sanitaria. Por una parte, nos puede obligar a profundizar más en nuestra concepción de la Pastoral Sanitaria, para ampliar y enriquecer el ámbito de nuestra acción pastoral. Por otra parte, nos puede ayudar a integrar y articular mejor la Pastoral Sanitaria dentro de la acción evangelizadora global que ha de impulsar la comunidad cristiana.

## LA COMUNIDAD CRISTIANA ENVIADA A CURAR

La acción evangelizadora de la Iglesia no es sino prolongación y encarnación de la acción evangelizadora de Jesús. Evangelizar es actualizar hoy en nuestro mundo la acción humanizadora, salvadora, curadora, transformadora que comenzó *con* y *en* Jesucristo. Dicho de otro modo, se trata de hacer presente hoy en la vida de las personas, en la historia de los pueblos, en el tejido complejo de la convivencia social, esa fuerza salvadora que se encierra en la persona y el acontecimiento de Jesucristo.

Si esto es así, es claro que nuestra acción evangelizadora ha de fundamentarse e inspirarse en el primer Evangelizador. Es su acción evangelizadora la que ha de dinamizar, orientar y estructurar nuestra acción evangelizadora hoy.

### • *Jesús evangeliza curando*

No es éste el momento de ahondar en la acción evangelizadora de Jesús. Solamente recordar un dato fundamental que determina toda su actuación y del que ha de arrancar nuestra reflexión: Jesús evangeliza haciéndose presente allí donde la

---

“...Se trata de hacer presente hoy en la vida de las personas, en la historia de los pueblos, en el tejido complejo de la convivencia social, esa fuerza salvadora que se encierra en la persona y el acontecimiento de Jesucristo”

---

vida aparece más amenazada, deteriorada, e, incluso, malograda y aniquilada. Y, solamente a partir de su acción liberadora y sanadora y en el interior de esa acción, anuncia el Reinado de Dios. El servicio liberador a ese hombre enfermo, humillado, doliente, excluido de la salud y de la felicidad es el lugar desde donde anuncia a la sociedad entera la salvación de ese Dios amigo del hombre y amigo de la vida. «Recorría ciudades y aldeas, enseñando en sus sinagogas, predicando el evangelio del Reino y curando todas las enfermedades y dolencias» (Mt 9, 35).

Si suprimimos en Jesús esta actuación sanadora, su acción evangelizadora queda vaciada de su contenido más palpable, privada de su soporte más visible. Todo queda reducido a enseñanza sin gesto liberador, promesa sin contenido actual, proclamación sin intervención salvadora.

Es por esto que Jesús, al confiar a sus discípulos la tarea evangelizadora, les da este mandato: «Cuando entréis en una ciudad, curad a los enfermos que haya en ella y decid: Ya os llega el Reinado de Dios» (Lc 10, 8-9; ver también Lc 6, 1-6; Mc 16, 18-20). Ésta es nuestra tarea: «entrar en la ciudad» actual, en la sociedad de nuestros días; «curar a los enfermos que hay en ella» y desde esa acción curadora y liberadora proclamar a los hombres y mujeres de hoy que les está llegando el Reinado de Dios.

### • *El olvido de la misión sanante*

Por razones que no podemos analizar aquí, la acción evangelizadora se ha ido desarrollando a lo largo de los siglos por diferentes cauces, descuidándose poco a poco la misión curativa y sanante. La comunidad cristiana ha ido olvidando el valor fundamental que se encierra en la sanación del hombre como experiencia liberadora desde la cual anunciar la salvación total. Con frecuencia, todo ha quedado reducido a una atención sacramental o una asistencia caritativa a los enfermos. Pero, ¿en eso solamente ha de consistir hoy la encarnación fiel de la acción curadora de Jesús? ¿Ahí se termina el potencial sanante de la evangelización? Cuando esta sociedad enferma dirige su mirada a las comunidades cristianas, ¿es eso lo único que ha de percibir como acción sanadora, prolongación actual de la actuación de Cristo?

### • *Recuperar el signo mesiánico de la sanación*

Tal vez, una de nuestras primeras tareas, al tratar de renovar hoy la acción evangelizadora y dar un contenido más liberador a *la segunda evangelización*, sea precisamente ésta de recuperar el signo mesiánico de la curación de lo enfermo. Hemos de aprender a evangelizar difundiendo salud al hombre de hoy, liberándolo de todo aquello que lo hiere y deshumaniza, ayudándole a abrirse a la salud total. Hemos de redescubrir la fuerza terapéutica, liberadora, sanante que encierra la acción evangelizadora cuando está inspirada y dinamizada por el Espíritu de Jesús. En esta sociedad enferma la comunidad cristiana sólo puede impulsar *la segunda evangelización* si crece como *factor sanante* y liberador.

Esta tarea sanante no la hemos de situar al nivel de todos esos esfuerzos —a veces tan poco valorados en la comunidad cristiana— de carácter científico, técnico u organizativo, que la sociedad contemporánea realiza tanto en la promoción de la salud como en la prevención, curación y rehabilitación del enfermo. La acción evangelizadora no compete ni se contrapone a todo lo que, en ese esfuerzo, hay de humanizador y

liberador. Al contrario, el evangelio no hace sino promoverlo dando su sentido último y su acabamiento pleno a las aspiraciones más profundas de salud que se encierran en el ser humano.

Por otra parte, la tarea sanante de la comunidad cristiana, si se inspira en el primer Evangelizador, no está ligada a intereses ideológicos, políticos o económicos, lo cual permite promover de manera más libre y gratuita un servicio orientado realmente a la salud de la persona enferma.

La tarea sanante de la comunidad cristiana es una participación misteriosa pero real en el acontecimiento salvador de Cristo muerto y resucitado, fuente de vida y salud total para el hombre. Por ello, esta acción sanadora, lo mismo que la de Jesús, se realiza auténticamente y alcanza propiamente su objetivo cuando conduce al hombre a su salvación plena y a la alabanza de Dios.

En estos tiempos en que una determinada *salud* se ha convertido en la aspiración fundamental de los hombres y mujeres de hoy, sustituyendo y ocultando la salvación última, la aportación básica de «*la segunda evangelización*» consistiría, a mi juicio, en promover una salud integral, abierta a esa salvación plena a la que el hombre está llamado desde lo más hondo de su ser.

## LA AMBIGUA BÚSQUEDA DE SALUD DEL HOMBRE CONTEMPORÁNEO

Recuperar y acrecentar en las comunidades cristianas la conciencia de su misión evangelizadora en el campo de la salud no es tarea de un día, sino que exige una búsqueda creativa y constante. Tal vez, hemos de comenzar por ayudar a las comunidades a encontrar su lugar evangelizador y descubrir su tarea propia específica en estos momentos.

Para ello, es necesario que nos preguntemos, aunque sea de manera global, cuáles son los principales problemas y necesidades que están pidiendo una respuesta evangelizadora en el campo de la salud. Señalamos brevemente algunos:

### • *Exaltación de la salud y fomento de vida insana*

El hombre actual exalta el valor de la salud física y mental, y dedica toda clase de esfuerzos a prevenir y combatir las enfermedades, pero al mismo tiempo, está construyendo una sociedad donde no es fácil vivir de manera sana. Nunca ha estado la vida tan amenazada por el desequilibrio ecológico, la contaminación, el stress, los accidentes de tráfico, la drogadicción... Por otra parte, estamos fomentando un estilo de vida donde la falta de sentido, la carencia de valores, la masificación, la soledad, un cierto tipo de consumismo, la incomunicación, la imposibilidad de realizar un proyecto vital y tantas otras frustraciones impiden a las personas crecer y desarrollarse de manera sana.

### • *Una sociedad de sanos y para sanos*

La cultura actual valora al hombre sano, joven, fuerte, vigoroso. La misma promoción de la salud lleva con frecuencia a olvidar realidades tan humanas y decisivas como la enfermedad, el dolor, la vejez o la muerte. Se educa para la salud pero no se aprende en ningún lugar cuál es la manera más humana de enfrentarnos a la enfermedad o la muerte y qué sentido pueden tener en la vida de una persona.

### • *El olvido de la salud de los pobres*

Dentro de una sociedad estructurada globalmente no al servicio de los más necesitados sino de los más poderosos y privilegiados, es normal que el cuidado de la salud y la curación de la enfermedad no estén siempre al alcance de los más pobres e indefensos. Amplios sectores de enfermos pobres, ancianos, crónicos, drogadictos, disminuidos físicos o síquicos, enfermos de patología desagradable o sin interés sanitario quedan excluidos o marginados por una sociedad insensible a la salud de los pobres. Por otra parte, no hemos de olvidar que la salud del Primer Mundo se está desarrollando dentro de una sociedad que, en gran parte, progresa a costa de la miseria de ese Tercer Mundo donde millones de enfermos y hambrientos no pueden tener acceso a una vida más sana.

### • *Salud suministrada e irresponsabilidad personal*

El desarrollo de la medicina tecnificada ha sido tan arrollador que el hombre actual se ha ido acostumbrando a esperar prácticamente la salud de la técnica y de los médicos. A ellos hemos de acudir para que nos la suministren en los momentos críticos en que la vamos perdiendo. Mientras tanto, bastantes personas descuidan su propia salud de manera irresponsable. De manera semejante, el dolor se ha ido convirtiendo en un problema que ha de ser resuelto técnicamente, acudiendo a la intervención médica, los analgésicos, etc. Poco a poco, el hombre de hoy va olvidando lo que es enfrentarse al dolor. Cuando llega, lo único que sabe hacer es correr a suprimirlo. De esta manera se va incapacitando a asumir de manera responsable la vertiente doliente de la vida.

### • *Atención médica unilateral*

A pesar de los esfuerzos que se vienen haciendo en la línea de una medicina sicosomática más integral, el modelo médico dominante sigue ocupándose unilateralmente del enfermo sin atenderlo en su totalidad. Con frecuencia, la atención médica se reduce a reparar un cuerpo o un órgano, ignorando las diversas dimensiones de la persona enferma (dimensión espiritual, familiar, social, religiosa). Los enfermos quedan curados de una enfermedad, pero, tal vez, sin ser sanados interiormente ni encaminados hacia una vida más sana y saludable.

### • *Desarrollo de la asistencia técnica y deterioro de la relación con la persona enferma*

El desarrollo de la asistencia técnica al enfermo está creciendo de manera espectacular, pero, al mismo tiempo, va creando unas condiciones asistenciales donde se corre el riesgo de que la relación entre el cuidador y el enfermo sea cada vez más distante e instrumental y menos cálida, personal y humana. Crece la atención técnica a la enfermedad, pero se deteriora la acogida curadora a la persona enferma.

### • *Intervención técnica y necesidad de sentido ético*

El progreso de la tecnología permite hoy una intervención cada vez más eficaz y audaz en el origen de la vida, en su prolongación, en el alivio del dolor, etc., pero, al mismo tiempo, plantea problemas morales graves y complejos. Cuanto mayor es el poder técnico del hombre más se hace sentir la nece-

“La comunidad cristiana ha ido olvidando el valor fundamental que se encierra en la sanación del hombre como experiencia liberadora”

sidad de unos criterios éticos al servicio de una vida realmente humana.

#### • *El sentido último de la salud*

Por otra parte, hemos de preguntarnos cuál es hoy el sentido último de esta búsqueda de salud y el modelo de hombre que en ella se encierra. El hombre actual ansía vivir, cada vez más, cada vez mejor, cada vez más intensamente, pero ¿vivir para qué? Estamos más equipados que nunca para vivir una vida sana, pero ¿qué es un hombre sano? Resolvemos unos problemas sanitarios, pero generamos otros nuevos. Buscamos la salud pero creamos nuevos focos de enfermedad maltratando nuestro cuerpo y nuestro espíritu. Hemos hecho la vida más larga, pero también más vacía, más superficial y absurda. El hombre de hoy busca la salud pero siente necesidad de salvación.

### GRANDES LÍNEAS DE ACCIÓN EVANGELIZADORA

De manera general podemos decir que la tarea evangelizadora de la comunidad cristiana consiste fundamentalmente en difundir salud en medio de esta sociedad: una salud integral abierta a la salvación última. Promover una acción evangelizadora que encierre fuerza sanadora. Ser fuente de salud que interpele a los hombres y mujeres de hoy y les anuncie la salvación de Jesucristo. Señalemos algunas líneas de acción:

#### Promover una vida más sana

La comunidad cristiana está llamada a ser foco de salud en medio de la sociedad actual. Pero desde el comienzo hemos de recordar que para ello es indispensable que nos esforcemos por eliminar lo que hay de insano en el interior de la misma comunidad: en nuestra vivencia de la fe, en la relación con Dios, en la celebración de la salvación cristiana, en nuestras relaciones de fraternidad, en nuestro estilo de vida, en nuestro compromiso evangelizador. Sólo una comunidad sana puede ser *factor sanante*.

#### • *La fuerza sanante de la fe*

Nuestro primer esfuerzo ha de ser, tal vez, recuperar y desarrollar toda la fuerza sanadora que se encierra en la experiencia cristiana. La fe aporta, sobre todo, esta fuerza sanadora aportando sentido, curando las relaciones de la persona y proporcionando la base espiritual que permite un crecimiento sano.

- La falta de sentido es hoy una de las fuentes más importantes de enfermedad<sup>1</sup>. La persona que vive sin sentido corre el riesgo de caer en el vacío interior, la desorientación, la falta de identidad, la fragmentación. No puede crecer de manera sana. Por eso, cuando la comunidad cristia-

na va sembrando sentido desde la fe, está sembrando salud en el interior de las personas.

- Por otra parte, cuando la persona vive en una relación falsa e insana con Dios, consigo misma, con los demás y con las cosas, su vida entera queda falseada y desintegrada. No puede vivir de manera armoniosa y sana. La fe que contagia la comunidad puede ser entonces la fuerza que recomponga esas vidas y les ayude a vivir en la verdad, de manera sana y reconciliada con Dios, consigo mismos, con los demás y con la creación entera.
- Asimismo, cuando la persona se ve frustrada en sus aspiraciones y necesidades más profundas y queda privada de amor, perdón, acogida y esperanza, su vida no puede desarrollarse de manera sana y corre el riesgo de caer en el raquitismo, la ansiedad, el resentimiento, la culpabilidad malsana, la falta de autoestima, la autodestrucción<sup>2</sup>. La fe en el Dios de Jesucristo y en su amor incondicional puede entonces ofrecer la fuerza necesaria de sanación.

#### • *El aprendizaje de un estilo de vida evangélico y sano*

«Nuestro estilo de vida es el factor que más influye en nuestra salud»<sup>3</sup>. De ahí la importancia de promover y cultivar un estilo de vida sano.

Son bastantes los que ven en la moral cristiana un conjunto de leyes y preceptos que, en definitiva, nos impiden vivir la existencia de manera gozosa, intensa y feliz. La religión se convierte para ellos en un fastidio, un estorbo, algo que hace la vida más pesada y complicada de lo que ya es por sí misma.

A mi juicio, una de las tareas más saludable de la comunidad cristiana hoy es ayudar a descubrir que seguir a Cristo es la manera más acertada y más sana de vivir. La comunidad cristiana tiene que aprender a promover hoy el estilo de vida evangélico mostrando prácticamente que es el estilo de vida más sano y gratificante, el que puede conducir mejor a una autorrealización sana.

La acción catequética, los grupos diversos de jóvenes y adultos, las comunidades pueden y deben ser hoy un lugar de aprendizaje de un estilo de vida más sano y responsable.

#### • *La experiencia comunitaria, fuente de salud*

Una comunidad viva, capaz de acoger de manera cálida y atenta puede ser para muchas personas un apoyo indispensable para su salud. Esta acogida puede ser hoy una de las aportaciones más saludables que la comunidad cristiana puede ofrecer hoy a tantos hombres y mujeres perdidos en medio de una sociedad donde crece la incomunicación, la soledad, el anonimato, la agresividad.

Las relaciones fraternas en el interior de la comunidad, la celebración gozosa de la salvación, la vivencia del domingo cristiano a lo largo del año litúrgico, la oración comunitaria, la escucha de la Palabra de Dios «palabra de vida y vida abundante», son otras tantas experiencias cuya fuerza sanadora hemos de valorar y acrecentar. La experiencia comunitaria cuando es *amor compartido* es siempre experiencia sanante. Puede ser una de las fuerzas más grandes para un desarrollo humano sano.

Dentro de esa experiencia comunitaria, deberíamos destacar tal vez, por su especial importancia, la celebración de la

1. Ver las obras de V. FRANKL, sobre todo: *El hombre en busca de sentido* (Barcelona, 1982). *Ante el vacío existencial*. (Barcelona, 1986).

2. Ver A. H. MASLOW: *El hombre autorrealizado*. (Barcelona, 1986<sup>7</sup>).

3. Según J. MC GILVRAY, citado por B. HÄRING, en *La fe, fuente de salud* (Madrid, 1986), p. 138.

Eucaristía como alimento de vida espiritual y la celebración de la reconciliación en que el perdón de Dios cura de heridas, recuerdos y sentimientos de culpabilidad que pueden humillar y deprimir a la persona.

• *Compromiso por una vida más sana*

La comunidad cristiana ha de promover en su interior una actitud de compromiso por una vida más sana tanto en la vida individual de las personas como en la convivencia social. En la comunidad cristiana se ha de escuchar la llamada a comprometernos en la promoción de un comportamiento individual y colectivo más sano.

El campo es amplio: la lucha por unas condiciones de vida más saludables para todos (alimentación, vivienda, medio ambiente, seguridad en el trabajo y en la carretera...); logro de unas estructuras más humanas que promuevan el bienestar integral de las personas; cultivo de unas relaciones más sanas y cordiales; fomento de costumbres sanas en el estilo de vida, vacaciones, fin de semana, tiempo libre, descanso, alimentación, relación con la naturaleza, cuidado del cuerpo y del espíritu, etc.

**Promover la salud integral**

Una de las principales tareas de la comunidad cristiana en el campo de la salud es «proclamar y hacer visible la salvación en su totalidad»<sup>4</sup>; de otra manera, cultivar una salud integral capaz de abrir al hombre a su salvación total.

• *Evangelizar la cultura del cuerpo*

El año 1946, la OMS definía la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades». Desde entonces los esfuerzos por enriquecer este concepto se orientan a destacar el aspecto dinámico de la salud, su contenido positivo, la realización integral del hombre en todas sus dimensiones, etc.

B. Häring señala que «uno de los signos positivos de los tiempos es la sensación de hambre de totalidad» que se va suscitando en la búsqueda de la salud, aunque todavía es largo el camino a recorrer.

De hecho son hoy muchos los que cultivan y cuidan su salud corporal excluyendo otras dimensiones de la persona. Higiene corporal, deporte, gimnasia, control del peso, régimen adecuado, chequeo periódico, masaje, sauna, *footing*. Todo es poco para mantenerse en buena forma física.

Sin duda, los cristianos hemos de valorar y favorecer en su justa medida este redescubrimiento y cuidado del cuerpo que puede ayudar a las personas a crecer de manera más sana y armoniosa. Pero desde la actitud sanadora y salvadora que detectamos en Jesús, ocupado no sólo de curar cuerpos sino de sanar a las personas en su integridad, la comunidad cristiana se ha de situar decididamente en una búsqueda de salud más total.

La afirmación y el cuidado del cuerpo serán más positivos y humanizadores si recordamos que el cuerpo no es simplemente una máquina cuyo buen funcionamiento hemos de asegurar. No es algo vacío, privado de interioridad. Nosotros mismos somos cuerpo, materia viva donde crece y se expande el Espíritu de Dios que anima todo nuestro ser.

Los cristianos estamos llamados hoy a evangelizar esta moderna *cultura del cuerpo* promoviendo no sólo el vigor, la belleza y el bienestar corporal, sino también la salud afectiva, mental y espiritual.

El hombre de hoy necesita aprender a entrar en su propia interioridad para encontrarse consigo mismo y abrirse a Dios que es fuente de vida y salud plena. En este sentido, la comunidad cristiana debe hacer un esfuerzo para ayudar a las personas a cultivar su vida espiritual, hacer silencio interior, abrirse a la experiencia del Espíritu, verdadero *dador de vida*. Recordemos las palabras de A. Schweitzer: «Nos encontramos en plenitud cuando permitimos que trabaje en nosotros el médico que habita dentro de cada paciente»<sup>5</sup>.

• *Buscar la curación total*

En el proceso curativo sucede también algo semejante. La atención médica no se ocupa de la persona en su totalidad. La especialización y tecnificación de la medicina corren el riesgo de centrarse en el organismo enfermo pasando por alto dimensiones muy importantes de la persona enferma. Por otra parte, también se cae en este mismo pecado cuando la atención religiosa se preocupa de la *salus animae* olvidando el resto de las necesidades del enfermo.

Todos sabemos cómo, en la enfermedad, todo el mundo del enfermo queda afectado. La enfermedad provoca una ruptura de su mundo interior, la experiencia de la propia limitación, la interrupción de su proyecto personal, etc. Por otra parte, la relación con su entorno familiar, los amigos, el mundo laboral, su comunidad religiosa, etc., queda profundamente alterada. Al mismo tiempo, se suscitan preguntas e interrogantes nuevos sobre Dios y el sentido de la vida.

La acción evangelizadora ha de estar inspirada por una preocupación total por esa persona enferma. En una sociedad en que la asistencia médica se centra en la atención del organismo enfermo, la acción evangelizadora se ha de situar a un nivel más profundo e integral.

Hemos de buscar una sanación la más total posible de ese enfermo (el *shalom* judío). Acercarnos a él ayudándole a recuperarse en todas las dimensiones de su persona. Buscando que se reconcilie consigo mismo, con la vida y con Dios, que se cure de heridas pasadas, que se libere de cuanto le ha ido deteriorando y dañando, que recobre unas relaciones nuevas y más sanas con los demás, que se fortalezca su vida interior, que descubra un sentido nuevo a su vida.

A mi juicio, la comunidad cristiana ha de esforzarse hoy por hacer llegar al hombre enfermo todo aquello que la asistencia técnica no le ofrece pero que él necesita para sentirse realmente sanado.

• *Aportar sentido ético*

Los graves problemas éticos que hoy se plantean en el campo de la salud están exigiendo una reflexión constante por parte de la Iglesia que no puede desentenderse de la defensa y promoción de aquellos valores últimos del ser humano sin los cuales la vida quedaría deshumanizada.

No es éste el momento de hablar de la aportación tan delicada que la Iglesia ha de hacer hoy en el campo de la Bioética. Solamente recordar que la comunidad cristiana no puede ignorar que está llamada a orientar a profesionales, enfermos

4. B. HÄRING, o.c., p. 56.

5. Citado por B. HÄRING, o.c., p. 39.

y familiares en la toma de decisiones morales inspiradas en la fe cristiana.

### Cultivar una actitud sana ante el sufrimiento

En una sociedad que se preocupa tan intensamente por la salud, el bienestar y la felicidad, y se esfuerza por ignorar el dolor, el sufrimiento y, en general, la vertiente dolorosa de la vida, la comunidad cristiana tiene que saber cuál es la actitud sana que ha de promover si quiere evangelizar al hombre moderno.

Los cristianos seguimos hablando del sufrimiento de manera excesivamente genérica, sin precisar la diversidad de sufrimientos existentes ni las diferentes causas que los provocan ni la diferente postura evangélica a adoptar ante ellos. Sin embargo, difícilmente podrá hoy una comunidad cristiana comprometerse en *la segunda evangelización* si no adopta una postura claramente evangélica ante el sufrimiento humano.

#### • No buscar arbitrariamente el sufrimiento

Jesús no ama ni busca arbitrariamente el sufrimiento ni para él ni para los demás, como si el sufrimiento encerrara algo especialmente grato al Padre y Dios fuera un sádico a quien agrada más una vida de sufrimiento que una vida sana y feliz.

Es una equivocación que una comunidad cristiana invite a seguir más de cerca a Cristo buscando sufrir arbitrariamente y sin necesidad. Lo que agrada a Dios no es el sufrimiento sino la actitud con que una persona asume el sufrimiento exigido por el seguimiento fiel a Cristo.

Ante el sufrimiento propio o ajeno, no exigido por el seguimiento a Cristo, la actitud más sana y más evangelizadora es esforzarnos por evitarlo, suprimirlo o aliviarlo en la medida de lo posible.

#### Eliminar el sufrimiento innecesario

En Jesús no encontramos ese sufrimiento que hay tantas veces en nosotros, generado por nuestro propio pecado o nuestra manera equivocada e insana de vivir. Él no ha conocido los sufrimientos que nacen de la envidia, el resentimiento, el vacío interior, el apego egoísta a las cosas y las personas.

Hay, por tanto, en nuestras vidas un sufrimiento (según los expertos puede llegar en algunas personas al 90 % de su sufrimiento) que hemos de ir suprimiendo si queremos precisamente seguir a Cristo.

La eliminación de este sufrimiento es siempre fuente de salud. Las personas que sufren este sufrimiento innecesario hacen sufrir. Los resentidos crean en su entorno resentimiento. Los que están en conflicto consigo mismos siembran conflictividad. Los descontentos de sí mismos crean descontento.

#### • Quitar el sufrimiento de los demás

Jesús se compromete con todas sus fuerzas por hacer desaparecer de entre los hombres el sufrimiento. Por una parte, lucha contra el sufrimiento injusto y evitable, provocado por el pecado del hombre, esforzándose por eliminar el egoísmo, la injusticia, los abusos, la marginación y el mal encarnado en las costumbres, estructuras e instituciones.

Por otra parte, se esfuerza por mitigar en lo posible el do-

#### “Líneas de acción:

- Luchar por la salud de los pobres.
- Atención a los profesionales de la salud.
- Promover una relación personal curadora.
- Presencia inspirada por el amor”

lor y sufrimiento inevitables del ser humano (enfermedad, vejez, culpabilidad, muerte...).

La comunidad cristiana no puede ignorar a los que sufren. Al contrario, si quiere ser evangelizadora, su tarea será quitar sufrimiento de la vida de los hombres. La comunidad cristiana ha de recordar en medio de esta sociedad que «no hay derecho a ser feliz sin los demás ni contra los demás»<sup>6</sup>. La manera cristiana de buscar salud y felicidad es buscarla para todos.

#### • Sufrir por querer suprimir el sufrimiento

Cuando en su lucha contra el sufrimiento Jesús se encuentra con el rechazo, la persecución, la crucifixión, no los rehúe. Asume este sufrimiento en una actitud de fidelidad total al Padre y de servicio a los hombres.

Si Jesús va a la cruz no es porque desprecia la vida, sino porque la ha amado tanto que no ha querido consentir que sea disfrutada sólo por unos pocos privilegiados. No es porque menosprecia la felicidad sino porque la ha defendido y buscado para todos, incluso, los más pobres y olvidados. Jesús asume el sufrimiento no porque lo ama sino «para que cada vez sea más imposible que unos hombres crucifiquen a otros»<sup>7</sup>.

Eso es *tomar la cruz* de Cristo. Y ésa es la actitud que la comunidad cristiana ha de promover. Seguir a Cristo en su lucha contra el sufrimiento aceptando las consecuencias dolorosas que, sin duda, se seguirán de este seguimiento.

#### • Asumir el sufrimiento inevitable en comunión con el crucificado

En el interior del sufrimiento Jesús adopta una actitud que llena de contenido salvador su cruz: fidelidad total al Padre y servicio salvador a los hombres. El sufrimiento sigue siendo algo malo, pero precisamente por eso se convierte para Jesús en el lugar más auténtico, realista y expresivo para vivir en plenitud su comunión con el Padre y su solidaridad con los hombres.

Ésa es precisamente la actitud más humana y humanizadora que la comunidad cristiana ha de promover para ayudar al hombre actual a enfrentarse al dolor absurdo o al sufrimiento inevitable. El hombre doliente de hoy necesita ser liberado de posturas de rebelión que no hacen sino exasperar y deshumanizar su sufrimiento, posturas de ansiedad que destruyen su esperanza, posturas de aislamiento que lo repliegan estérilmente sobre sí mismo, posturas insanas de autocompasión que le impiden crecer.

A mi juicio, «la segunda evangelización» se vería en gran

6. R. LARRAÑETA: *Una moral de felicidad*. (Salamanca, 1979) p. 338.

7. L. BOFF: *Jesucristo y la liberación del hombre*. (Madrid, 1981), p. 440.

parte privada de su fuerza sanadora si ignorara esta acción evangelizadora y sanadora del sufrimiento humano.

### Evangelizar el proceso de curación

La comunidad cristiana ha de hacer presente la fuerza humanizadora y salvadora de Jesucristo en todo el proceso de curación. Curarse es una experiencia totalizante, capaz de liberar a la persona de su pasado dañado y de impulsarla a vivir y crecer de una manera renovada, más digna y más sana. Inspirándonos en Jesús, los cristianos hemos de recuperar hoy la curación como un lugar privilegiado de evangelización.

La comunidad creyente se ha de esforzar por hacer llegar su potencial de salud hasta los enfermos haciéndose presente en todo el proceso de curación para hacerlo más digno, más justo, más fraterno, más humano.

#### • Presencia inspirada por el amor

Esta presencia ha de estar inspirada y dinamizada por el amor. Esto es lo primero que la comunidad ha de introducir en el proceso de curación promovido en la sociedad actual. Un amor redentor y sanador. Amor que sana, construye y reconstruye al enfermo. Amor que no puede brotar de los aparatos e instrumental técnico ni pueden proporcionarlo las instituciones y estructuras médicas, ni nace espontáneamente del servicio profesional.

Este amor es el que puede difundir salud en todo el proceso (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social) ayudando al enfermo a vivir con sentido auténtico las diferentes etapas de su enfermedad, a luchar dignamente por su curación, a «decir sí a lo incurable» y a acercarse incluso a la muerte con una esperanza que no se verá defraudada.

#### • Al servicio de la persona enferma

El enfermo ha de ser siempre el centro de atención, cuidado y preocupación. Toda la dinámica sanitaria, las estructuras, la actuación, las iniciativas y proyectos han de estar a su servicio. La raíz más profunda de la *des-humanización* del mundo sanitario está en el olvido de la persona enferma como tal. Persona única, con su mundo, su historia, sus necesidades y aspiraciones, su debilidad y su esperanza.

La acción evangelizadora ha de enfrentarse y denunciar todo lo que es olvido, marginación, abuso, manipulación física o moral de ese enfermo. Promover todo lo que es atención integral, respeto, asistencia personal. Tratar de responder a todas las necesidades de ese ser humano.

El enfermo no necesita sólo asistencia médica. Necesita además ser sanado como persona. Ser ayudado en su mundo psicológico, en sus necesidades económicas, en sus problemas familiares. Ser atendido moral y espiritualmente.

A mi juicio, la acción evangelizadora se ha de preocupar de todo lo que ese enfermo no recibe actualmente de la asistencia médica y, sin embargo, necesita para enfrentarse con sentido y dignidad a la enfermedad, vivir de la manera más honda y rica posible su curación y, en su caso, acercarse a la muerte con esperanza.

#### • Promover una relación personal curadora

Una de las aportaciones evangélicas más importantes al proceso de curación puede ser hoy la lucha contra todo tipo de

cosificación o instrumentalización del enfermo y el impulso de una relación personal sana y sanadora con él.

La actuación de Jesús con los enfermos es una invitación urgente a promover este acercamiento curador al enfermo, hecho de atención personal, acogida respetuosa, desinteresada, cercana y gratuita, ofrecimiento de ayuda incondicional.

Las comunidades cristianas pueden ser hoy un factor decisivo para asegurar esa relación y ese entorno personal que el enfermo necesita para asumir su enfermedad con actitud positiva y colaborar activamente en su propia curación.

En esta línea, no hemos de olvidar el acercamiento a la familia del enfermo tan necesitada, con frecuencia, de atención y apoyo para que no cree, con su ansia, tensión y conflictividad, un clima nocivo en torno al enfermo, sino lo ayude de manera sana en el proceso de su enfermedad.

#### Atención a los profesionales de la salud

La comunidad cristiana ha de cuidar mucho más la atención a los profesionales de la salud tan desamparados y desasistidos a veces por ella. Esa lista larga de médicos, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, cuidadores de ancianos, crónicos y minusválidos... que constituyen, con frecuencia, todo un mundo de *terapeutas heridos* como los llama B. Häring<sup>8</sup>.

La comunidad cristiana tiene que aprender a reconocer y valorar mucho más la labor de estos hombres y mujeres, que trabajan tantas veces con generosidad y dedicación ejemplar en medio de condiciones difíciles.

A mi juicio, es poco e insuficiente lo que los profesionales creyentes reciben hoy de su comunidad cristiana. Por lo general, no hemos descubierto todavía las posibilidades evangelizadoras que se encierran en el trabajo del profesional sanitario y apenas les ayudamos a descubrir su vocación evangelizadora.

Estos profesionales necesitan mayor apoyo de las comunidades para educarse en una actitud más evangélica y evangelizadora en su trabajo, para colaborar en la humanización del servicio sanitario, para denunciar injusticias y abusos, para mejorar su atención integral al enfermo.

#### Luchar por la salud de los pobres

Una comunidad cristiana que quiera ser fiel a Jesucristo «enviado a evangelizar a los pobres» (Lc 4, 18) ha de preguntarse si su acción evangelizadora es *Buena Noticia* precisamente para los más pobres y marginados de la sociedad.

¿Cómo puede ser creíble nuestro mensaje de fraternidad si no se nos ve compartir los problemas y sufrimientos de los enfermos más pobres y desasistidos? ¿Qué evangelio se vive entre nosotros si no son ellos los primeros beneficiarios de la fuerza sanadora que tiene que difundir la comunidad cristiana?

La segunda evangelización no puede ignorar la salud de los pobres. También hoy tiene fuerza evangelizadora el ver que «los pobres son sanados» y que también a los marginados se les proporciona niveles más elevados de salud y bienestar.

Hace dos años en estas mismas Jornadas se sugerían algunas líneas de acción ante los enfermos más necesitados y desasistidos. No es el momento de repetir lo dicho, sino de recordar, tal vez, dos aspectos.

8. O.c., p. 105-125.



Luis Cazalla Puebla,  
un hombre entrañable en la Pastoral Sanitaria

## 4. «EL VER MENOS ME HIZO TENER LAS IDEAS MÁS CLARAS»

Presidente del Secretariado Diocesano de Pastoral Sanitaria de Córdoba

*No pocas veces la entrevista se le hace a un personaje. El personaje es una persona que, o bien por el cargo que ocupa o por la labor que desempeña, adquiere una especial relevancia. Es precisamente el cargo y la misión quienes confieren el interés a lo que esa persona nos cuenta.*

*Otras veces, muchas menos veces, la entrevista se le ha de hacer a una persona. Una persona que, indudablemente, también tiene cargos y desarrolla diversas misiones, pero no es ello lo que centra el interés del conocimiento del mismo.*

*Es, pura y llanamente, la riqueza de su personalidad lo que cautiva y lo que motiva el interés por sondear. Este es el caso de Luis Cazalla Puebla. Que sea Presidente del Secretariado de Pastoral Sanitaria de Córdoba es pura anécdota, aun cuando en el mismo haya concentrado, durante once años, toda su actividad, ilusión, trabajo y fe. La figura humana de nuestro hombre sobresale por encima de cualesquiera actividades pueda llevar a cabo con más o menos éxito.*

*Luis Cazalla Puebla es un cordobés que tiene en la actualidad 59 años. Cuando contaba 21 se enamoró de Ani y ambos acabaron pasando por la vicaría. Fruto de ese matrimonio nacieron seis hijos, cinco varones comprendidos entre los 30 y 23 años, y una preciosa mujercita de 14 años. Además, cuatro hermosas criaturas ya se dirigen a Luis con el tratamiento de abuelo.*

*Su actividad laboral comenzó a los 17 años en la fábrica de Transformados del Cobre en la que existía una plantilla de 5.000 trabajadores. Al mismo tiempo que desempeñaba su trabajo, Luis estudió Comercio. No había tiempo que perder.*



«A veces he sentido la tentación de pedir al Señor más luz»

*Promocionado por la misma fábrica, marchó en un primer momento a Barcelona, y posteriormente a Alemania para estudiar electrónica, llegando a obtener la titulación de Ingeniero Técnico Electrónico. Promoción que revertió copiosamente en la propia fábrica a la que ofreció 35 años de su trabajo. Luis es un hombre de fidelidades.*

*El año 1968 fue testigo de un acontecimiento que marcaría profundamente la vida de nuestro amigo. Un accidente laboral le quemó la mácula de los ojos. Trabajó todavía durante cuatro años en la fábrica, pero al final un tribunal de medicina laboral dictaminó una invalidez permanente absoluta. Luis, poco a poco, se iba quedando ciego. En 1969, el doctor Muñíos ya se lo había pronosticado: «dentro de diez años, cuando le hayan cicatrizado las heridas de la mácula, comenzará a tener problemas».*

*Actualmente, Luis es un hombre que apenas ve. Pero ello no significa que no pueda seguir implicado en una gran actividad apostólica al servicio de la Pastoral de la Salud de la diócesis de Córdoba. Un campo el del apostolado que no le viene de nuevo ni que ha aparecido como sucedáneo de una incapacidad laboral: «Cuando tenía 16 años ya comencé a desarrollar trabajo apostólico».*

*Su apostolado no nació precisamente en el mundo de los enfermos. Fue, una vez más, la propia enfermedad la que reclutó a Luis, para ser un apóstol en medio de los enfermos. Y, casualmente, no fue el accidente laboral que, a medio plazo, acabaría con su visión, sino una apendicitis que sufrió complicaciones. «Cuando yo cerraba los ojos y pensaba que no los volvería a abrir más, cada vez que volvía a abrirlos me encontraba a la cabecera de la cama siempre la misma cara, la de mi esposa Ani».*

*Ani... ¿Qué sería de Luis sin Ani a su lado? No lo sé, pero sí que Ani es una gran mujer para un gran hombre. Esposa, madre de seis hijos, secretaria para todo, guía para el camino... Cuando les veo juntos en todas las reuniones y congresos en los que la labor pastoral nos implica, los admiro con cierta sensación de sana envidia. Cuando los veo juntos creo en la pareja, creo en el matrimonio, creo en Ani y Luis, creo en el Amor.*

*Luis Cazalla Puebla es el Presidente del Secretariado de Pastoral Sanitaria de Córdoba. Para quienes le conocemos de cerca, él es el amigo, el padre, el ejemplo vivo de la bondad. Un hombre íntegro y un cristiano como la copa de un pino.*

*Por eso hemos querido traerlo a nuestras páginas precisamente cuando ellas intentan conjugar «la comunidad cristiana y los enfermos». Él es un laico, un miembro más de la comunidad cristiana de Córdoba, un hombre que se conoce a la perfección lo que es una comunidad cristiana, un movimiento cristiano... y lo que es... un enfermo.*

**L.H.** —*Luis, junto a esta biografía que podríamos llamar civil, cabalga tu biografía de hombre de fe. ¿Cómo es esta biografía?*

**L.C.** —Desde que tenía 16 años estoy trabajando en el apostolado. Siempre me preocuparon intensamente las personas: cómo vivían, cómo había que preocuparse de ellas y qué había que hacer.

No cabe duda de que en este apostolado Ani me ayudó enormemente, incluso cuando ya estábamos casados... Bueno, llegó un momento, cuando yo tenía 19 años, que sentí vocación religiosa. Estuve en el noviciado de los Jesuitas durante 14 meses. Pedí un permiso especial en la fábrica y me lo dieron, pero volví otra vez al seno familiar. Continué trabajando.

Me dediqué intensamente al apostolado, a todo lo que fuese necesario dentro del mismo. Yo no pensaba en ese momento en los enfermos, esa es la verdad; pensaba más en las comunidades, en las parroquias, en las fábricas mismas en cuyo interior yo quería hacer apostolado.

Tuve la oportunidad de poder ir a la Gran Misión a América. Ya estaba casado y con dos hijos, y entonces estuve en América dos meses. Me dieron permiso, una vez más, en la fábrica. Recorrimos toda Colombia: desde Cartagena de Indias hasta Bucaramanga, Cádiz, Medellín, Bogotá. Fuimos 7 seglares los que estuvimos allí. Después continué trabajando: no dejé nunca de trabajar.

Fui a cursillos de Cristiandad en el año 58, ya casado. Haré ya 31 años que hice el cursillo con el Fundador de los mismos, Juan Capó Boix, que fue quien leyó los 7 seglares que quiso que fueran con él. Volví de Colombia y seguí con mi apostolado, dentro y fuera de Cursillos.

**L.H.** —*¿Y es aquí cuando la enfermedad te visita de nuevo y te marca de una forma especial, no, Luis?*

**L.C.** —Sí, ingresé en un hospital con una apendicitis que se complicó enormemente. Hice una peritonitis y estuve tres meses en el hospital. Esta experiencia me hizo pensar en la forma de atender al enfermo.

---

“Siempre me preocuparon intensamente las personas”

“Cuando tenía 19 años creí sentir la vocación religiosa”

“Trabajar en Pastoral de la Salud es un regalo que se me hizo y que yo acepté”

---

Estuve al borde de la muerte. Lo pasé muy mal, pero hubo una cosa que me sorprendió enormemente: cuando yo cerraba los ojos y pensaba que no los volvería a abrir más, cada vez que volvía a abrirlos me encontraba a la cabecera de la cama siempre la misma cara, la de mi esposa. Entonces

yo entendí, desde ahí, el amor al enfermo de una manera totalmente distinta a como me estaban tratando en el hospital. Lo vi de otra forma. De una persona que delante de una piltrafa de hombre, que prácticamente ya estaba muriendo y que no tenía nada que hacer, y sin embargo no faltó ni un solo día de los tres meses de situación grave que pasé en el hospital.

“Tres meses en un hospital me descubrió otra forma de atender al enfermo”

“Encontrándome más débil como hombre, me sentía más fuerte y cercano a Dios”

Esto me hizo pensar que el enfermo necesita un trato distinto, porque yo tuve la oportunidad de comprobar cómo el amor de una mujer me hacía ver las cosas de otra manera, desde otro punto de vista, desde otra dimensión. Yo sabía que alguien me quería y detrás de este rostro de mujer me daba la impresión que yo estaba viendo a Dios. Yo veía que Dios estaba tomando el rostro de mi esposa que me amaba, que me quería y que me esperaba.

Entonces, cuando gracias a Dios me puse bien, vi desde otra dimensión al mundo del enfermo.

Al año de salir del hospital, hubo unas jornadas de Pastoral Sanitaria en Córdoba en la que entre otros ponentes estuvo José Luis Redrado, y también don Javier Osés, y entonces me complicaron de tal manera que yo entendí que ése era mi verdadero apostolado: dedicarme a los enfermos que tanta ayuda necesitaban de los demás. A partir de ahí fue cuando ya me dediqué a la Pastoral Sanitaria. Era el año 1980.

**L.H.** — *O sea que, cronológicamente, ésta fue la verdadera experiencia que te puso en contacto con la Pastoral de la Salud...*

**L.C.** — Sí. En el año 1968 fue el accidente laboral que afectó mi vista. En el año 1978, el mismo día en que murió Juan Pablo I, el 29 de septiembre de 1978, yo ingresé en el hospital por la apendicitis ya mencionada, y ahí fue cuando se me agudizó el problema de la vista. Perdí mucha visión. Fue cuando empecé a darme cuenta de lo que me había dicho el doctor Muño, 10 años antes. Así que se me juntaron las dos cosas a la vez.

**L.H.** — *Luis, tú que has sido un hombre volcado a todo este trabajo del apostolado en diferentes campos, ¿qué te aportó el hecho de tu enfermedad? ¿Qué significó para ti, específicamente, el quedar en aquella situación tan especial de la apendicitis complicada con peritonitis y la paulatina pérdida de visión?*

**L.C.** — Para mí lo fundamental fue que, encontrándome más débil como hombre, yo me sentía más fuerte y más cercano a Dios; que siendo un hombre débil, yo veía de una manera totalmente distinta; que, a medida que perdía visión, yo me iba dando cuenta, es verdad, que necesitaba más ayu-



«Tuve la oportunidad de comprobar cómo el amor de mi mujer me hacía ver las cosas de otra manera, desde otro punto de vista, desde otra dimensión»

da, pero que tenía mucha más ayuda de la que yo podía necesitar.

Me aportó, quizás, el ver menos, el ver con más oscuridad, pero el tener las ideas mucho más claras; el ver con más profundidad la dimensión del amor de Dios; el ver también a las personas de una manera totalmente distinta al sentir cómo me ayudaban y se preocupaban por mí. Yo descubrí mucho. Cuando yo creía que me encontraba muy solo siempre encontraba ayuda, y desde luego qué duda cabe, la ayuda fundamental fue la de Ani. Ani fue verdaderamente para mí el espolón que me hizo ver con claridad cómo tenía que dedicarme a los enfermos.

Muchas veces yo he sentido el peso de que no podía seguir adelante, y sin embargo he recibido siempre la luz de que hay que seguir, de que tienes que seguir.

**L.H.** — *Luis, a nivel personal, dentro de tus momentos íntimos, ¿cuántas veces has dicho, al igual que el ciego del camino de Jericó, «¡Señor, que vea!»? ¿Cuántas veces has querido tentar el poder milagroso de Dios de que te devolviera la vista?*

**L.C.** — La verdad es que no se me ha ocurrido nunca decirle al Señor que vea. Lo que sí le he pedido muchas veces al Señor es que no deje de ver.

En esto tengo que decir, también, que he tenido una suerte portentosa, porque a veces, cuando me he sentido más flaco, más debilitado, he tenido la suerte de que una buena amiga,



«Para mí, Ani ha sido el pilar fundamental de mi vida»

Vicenta Herráez, invidente ella y volcada también en la Pastoral de la Salud, me ha llamado por teléfono y me ha ayudado enormemente. Me ha ayudado muchísimo, sobre todo a que viera mejor.

Sin embargo, sí tengo que decirte que a veces he sentido la tentación de pedir más luz. Pese a todo, el Señor me ha hecho ver de una forma tan distinta que jamás se me ha ocurrido pedirle: «¡Señor, que vea!»; sí que le digo: «Señor, que vea mejor con mi interior, que te conozca mejor y que te vea mejor a ti». Eso es lo que más me ha interesado, pero sobre todo que con esto pudiera descubrir, ver mucho mejor al hombre enfermo, al hombre que está sufriendo mucho más que yo.

**L.H.** —Luis, ¿y cómo se ve el mundo, nuestro mundo, desde tu situación personal?

**L.C.** —Posiblemente lo veré de distinta manera, pero creo que no cambia mucho de como lo ven también los demás: un mundo especial, un mundo que busca la salud, el gozo, la alegría... Sin embargo, lo veo necesitado de hombres que sean capaces de darse a esos mismos hombres. Veo al mundo que va buscando a Dios, de manera consciente o inconsciente, pero que lo está buscando. Y deberíamos de ser nosotros

esa plataforma desde la que ellos pudieran descubrir a Dios. Veo al mundo deseoso de encontrar a Dios, pero también lo veo falto de hombres que sean capaces de manifestar a Dios con su afecto, con su manera de actuar, con su manera de ser, con su manera de pensar, pero, sobre todo, con su manera de hacer.

**L.H.** —¿Cómo te sientes frente a los otros, frente a los que ven, o decimos ver?

**L.C.** —Yo me siento más o menos igual que los demás. Veo un poco menos, pero como siempre tengo la ayuda de los demás... A veces me siento menos ciego que los demás porque tengo demasiada ayuda, y pienso por tanto que veo exactamente igual que ellos. No tengo que esperar muchas veces a preguntar, sino que antes de hacerlo, entrañablemente, me lo comunican y quizá tenga una visión anterior a otros.

**L.H.** —Remarcada ya suficientemente la importancia de Ani en tu vida, es casi seguro que otras personas han significado también mucho para ti...

**L.C.** —¡Qué duda cabe que también mis hijos han influido, independientemente de Ani!: el tratar con ellos, el poder vivir su propia historia. Para mí, Ani ha sido el pilar fundamental.

---

“Mi primer valor es la entrega a Dios... y a los hombres”

“Veo al mundo necesitado de hombres capaces de darse a esos mismos hombres”

“Dios nunca es oscuridad”

---

Ha influido mucho en mi vida Juan Capó Boix, fundador de los Cursos de Cristiandad, que me ayudó muchísimo a saber ir adelante, a tratar con las personas, sobre todo a tener una relación intensa con ellas.

Mis hijos me han ayudado también bastante; la vida de mis hijos me ha ayudado.

También me ayudó mucho el contacto que tuve con los Jesuitas, que ha hecho que desde entonces, yo tenía 20 años, a mí no me faltó ni un solo día una hora de oración. Eso para mí ha sido importantísimo.

Por otro lado he conocido gente maravillosa dentro de la Pastoral Sanitaria. No quisiera dar nombres para no herir a nadie, pero he encontrado personas que realmente, en mi vida, han llegado a formar parte de mi propia familia de tal forma que mis hijos los consideran a ellos su propia familia.

**L.H.** —¿Cuál es tu jerarquía de valores, Luis?

**L.C.** —En primer lugar, la entrega a Dios. Entrega total que es imposible si no hay, al mismo tiempo, una entrega a

los hombres: la entrega a Dios a través del hombre, reflejo del mismo Dios.

En segundo lugar, me cuesta clasificar porque me parece que están en el mismo orden, la oración; y en tercer lugar yo diría, que para mí, lo más importante es dedicarme por entero a aquellas personas que están sufriendo.

**L.H.** —¿Y los defectos que más detestas tanto en ti mismo como en los demás?

**L.C.** —Me cuesta más ver los defectos de los demás que los míos. A veces, mi inconstancia. También suele ser muy grave, y me lo tienen que curar constantemente, es que me suelo venir abajo cuando veo que cada día voy perdiendo muchísima más visión; y en tercer lugar el no entregarme todo lo que yo creo que me podría entregar. Con todo lo que me rodea y con toda la ayuda que tengo en mi familia, tendría que volar mucho más alto.

**L.H.** —Luis, déjame que fuerce tu capacidad de síntesis. En pocas palabras, ¿qué es Ani para ti?

**L.C.** —Ani significa prácticamente todo en mi vida. Sin ella estoy seguro que no hubiera podido llegar adonde he llegado. Creo que es suficiente.

**L.H.** —Una de las imágenes que más nos representa a Dios es la luz. ¿Qué registros interiores toca en ti la misma?

**L.C.** —Para mí, Dios es la luz que es capaz de moverme, capaz de entusiasmarme y sobre todo que es capaz de hacer que yo vaya adelante. Dios es la Luz completa; no me importa ver menos sino que yo tenga la sensación de que Dios está dentro de mí.

“Cuando una comunidad se acerca a un enfermo, éste no lo olvida jamás”

“El enfermo puede aportar a la comunidad cristiana su propia experiencia de la enfermedad”

“Es urgente realizar una segunda evangelización en España”

Dios es la luz total, es lo que hace que yo pueda moverme, que yo pueda hacer, que yo pueda sentirme alegre. Dios lo es todo. Dios nunca es oscuridad. Si acaso, se pone oscuro algunas veces pero es, posiblemente, para volver a ver la luz después con mayor intensidad.

**L.H.** —Dicen que los invidentes agudizan más los otros sentidos. Tal vez la imagen de Dios, como luz, en ti podría sustituirse por la del tacto: el brazo o la mano de Ani que te lleva, que te acompaña, que te guía...



«He conocido a gente maravillosa dentro de la Pastoral Sanitaria»

**L.C.** —Qué duda cabe, Miguel, que Dios es todo lo que te rodea, y en este caso concreto, pues, has dado en la clave. Llevas toda la razón. Dios se convierte en tu mano, que es la mano de tu esposa. Dios se convierte en quien te guía, que es tu esposa. Dios se convierte en aquellos amigos que te ayudan, que te alientan. Dios es todo esto. Dios es la voz del amor que se hace visible en cada una de las personas que te van elevando, que te van ayudando, con las que vas caminando. Dios es el mismo camino; y recuerda aquello que decía el poeta: «se hace camino al andar».

Dios, muchas veces, es aquella persona que se te acerca como también decía Lope de Vega: «qué tengo yo, Señor, que mi amistad procuras». Da la impresión de que las personas que se te acercan te van transparentando a Dios, te van ayudando a caminar, te van ayudando a hacer y, muchas veces, lo que eres te das cuenta que lo eres a través de las personas, personas que van transportando a Dios para depositarlo en ti, claro.

**L.H.** —Ya es un hito, Luis, el que un laico desempeñe un ministerio tan significativo dentro de la Iglesia diocesana. Si, además, se padece una minusvalía tan acusada como la tuya, ya se pasa al ámbito de lo histórico...

**L.C.** —Pienso que fue un regalo que se me hizo y yo lo acepté. La verdad es que me ayudaron muchísimo y entonces lo pude asumir. Pensé, al principio, que me iba a costar muchísimo llevarlo adelante; sin embargo, con la ayuda de los demás fue posible hacerlo.



«Dios estaba tomando el rostro de mi esposa que me amaba y me esperaba»

Me siento mucho más responsable, qué duda cabe, al ver que es mucha la responsabilidad y cuánto se ha de hacer, pero sin embargo, con la ayuda de los demás, repito, yo no siento en absoluto que me falte nada. Son los demás los que realmente me están ayudando y los que lo están haciendo. Yo lo asumí así, lo acepté así y desde luego estoy contentísimo con ello.

**L.H.** —¿Y cómo te las arreglas, Luis, para sacar adelante el poco o mucho trabajo burocrático que siempre se genera en un puesto como el tuyo?

**L.C.** —Es la ayuda de Dios, de la que hemos hablado antes.

Cuando yo recibo una carta, Ani me la lee, la grabo en el casete y, después, yo la oigo 4 o 5 veces. Cuando hay que contestar es, normalmente, Ani quien lo hace. Yo le dicto, incluso ella corrige la carta, y entre los dos lo vamos haciendo.

Tengo esa mano de Dios que es Ani, que es la que me ayuda en todo; y, desde luego, lo que sí es verdad es que utilizo enormemente el teléfono. Esto también es un valor de Ani porque acepta el tener que pagar el teléfono mensual que son unas 25.000 o 26.000 ptas. A veces yo mismo me atrevo a escribir a máquina. Luego Ani lo corrige porque, lógicamente, me equivoco muchísimo.

**L.H.** —¿Cómo valoras lo realizado hasta ahora al frente del Secretariado Diocesano de Pastoral Sanitaria de Córdoba?

**L.C.** —Pienso, desde luego, que se podría haber hecho mucho más. Sin embargo, hay una comunidad joven, de médicos jóvenes, de diplomados de enfermería integrados en este ministerio. Hoy creo que no hay ni una sola parroquia, aquí en Córdoba, que no conozca la Pastoral Sanitaria.

Creo que sí, que nos hemos movido bastante; ha habido

una seria renovación de la Pastoral Sanitaria en las parroquias de Córdoba.

**L.H.** —¿Cómo empezó a constituirse esta experiencia comunitaria diocesana en Córdoba?

**L.C.** —Lo primero que hicimos fue que nos dedicamos un año completo, antes de formar el Secretariado incluso, a conocer qué es lo que había de verdad para los enfermos en toda la Diócesis de Córdoba. Conocimos diversas comunidades, y una vez que durante este año vimos todo lo que había, entonces, a partir de ahí, fue cuando formamos el Secretariado.

El Secretariado se formó contando con las distintas comunidades ya existentes: con fraternidad cristiana e incluso con el departamento que había en la Pastoral de acólitos. A partir de ahí fue cuando empezamos a formar el Secretariado.

**L.H.** —Estamos hablando de un proceso que por lo menos, por lo que a ti se refiere, comenzó hace aproximadamente 9 o 10 años. Indudablemente todo proceso de constitución de una comunidad lleva consigo dificultades, tropezones, a veces incluso errores; ¿Puedes decir algo a este respecto?

**L.C.** —Sí. Nos equivocamos muchísimas veces y tuvimos que dar marcha atrás, claro que sí, y qué duda cabe que a través de los errores fuimos aprendiendo. Nos costó muchísimo trabajo.

Nadie quería salir de su capilla particular. Entonces fuimos haciendo ver que nosotros no queríamos entrar a quitarle a nadie nada, sino simplemente que lo que pretendíamos era ayudar en la asistencia integral al enfermo; es decir, en ese descubrimiento del hombre que está sufriendo. Que nos parecía que no sólo se trata de sanar enfermedades sino de sanar a toda la persona en su integridad. Esto fue lo que



«Cuando yo creía que me encontraba muy solo, siempre encontraba ayuda y, desde luego, la ayuda fundamental fue la de Ani»

quizá convenció más a estas comunidades cristianas, y entonces prestaron todo su apoyo; no todo, tal vez, el que hubiéramos necesitado, pero, al menos, el suficiente para seguir adelante.

**L.H.** —*Cuando hablas de nosotros, aparte de ti te refieres a más gente...*

**L.C.** —Por supuesto que sí. En primer lugar, a quienes forman parte del Secretariado. No cabe duda que el Delegado ha prestado una gran ayuda para que esto vaya adelante dentro de los hospitales. También las comunidades cristianas que nos han apoyado, a las Parroquias en concreto. Hay algunas Parroquias que han hecho cosas verdaderamente entrañables.

Entre las personas que forman parte del Secretariado concretamente, ha habido médicos, diplomados de enfermería, profesionales de la salud, y también ha habido seglares, que no son profesionales de la salud pero que se han dedicado entrañablemente a ayudar a formar el Secretariado.

**L.H.** —*Luis, ¿cómo ven inicialmente los sanos y los agentes de la pastoral de la salud sanos el hecho de que el Presidente del Secretariado, de que quien les va a hablar, va a dirigir, va a organizar es un invidente?*

**L.C.** —A veces, puede parecer increíble, pero como nosotros tenemos la facultad de oír mejor que nadie, notamos al comienzo que el silencio es sepulcral y, desde luego, lo aceptan con una caridad enorme. Me prestan una entrañable acogida y además ellos me han demostrado después que les agradaba que una persona así les hable. Parece que no, pero les abre más el corazón, se hace más cercano y a veces, en el diálogo que pueda haber en algunas de las charlas o en alguna de las ponencias o en cualquier conferencia, el diálogo se ve

que es entrañable, que es mucho más cercano y que me preguntan cosas que posiblemente a una persona en un estado normal de salud no se lo preguntarían.

**L.H.** —*Entramos un poco en el tema de este año del día del enfermo. ¿Tú crees que los enfermos son, sois acogidos tal como corresponde en la Comunidad de Jesús, de la misma forma que Jesús acogió en su comunidad a los enfermos que hubo en su tiempo?*

**L.C.** —Pienso que en los diez años que yo llevo en la Pastoral Sanitaria, esto ha cambiado bastante y desde luego, si lo miramos desde la perspectiva de unos años atrás, yo diría que hoy se acoge bastante mejor.

Desde luego, la Pastoral Sanitaria quizá sea una de las Pastorales más recientes dentro de España, pero sin embargo va avanzando, muy lentamente pero sin dar un paso hacia atrás. Creo que nos acogen bastante bien a los enfermos y pienso que cada día se va creando una conciencia más clara en este sentido.

Sin embargo yo no puedo dejar de pensar en que estamos viviendo un problema a nivel de todas las diócesis españolas: es urgente realizar una segunda evangelización, evangelización que tiene que realizarse en una Iglesia de Cristiandad para convertirla en una Iglesia de misión y de fe, en una Iglesia evangelizada y evangelizadora. Y me pregunto: ¿quién es el que pone el cascabel al gato en este sentido?, ¿cómo se evangeliza?

Estamos realizando el primer anuncio. Estamos colocando el carisma, qué es lo que hace falta dentro de las comunidades; de qué manera tendríamos que trabajar, cómo lo tendríamos que hacer. Tendríamos que pensarlo muy seriamente, porque considero que es una de las cosas fundamentales a clarificar para que las personas puedan situarse como realmente evangelizadas y evangelizadoras.

**L.H.** —Desde tu experiencia personal está clara la necesidad que tienes del otro —de esa entrañable «otra» que es Ani—. Pero ¿sientes, percibes también la necesidad de ese otro comunitario, de una comunidad de fe?

**L.C.** —No solamente he llegado a sentirlo sino que hay una cosa, Miguel, que es fundamental; he sentido que cuando una comunidad se acerca a ti, eso el enfermo no lo olvida nunca. Cuando la comunidad se acerca, el enfermo lo recordará para siempre. Es algo entrañable.

Recuerdo, concretamente en la última operación que padecí, a una Diplomada de Enfermería que me atendió. Lo hacía de tal manera, que a mí no se me olvidó jamás. Luego hubo una religiosa, una Hija de la Caridad, que también me atendió extraordinariamente. Es más, los compañeros que estaban en la habitación decían que éstas son distintas a las demás. Después descubrí que eran cristianas comprometidas. Cuando se formó el Secretariado, esta Diplomada de Enfermería fue la secretaria, la primera secretaria seglar que tuvo el Secretariado; y de tal manera la enseñamos a rezar que hoy está en un convento de clausura.

**L.H.** —Son diez los años que llevas en el mundo de la Pastoral Sanitaria. ¿Cómo analizarías el camino recorrido por dicha Pastoral a lo largo de este tiempo?

**L.C.** —Yo diría que el cambio ha sido radical y profundo. Cuando yo vine (fui el primer seglar que llegó a Pastoral Sanitaria), me encontré sin nada a mi alrededor.

El paso ha sido gigantesco, dado que nos ha tocado vivir unos tiempos difíciles, unos tiempos con fuerte tendencia anticristiana. Pienso que hemos avanzado bastante, sobre todo en el campo de los profesionales de la salud y en el movimiento de Pastoral Sanitaria en la Parroquia.

Creo que ha sido un paso bastante intenso, pero sobre todo se ha dado algo que necesita toda nuestra Iglesia, como es la cercanía entre los sacerdotes y los seglares.

**L.H.** —Luis, ¿qué podéis aportar los enfermos a la comunidad cristiana?

**L.C.** —En primer lugar nuestra experiencia de enfermedad: cómo nuestra visión es totalmente distinta a la de los sanos, cómo se puede vivir la misma enfermedad. Podemos aportar la experiencia de cómo vivimos y cómo, además, lo que se hace con nosotros, los enfermos, lo agradecemos entrañablemente.

Qué duda cabe que siempre nos preguntamos: «pero bueno, ¿por qué esto lo hacen así?», y llegamos siempre a la misma conclusión: «no cabe duda, es porque Jesús está viviendo dentro de su Iglesia».

¿Qué más podemos nosotros aportar? Pues podemos aportar nuestra experiencia y ayudar a la comunidad a tener mayor cercanía con el enfermo, que es la que nos falta para entendernos con mayor claridad.

**L.H.** —¿Qué ha significado el hecho de estar tú dentro de la Pastoral de la Salud, en tu vida de fe, familiar con Ani, qué ha significado? ¿Sería la misma, tu vida de fe, siendo por

supuesto vida de fe hoy, si hubieras pasado por este cedazo de la Pastoral de la Salud, o tendría otro color?

**L.C.** —¡Qué duda cabe que es un color distinto el que se ve desde la experiencia de la enfermedad! Para mí ha significado el poder descubrir a Dios más intensamente a través de ella, sobre todo porque cuando lo he necesitado, lo he tenido a mi lado. Me encuentro bastante más cercano a Dios.

Esta experiencia me ha hecho ver un mundo distinto: un mundo que sufre y que yo comprendo algo de ese sufrimiento; me ha hecho comprender mejor a los enfermos. Por supuesto que ha cambiado bastante mi vida, pero es un cambio que me ha acercado mucho más intensamente a Dios.

**L.H.** —Me he enterado, Luis, que esta Semana Santa pasada estuviste en la cárcel de Córdoba dando una charla a los presos...

**L.C.** —Sí, es cierto. Los presos deseaban, y así se lo pidieron a un grupo de seglares que iban a visitarlos semanalmente, que alguien les explicara quién era ese Jesús de Nazareth que celebraban en la Semana Santa; que alguien les pudiera explicar exactamente quién era, cómo era, de qué manera vivía. Entonces me invitaron a mí. Yo pasé muchísimo miedo al principio... Allí había enfermos de sida, drogadictos, había quienes tenían penas máximas de 30 años, pues tenían a sus espaldas algún asesinato... Pero me invitaron y fui.

Y me quedé totalmente sorprendido. Qué duda cabe que yo, antes de ir, pasé por todos los conventos de religiosas a rezar; que pidieran por mí. Me quedé sorprendido porque me aceptaron extraordinariamente; y es que cuando se desnuda a Jesús de Nazareth y se le sitúa tal como fue, cómo vivió, de qué manera entrañable se acercó a los hombres, cómo vivía más cercano a aquellos que más le necesitaban, cómo se preocupaba de las cosas pequeñas...

Cuando ellos vieron y descubrieron a Jesús de Nazareth, respondieron de una manera increíble. Yo, que no esperaba diálogo de ninguna clase, tuve que mantenerlo durante más de tres cuartos de hora, e incluso llegaron a preguntarme qué tenían que hacer ellos en la cárcel para vivir cristianamente, para vivir unidos sin traicionarse, como se traicionaban, cada día uno a otro. Pidieron, incluso, a ver si yo no tenía inconveniente que de vez en cuando fuera a visitarles. Por supuesto, yo les dije que, cuando me necesitaran, no tenían más que llamarme.

**L.H.** —¿Quién es Dios para ti?

**L.C.** —Para mí lo es todo. Es el Padre entrañable que me ha creado y que me está esperando.

**L.H.** —¿Y Jesús?

**L.C.** —Jesús, un hermano que me envió el Padre para que yo supiera cómo tenía que vivir.

**L.H.** —Ani nos ha acompañado durante nuestro diálogo; a veces sonreía, a veces afirmaba con su cabeza, a veces puntualizaba sobre todo cuando se trataba de ubicar en el tiem-

po las fechas... es la memoria de Luis. Ahora queremos que tú nos respondas, Ani, ¿qué es lo que más admiras de Luis?

Ani —Pues su fe y su convencimiento. Es que lo vive y lo siente. Es, sobre todo, un hombre de fe, de fe profunda.

L.H. —Ani, ¿es difícil ir asumiendo la paulatina minusvalía visual de tu esposo?

Ani —Yo soy muy feliz así.

L.H. —¿Has descubierto en Luis, a medida que pierde la visión, otro tipo de conocimiento en vosotros, otro tipo de crecimiento en vuestro matrimonio?

Ani —Pues sí, yo creo que es un hombre de fe profunda pero cada vez lo veo más recio en sus convicciones y más agarrado a esa fe.

Luis es un hombre «entrañable». Ése es el vocablo que con mayor frecuencia ha repetido a lo largo de la entrevista.

Y es el que mejor recoge su persona.

Por eso Luis no piensa sentar cátedra ni con su palabra ni con su experiencia narrada. Él la desgrana tan sencillamente como la vive en la realidad, sin estridencias, sin ambages ni florituras.

A veces se ríe de sí mismo, lo que nos da una idea de su madurez y sentido del humor.

Estoy seguro que cuando me lea —o mejor, cuando Ani le lea la entrevista—, con su voz grave y su acento inconfundible andaluz, exclamará: «Chiquilla, ¿no se ha "pasao" un pelín este Miguelillo?».

Es probable, Luis. Y que conste que no lo he pretendido. Pero, en todo caso, dejemos el juicio a quienes te conocen.

Con Luis Cazalla al habla el tiempo no corre, vuela. Como buen andaluz, es un hombre de fácil palabra pero, sobre todo, es un hombre de gran corazón.

Jesús Conde Herranz  
y Miguel Martín Rodrigo

Fotografía: EDSAP

## LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS TIENE UN NUEVO SANTO



# San Ricardo Pampuri

- \* El pasado 1 de noviembre de 1989, Juan Pablo II canonizó, en ceremonia celebrada en la Plaza de San Pedro del Vaticano, a un Hermano de San Juan de Dios: San Ricardo Pampuri.
- \* Nacido en Trivolzio (Pavía) el 2 de agosto de 1897, Ricardo Pampuri se licencia en Medicina y Cirugía por la Universidad de Pavía.
- \* Ejerció como médico rural en Morimondo desde 1922 hasta su ingreso en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en la que hizo su profesión religiosa el 24 de octubre de 1928.
- \* Murió el 1.º de mayo de 1930, cuando contaba 33 años, en el Hospital «San Giuseppe», de Milán.



# 5. ANÁLISIS SOCIOLÓGICO-PASTORAL DE NUESTRAS COMUNIDADES CRISTIANAS

desde la perspectiva de su acción evangelizadora en el campo de la salud

**Miguel Payà Andrés**

Secretario de la Comisión Episcopal de Pastoral

*También la pastoral sanitaria, viene a decirnos Miguel Payà, necesita apoyarse en las nuevas y actuales técnicas sociales y estadísticas para hacer de su labor eclesial una acción evangélica eficaz.*

*La actividad de la pastoral sanitaria se desarrolla en sectores específicos de la sociedad y sobre personas y grupos sometidos a situaciones conflictivas emocionales y alienantes, que requieren un tratamiento singular y unos conocimientos y dinámicas pastorales precisas y concretas.*

*El autor, desde la visión amplia que le concede su responsabilidad como Director Nacional de Pastoral, expone de manera clara y concisa los elementos humanos que por medio de organismos e instituciones, y aun individualmente, intervienen en la pastoral sanitaria, y las acciones que se deben emprender a todos los niveles, especialmente desde aquel que constituye el núcleo eclesial comunitario más cercano, como es la parroquia y sus componentes.*



## INTRODUCCIÓN

### Las fuentes de nuestro análisis

Hoy podemos decir que contamos con un diagnóstico bastante fiable de la situación de la pastoral sanitaria en las comunidades cristianas de España.

La base más importante para realizar este diagnóstico la constituyen dos importantes encuestas realizadas en el curso 1987-1988. La primera, que llevaba por título «Cuestionario sobre la pastoral de enfermos en las parroquias», fue efectuada por la Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial, dependiendo del Departamento de Pastoral Sanitaria de la Conferencia Episcopal Española. Las respuestas de 2.072 parroquias,

distribuidas proporcionalmente por todo el territorio nacional, fueron analizadas por Francisco Azcona, Director de la Oficina de Estadística y Sociología de la Conferencia Episcopal. La segunda, sólo unos meses posterior, se titulaba *¿Evangeliza nuestra parroquia?* y fue realizada por el Secretariado de la Comisión Episcopal de Pastoral como preparación del Congreso *Parroquia Evangelizadora*. Las respuestas estudiadas fueron esta vez 1.419, pertenecientes a parroquias de todo tipo y repartidas proporcionalmente por todas las regiones del país.

---

“La parroquia es un observatorio insustituible para averiguar la sensibilidad del pueblo cristiano respecto a la pastoral sanitaria”

---

A esta fuente estadística se debe añadir otra, menos cuantificable pero quizá cualitativamente más rica y significativa. Nos referimos al amplio arsenal de conocimientos y de información que acumulan los encuentros anuales de delegados diocesanos de Pastoral Sanitaria y la labor constante del equipo nacional que funciona en el seno del departamento ya citado de la Conferencia Episcopal Española. Los agentes pastorales sanitarios cuentan así como uno de los órganos más ágiles de estudio y de investigación que existen en nuestra Iglesia.

La complementariedad de estos dos tipos de fuentes, las estadísticas y las de observación directa reflexionada y evaluada, nos permite, en primer lugar, tener una información objetiva y rica en matices. Pero, además, hace posible seguir la interrelación entre la pastoral sanitaria y el conjunto de la acción pastoral.

Sin embargo, hemos de señalar de entrada una importante limitación. En todas estas fuentes se entiende por pastoral sanitaria, casi exclusivamente, la pastoral que tiene como destinatarios a los enfermos e intenta su incorporación a la vida activa de la comunidad. Salvo algunas alusiones de pasada, se deja fuera una pastoral de la salud más amplia, entendida como formación, defensa y promoción de la calidad de vida. Y sabemos que este aspecto resulta hoy muy importante y decisivo. Basta recordar que la mayor parte de las enfermedades que afectan hoy al hombre podrían ser evitadas con unos planteamientos más sabios y valientes respecto a la vida, que hicieran cambiar las prioridades culturales, sociales, políticas y económicas de los pueblos.

### **La parroquia, observatorio privilegiado**

Nuestro análisis se va a limitar a la pastoral sanitaria de las parroquias. Ante todo, porque nos fuerzan a ello los datos que tenemos. Pero, además, porque la parroquia es un observatorio insustituible para averiguar la sensibilidad del pueblo cristiano respecto a un tema. Hay que recordar que la parroquia es la comunidad de todos los bautizados, en la que se forman, viven y comparten su fe la inmensa mayoría de los cristianos. Por otra parte, la parroquia asume la totalidad unitaria de la acción evangelizadora, interrelacionando sus distintos aspectos y convocando a todos los diversos

carismas alrededor de una mesa común. Y, por último, tampoco se puede olvidar que la parroquia es la institución que más ostenta la representación pública y social del cristianismo, a través de sus actividades constatables y abiertas a todos.

Por todos estos motivos se puede afirmar que ninguna vivencia o renovación llega a ser realmente efectiva en la Iglesia hasta que no se encarna en las parroquias, como punto de referencia más global y significativo.

### **La pastoral sanitaria, signo evangélico privilegiado**

Nos queda por recordar que la pastoral sanitaria no es un aspecto marginal o secundario dentro del conjunto de la misión eclesial que desarrollan las parroquias. Hoy, que estamos empeñados en una renovación profunda de esta antigua institución eclesial para devolverle el dinamismo misionero que reclama la situación presente, necesitamos caer en la cuenta de que la atención a los enfermos es piedra de contraste y signo privilegiado de la autenticidad evangélica de nuestros planteamientos pastorales. Primero, porque muestra el grado de fidelidad a la persona de Jesús, que quiso hacer del trato y curación de los enfermos uno de los signos más expresivos de la potencia del Reino. Segundo, porque es precisamente en la situación de la enfermedad donde se manifiesta con mayor claridad el núcleo central del mensaje cristiano: el misterio pasional del triunfo de la vida sobre la muerte. Y, en consencuencia, la superación de la enfermedad marca también la frontera decisiva de la transformación radical de un mundo dominado por la muerte y la desesperanza. La pastoral de los enfermos es la proclamación más valiente y decidida de la esperanza de la comunidad creyente, que apuesta por un mundo sin dolor y sin lágrimas que surgirá de la transformación de la muerte en vida.

## **LA PASTORAL SANITARIA EN EL CONJUNTO DE LA MISIÓN PARROQUIAL**

### **Educación de la comunidad sobre la realidad del dolor y la enfermedad**

Al comenzar el análisis concreto de la pastoral sanitaria de nuestras parroquias, nos encontramos con un primer elemento negativo. En general, las parroquias no han asumido suficientemente la misión de educar a los cristianos para vivir con sentido la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro físico y la muerte. En la gran mayoría de las parroquias (68,8%), esta educación sólo se realiza de forma ocasional. Incluso el 10% de ellas confiesan que no lo hacen nunca. Por tanto, podemos decir que esta educación no forma parte, generalmente, de la catequesis o formación sistemática de los cristianos. Esta conclusión resulta grave, sobre todo si tenemos en cuenta el ambiente de hedonismo y materialismo en que se mueve el cristiano normal. Se ha dicho, y con razón, que el hombre actual no sabe estar enfermo y mucho menos enfrentarse con la muerte. Por eso se impone una formación explícita y clara sobre este componente insoslayable de la existencia humana. Y nadie como la comunidad cristiana tiene tanta responsabilidad y tantos recursos para poder

iluminar esta zona oscura de la vida. Es necesario, pues, que esta educación entre a formar parte de todos los programas catequéticos y de formación permanente.

### La corresponsabilidad en la acción pastoral sanitaria

El sacerdote sigue siendo el sujeto más importante, y en muchos casos el único, de la pastoral sanitaria parroquial: él visita a los enfermos de forma regular en el 96 % de las parroquias y les lleva personalmente la comunión en un 83 %. No se puede más que aplaudir el hecho de que los sacerdotes consideren la atención a los enfermos como un elemento importante de su ministerio. Pero este dato puede tener una derivación negativa si conduce a un cierto exclusivismo. La pastoral sanitaria debe ser responsabilidad de toda la comunidad y no sólo del sacerdote.

Ciertamente hay una minoría importante de parroquias en las que esta acción se ejerce ya de modo más corresponsable. En un 38 % de ellas existe algún grupo organizado para la atención a los enfermos y en el 42 % visitan a los enfermos algunos seglares, además de los sacerdotes. Incluso en un 15 % la responsabilidad principal de esta acción (dirección, visita, comunión) recae sobre seglares. Creemos que hay que seguir avanzando en esta línea. Y no sólo por motivos de escasez de sacerdotes. La corresponsabilidad no puede ser solamente una alternativa de suplencia, sino una experiencia que nace del ser mismo de la comunidad de creyentes.

### La organización específica de la pastoral sanitaria

Ya hemos dicho que en un 38 % de parroquias existe un grupo organizado de pastoral sanitaria. La correlación de datos permite descubrir que se trata de las parroquias más vivas y participativas en todos los sentidos. Si, además, tenemos en cuenta que otro 50 % declaran que están en proceso de creación de este grupo, tendremos que concluir que estamos ante una tendencia generalizada.

Sin embargo, tenemos pocos datos acerca de la organización y funcionamiento de este grupo de agentes sanitarios. Sabemos que, en casi la mitad de los casos, el animador y responsable principal es un sacerdote; en los otros un seglar o una religiosa. En un 13 %, el grupo se reúne con una periodicidad mensual, en un 6 % quincenal y en un 4 % semanal. Respecto al contenido de estas reuniones, no suele haber ningún plan. Se dedican normalmente a la revisión de actividades y al intercambio de experiencias.

“Ninguna vivencia o renovación llega a ser realmente efectiva en la Iglesia hasta que no se encarna en las parroquias”

Como balance, apuntamos pues la tendencia positiva a crear un grupo específico de pastoral sanitaria y señalamos la necesidad de dotar a este grupo de un plan pastoral y de formación más riguroso y estructurado. Hacen falta instrumentos que ayuden a descubrir las posibilidades y desafíos de una pastoral sanitaria actual.

### Relación con los otros organismos parroquiales

Prestaría un mal servicio a la comunidad un grupo de pastoral sanitaria que absorbiera y monopolizara totalmente la relación de los enfermos, creando la impresión de frente cubierto. La pastoral sanitaria debe ser una dimensión obligada de todas las acciones pastorales. Por eso nos parece muy significativa la relación de este grupo con los otros organismos y grupos de la parroquia.

“La pastoral de los enfermos es la proclamación más valiente y decidida de la esperanza de la comunidad creyente”

Y hemos de decir al respecto que la situación general nos parece bastante aceptable, al menos a nivel organizativo. Del 38 % de las parroquias en las que existe el grupo sanitario, en un 75 % de ellas este grupo está representado en el Consejo Pastoral Parroquial. Y en un 80 % el grupo tiene contactos habituales con otros sectores importantes de la parroquia como la catequesis, liturgia y Cáritas. Esta relación organizativa favorece, sin duda, la integración de la acción sanitaria en el conjunto de la pastoral parroquial y constituye un instrumento precioso de sensibilización para todos los cristianos activos de la comunidad.

Por otra parte, tenemos que volver a acentuar un dato importante: la mayoría de las parroquias en las que existe un grupo organizado de pastoral sanitaria, tienen también Consejo Pastoral y otros grupos organizados. Lo cual indica que la corresponsabilidad crece al mismo tiempo en todos los aspectos y que las distintas acciones se potencian y enriquecen mutuamente.

## LA ATENCIÓN DE LA COMUNIDAD A LOS ENFERMOS

### La visita a los enfermos

Es la actividad más tradicional. Sólo un 1,1 % de parroquias afirma que no visita a los enfermos. El dato nos parece muy importante. Quiere decir que, en todos los procesos de cambio que han afectado a la parroquia durante los últimos decenios, esta *obra de misericordia* no ha sufrido apenas merma, al menos en cuanto a las parroquias se refiere.

Pero veamos algunos datos más concretos. Una tercera parte de las parroquias visita a los enfermos sólo en su domicilio familiar, mientras que las otras dos terceras partes lo hacen tanto en el domicilio como en la clínica u hospital. Y también este aspecto nos parece importante, porque quiere decir que las parroquias han adecuado mayoritariamente su atención a los enfermos a las nuevas circunstancias sanitarias a pesar del esfuerzo importante que supone el desplazamiento, a veces a muchos kilómetros, del enfermo. No es de extrañar que la mayoría de las parroquias que sólo visitan a los enfermos en su casa sean precisamente las rurales, más alejadas de los sitios donde están ubicados los centros hospitalarios.

La visita la hace el sacerdote en el 96 % de los casos. Y en un 42 % la realizan tanto los sacerdotes como visitadores seculares de la parroquia. Va creciendo, pues, el número de seculares que se dedican a esta labor, sin desplazar o sustituir al sacerdote. La fórmula nos parece óptima.

### Los sacramentos de la enfermedad

Dos de cada tres parroquias llevan la comunión a los enfermos con alguna regularidad; el resto lo hace sólo alguna vez o en fechas especiales. Esto supone un logro importante, sobre todo si tenemos en cuenta la magnitud de muchas parroquias y la falta de tiempo que aqueja a los agentes pastorales. Hemos de concluir que la comunión de enfermos sigue siendo dedicación prioritaria en la mayoría de las parroquias.

---

“...El hombre actual no sabe estar enfermo y mucho menos enfrentarse con la muerte. Por eso se impone una formación explícita y clara sobre este componente insoslayable de la existencia humana”

---

¿Quién la lleva? En el 83 % de las parroquias el mismo sacerdote. Y en un 15 % una religiosa o un secolar. Los ministros extraordinarios de la comunión de enfermos son pues ya un grupo bastante importante, aunque se aprecia que sólo actúan cuando el sacerdote, que sigue siendo el ministro más habitual, no puede realizar la tarea. El criterio nos parece acertado. La comunión de enfermos es la participación, con las limitaciones que impone la misma enfermedad, en la eucaristía de la comunidad y, por tanto, a poder ser, es conveniente que la realice el mismo presidente de la comunidad. No sería conveniente convertir al ministro *extraordinario* en *ordinario* sin razón suficiente.

Aunque se trate aún de una minoría, conviene también señalar que un 10 % de parroquias celebra la Eucaristía completa en casa del enfermo cuando las circunstancias lo permiten. Es evidente que esta práctica no podrá generalizarse demasiado, sobre todo por la escasez y falta de tiempo de los sacerdotes. Pero también es verdad que debería ser más habitual. Muchos enfermos, sobre todo impedidos y crónicos, agradecerían poder tener esta oportunidad alguna vez. Y a nadie se le ocultan las enormes posibilidades evangelizadoras que tiene esta eucaristía doméstica de cara a las familias de los enfermos.

En cuanto a la Unción de enfermos, un 92,8 % de las parroquias dicen que la administran en casa del enfermo cuando son requeridas para ello. Y la mitad de ellas confiesa que solamente la administra *in extremis*, cuando el enfermo está ya moribundo. La celebración comunitaria de este sacramento, realizada en el templo parroquial, va ganando terreno, pero sólo la hacen aún un 22,3 % de parroquias. No cabe duda de que la pastoral de este sacramento se encuentra en un momento creciente, a pesar de que choca con hábitos y prejuicios inveterados. Y una constatación que resulta también evidente: en la medida en que se toma más en serio la pastoral sanitaria

en las parroquias y se estructura su funcionamiento, se plantea inmediatamente la necesidad de potenciar y devolver su función sanante a este sacramento.

Desgraciadamente, las fuentes informativas que tenemos no nos ofrecen datos sobre la praxis actual del Viático. Mucho nos tememos que esta participación eucarística, que tiene como objeto fortalecer para el último tránsito, está desapareciendo en la pastoral habitual de las parroquias. Contribuyen a ello las circunstancias en que hoy se suele producir la muerte en los establecimientos sanitarios. Pero también influye esa tendencia generalizada a ocultar la gravedad al enfermo. Nos encontramos ciertamente ante un tema delicado y difícil de dilucidar en términos generales. Pero el cristiano no puede olvidar que la aceptación de la muerte es el acto de fe definitivo y que, por tanto, tiene derecho a vivirlo con plena lucidez y contando con el auxilio de la gracia. Nos encontramos con un tema que necesitaría de un tratamiento más sereno y completo en la educación cristiana normal, previamente a los condicionamientos extraordinarios en que se produce la agonía. El cristiano rectamente formado desea convertir su muerte en el acto supremo de entrega confiada en las manos del Padre.

### Defensa de los derechos del enfermo y ayuda a sus problemas socio-sanitarios

Afortunadamente, hoy la sociedad tiene contraídas una serie de obligaciones con el enfermo. Pero no siempre las cumple. De ahí que un aspecto importante de la pastoral sanitaria actual sea el exigir a la sociedad las prestaciones debidas al enfermo.

---

“Corresponsabilidad en la acción... organización de la pastoral de la salud tenaz y constante... relaciones parroquiales, intercomunitarias y a nivel diocesano... integración de los enfermos en la pastoral de la salud”

---

Para ello hay que comenzar por plantearse el problema. Según las encuestas, un 48,8 % de las parroquias dice tomar una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo, mientras que un 38,6 % confiesa no haberse planteado la cuestión. La escasez de centros hospitalarios y asistenciales, la degradación profesional de bastantes sanitarios y la deshumanización que, aunque no exclusiva de este sector, alcanza en él cotas alarmantes y trágicas, exige de la comunidad cristiana una actuación más decidida en favor de un sujeto especialmente indefenso como es el enfermo.

Si de la sensibilidad hacia el problema pasamos a averiguar el grado concreto de compromiso para intentar paliarlo, las proporciones van descendiendo. Así, dos de cada cinco parroquias dicen que intentan canalizar los problemas socio-sanitarios de los enfermos para conseguir las prestaciones que proceden, mientras que una proporción similar dicen que no realizan estos intentos. Y un 32 % afirma estar comprometidas en la solución de los problemas sanitarios de su territorio, mientras el 47,2 % confiesa que no tienen este tipo de compromisos.

Para valorar debidamente estas proporciones hay que tener en cuenta el bajo índice de compromiso social de nuestras parroquias. En muchas de ellas este compromiso no supera los límites de una caridad puramente asistencial. Incluso existe una cierta reticencia hacia las acciones promocionales y reivindicativas, que se consideran muchas veces como una politización indebida. Dentro de este panorama, las cifras que hemos aducido nos parecen bastante altas, aunque, claro está, aún insuficientes. Nos atreveríamos a afirmar que el compromiso en favor de los enfermos supera la media del compromiso social conjunto de nuestras parroquias.

Y de nuevo resulta oportuna una correlación: el grado de compromiso y de acción socio-sanitaria crece en la medida en que se integran los seglares en la pastoral sanitaria. Este hecho, a pesar de ser obvio, resulta significativo porque nos demuestra con los hechos que la comunidad cristiana no puede transformar la sociedad sin la aportación específica del seglar.

En esta misma línea hay que destacar otro dato importante, aunque difícil de cuantificar hoy por hoy: cada vez son más los profesionales sanitarios, médicos y asistentes técnicos, que se integran en la pastoral sanitaria, bien desde las parroquias, bien desde otras plataformas más específicas. Esta aportación nos parece preciosa y hasta imprescindible para evitar improvisaciones o planteamientos de buena voluntad pero ingenuos.

### INTEGRACIÓN DE LOS ENFERMOS EN LA ACCIÓN EVANGELIZADORA DE LA PARROQUIA

Como recuerda Juan Pablo II en la *Christifideles laici*, uno de los objetivos fundamentales de la pastoral sanitaria «es considerar al enfermo, al minusválido, al que sufre, no simplemente como término del amor y del servicio de la Iglesia, sino más bien como sujeto activo y responsable de la obra de evangelización y de salvación» (CH L 54).

Un primer requisito, pequeño pero decisivo, para lograr esta integración es que desaparezcan las barreras arquitectónicas

que dificultan el acceso de los enfermos al templo y demás dependencias de la parroquia. Curiosamente, el 60 % afirma que no existen estas barreras. Un 30 % afirma que aún las tiene, y un 15 % confiesa que no ha hecho nada para eliminarlas. A primera vista estas cifras parecen demasiado optimistas, pero no tenemos por qué dudar de la sinceridad de las respuestas.

En cuanto a la integración efectiva de los enfermos en la misión de la parroquia, se configuran tres niveles:

- a) En un 33 % de parroquias se considera que esta integración es prácticamente nula.
- b) En un 52 % se da un tipo de integración que consiste en informarles de las actividades de la parroquia, tenerles presentes en la oración de la comunidad, pedirles que recen por intenciones concretas y valorar y difundir su testimonio.
- c) En un 17 % los enfermos se integran en las tareas parroquiales a través de grupos organizados. Son miembros activos, bien en pastoral sanitaria bien en otras tareas.

Estas cifras resultan un poco difíciles de valorar. Es claro que la proporción de parroquias que no se han planteado todavía ningún tipo de integración resulta excesiva y responde todavía a un planteamiento *paternalista* de la pastoral sanitaria. Pero más difícil resulta de valorar la proporción del tercer nivel, sobre todo si tenemos en cuenta dos hechos: primero que no todos los enfermos pueden participar activamente en la pastoral organizada de la parroquia; y segundo, que la proporción general de cristianos comprometidos en este tipo de acción es todavía muy bajo, apenas supone el 2 % de los bautizados. La cifra del 17 % resultaría escandalosa si se refiriera a las parroquias que *permiten* o *invitan* a los enfermos a esta participación activa. Pero más bien se ha de leer como participación de hecho. Y sobre este hecho, como hemos apuntado, pueden influir otros factores ajenos a la voluntad de la parroquia. En todo caso, no cabe duda de que hace falta una mayor mentalización, de las comunidades y de los enfermos, para superar planteamientos unidireccionales de la pastoral sanitaria.



# 6. CÓMO RENOVAR LA ACCIÓN EVANGELIZADORA DE LAS COMUNIDADES CRISTIANAS EN EL CAMPO DE LA SALUD

*José A. Pagola Elorza*

*Vicario General de la Diócesis de San Sebastián*

*Después de exponernos en un estudio anterior las líneas de acción evangelizadora de las comunidades cristianas en el mundo de la salud, José Antonio Pagola se extiende en este trabajo acerca de la renovación de esa misma acción evangelizadora.*

*Parece querer remachar el clavo temático para que quede bien claro que el compromiso pastoral es importante y urgente y por lo tanto necesitado de una acción solícita y empeñada.*

*Quizás el espíritu que anima esta reflexión de nuestro colaborador y amigo, lo den cinco verbos que Pagola emplea, infinitivos contundentes, definitivos, pagolenses diría yo:*

- Despertar y alimentar la conciencia sanadora.
- Desarrollar la fuerza sanante.
- Recuperar el verdadero lugar.
- Cuidar la presencia evangelizadora.
- Evangelizar a los enfermos más necesitados.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de nuestra reflexión es muy claro y preciso. Tratamos de responder a esta pregunta: ¿cómo renovar la acción evangelizadora de las comunidades cristianas en el campo de la salud? Como sugiere el mismo título de la Ponencia, no se trata de hablar de nuevo de todo, sino más bien de detener nuestra atención, sobre todo, en aquellos aspectos en los que parece más necesaria y urgente una renovación o potenciación de la acción pastoral o evangelizadora.

Para ello, hemos de tener en cuenta naturalmente la realidad actual de nuestras comunidades cristianas y, en particu-



lar, las lagunas más importantes. Por otra parte, tendremos presentes las grandes líneas de acción que señalábamos en la ponencia anterior y que nos tienen que orientar en el momento de concretar nuestros esfuerzos de renovación.

Naturalmente, al hilo de esta reflexión, iremos trazando algunas líneas de renovación de la Pastoral Sanitaria.

## DESPERTAR Y ALIMENTAR LA CONCIENCIA DE LA MISIÓN SANADORA

Por lo general, al elaborar sus proyectos pastorales y promover su acción evangelizadora, las comunidades cristianas no tienen como horizonte y estímulo de su actuación la misión concreta de irradiar salud en medio de la sociedad actual. De ahí la necesidad de despertar y desarrollar en el interior de la comunidad la conciencia de su misión de ser fuente de salud para el hombre de hoy.

### • Proyecto evangelizador con fuerza sanadora

A mi juicio, en los proyectos y planes pastorales que se elaboran en las comunidades cristianas hemos de introducir de manera más vigorosa la preocupación sanante de manera que despierte la conciencia de las personas y grupos cristianos y dé todo un estilo a la vida de la comunidad y a su acción evangelizadora.

El proyecto evangelizador de las comunidades debería concretar más los ambientes dañados y los sectores de enfermos a los que se siente enviada como comunidad sanante, precisar acciones dirigidas directamente a sanar, señalar programas a desarrollar para educar en la salud integral, para luchar contra causas y focos de enfermedad, para hacerse presente junto a los enfermos, etc.

Muchas comunidades necesitan descubrir la importancia que tienen para el hombre de hoy y de siempre experiencias como la enfermedad, el sufrimiento, la vejez, la curación o la muerte, y las posibilidades que estas experiencias encierran para su evangelización.

Tanto en la acción catequética y educadora de la fe como en la celebración litúrgica, en la pastoral de caridad y en toda la vida y el dinamismo de la comunidad cristiana, se ha de tener más en cuenta a la persona como ser débil necesitado de salud, atendiendo mejor a todo lo que le hace enfermar y todo lo que le puede aportar salud integral.

### • Promover la corresponsabilidad en la tarea sanadora

La evangelización no es sólo tarea de los sacerdotes ni de un grupo aislado, sino quehacer de toda la comunidad. Toda ella es responsable de evangelizar y de evangelizar sanando. Por eso, todos los miembros se han de sentir solidarios en la tarea sanadora, aunque cada uno lo haga desde su vocación o carisma propio dentro de la comunidad.

---

“Es necesario despertar y desarrollar en el interior de la comunidad la conciencia de su misión de ser fuente de salud para el hombre de hoy”

---

Naturalmente, para que todo esto no quede sólo en buenos deseos, hemos de promover en la comunidad cauces concretos que estimulen y permitan la participación en una evangelización con fuerza sanadora. De ahí la necesidad de constituir en todas las parroquias un equipo de Pastoral Sanitaria, configurar los diversos servicios a los enfermos, organizar la red para detectar a los enfermos más desasistidos,

programar la visita a los centros hospitalarios, mantener una relación con las residencias, clínicas, dispensarios...

Pero no basta promover y organizar estos cauces. Hay que despertar vocaciones para la evangelización sanitaria, saber llamar para tareas concretas, ayudar a las personas a descubrir campos concretos de servicio y compromiso, capacitarlas para su tarea; en una palabra, desarrollar toda una pastoral vocacional para la evangelización en este campo de la salud.

### • Algunas exigencias para la P.S.

La reflexión que venimos haciendo tiene, al menos, dos consecuencias a la hora de entender y promover correctamente la P.S. en el seno de la comunidad:

1. La P.S. ha de actuar en nombre de toda la comunidad y al servicio de su acción evangelizadora.
2. La P.S. tiene que promover hoy una acción sensibilizadora en el interior de la comunidad.

Veámoslo: en primer lugar, ha de quedar claro que la P.S. no es sino el cauce concreto y la expresión organizativa más visible de esa responsabilidad sanante de toda la comunidad. El instrumento concreto que impulsa, coordina y lleva a cabo de manera más directa esa evangelización sanante propia de toda la comunidad.

---

“La pastoral sanitaria ha de partir de la comunidad para evangelizar, pero también debe promover una acción evangelizadora en el interior de la misma”

---

Esto significa que los miembros de la P.S. han de ser conscientes de que no actúan a título individual ni en nombre del párroco o del capellán, sino en nombre de toda la comunidad.

Sus proyectos, iniciativas y actividades no pueden ser fruto de sus gustos particulares, sus preferencias, sus costumbres, sino concreción y testimonio de la voluntad evangelizadora de la comunidad. De ahí la necesidad de estar abiertos a recibir las sugerencias, aportaciones y correcciones de la comunidad.

Por otra parte, la P.S. ha de estar abierta a todos tanto para ayudar como para recibir ayuda. El equipo de P.S. no se ha de convertir nunca en un grupo cerrado de personas que conocen y dominan aquel campo e, inconscientemente, cierran el paso a otros posibles colaboradores.

En segundo lugar, la P.S. ha de recordar que, en el momento actual, tiene una tarea importante a desarrollar en el interior de la comunidad: estimular la preocupación real y efectiva de toda la comunidad (personas, grupos) por la evangelización del mundo de la salud, hacer que la comunidad no olvide a sus enfermos; promover la incorporación activa de nuevos creyentes en los diferentes campos de la P.S.

Pero la acción sensibilizadora de la P.S. no termina ahí. Han de llevar esta preocupación sanante y esta sensibilidad por los enfermos a la liturgia de la comunidad, a los procesos de catequesis y educación de la fe, a los diferentes grupos cristianos, a los diversos sectores de la vida comunitaria.

Para ello es necesario estar muy presentes en la comunidad, participar activamente en el Consejo Pastoral, tener una relación constante con los demás agentes de pastoral y utili-

zar toda clase de medios (Día del Enfermo, Unción comunitaria de enfermos, campañas de donantes de sangre o de órganos, mesas redondas, charlas, etc.).

No hemos de olvidar que a las parroquias pequeñas de los pueblos rurales y a las comunidades donde todavía no está constituida la P.S., esta sensibilización sólo les podrá llegar desde comunidades ya concienciadas y a través de una colaboración pastoral de zona o arceprestazgo.

### **DESARROLLAR LA FUERZA SANANTE DE LA COMUNIDAD AL SERVICIO DEL HOMBRE ACTUAL**

Son bastantes las comunidades que limitan su acción evangelizadora en el campo de la salud a una pastoral sanitaria que se dirige sólo a enfermos y se reduce en gran parte a visitarlos y asistirlos con «los últimos sacramentos». No han descubierto todavía la tarea apasionante de ofrecer al hombre de hoy la salvación como salud.

Hemos de hacer un esfuerzo mayor por pasar de una pastoral exclusivamente de enfermos a una acción evangelizadora generadora de salud. Una comunidad que se inspire en aquel que «vino para que tengamos vida y la tengamos en abundancia» (cfr. Juan 10, 10) ha de comprometerse en todo lo que ayude al ser humano a vivir de la manera más sana posible.

En la sociedad actual se está pasando de un sistema centrado en la curación a un sistema centrado en la educación y prevención de la salud. No basta reparar la salud. Hay que aprender a vivir en salud. En este contexto cultural, la segunda evangelización ha de promover no sólo una pastoral de enfermos sino una pastoral de la salud.

#### **• Testimonio de vida sana**

Antes que nada, la comunidad ha de ser testigo de vida sana. Las comunidades deben ser un lugar donde los hombres y mujeres de hoy puedan hacer la experiencia de acoger el evangelio como fuente de salud. No se puede irradiar y contagiar salud cuando se vive de manera insana y enfermiza. De ahí la necesidad de eliminar en el interior de la comunidad todo aquello que es patógeno, fuente de neurosis y enfermedad (falsa religiosidad, moral enfermiza, culto vacío, relaciones insanas).

Hemos de esforzarnos más por sanar nuestras comunidades purificándolas desde el espíritu del evangelio. Necesitamos comunidades más sencillas, transparentes, realistas, gozosas, reconciliadoras, cordiales, acogedoras, donde las personas y los grupos puedan desarrollarse y crecer de manera sana. Una comunidad sana y sanadora es hoy un lugar privilegiado de evangelización.

#### **• Educar para la salud**

Las comunidades cristianas están llamadas también a educar en la salud dando su sentido más auténtico y humano a los esfuerzos que realizan tantos hombres y mujeres de hoy en el cuidado de su cuerpo, dietética, ejercicio físico, higiene síquica, etc. La vida es un don de Dios que el hombre debe acoger, disfrutar y desarrollar de manera responsable en todas sus posibilidades al servicio de los hombres y a la gloria del Creador.

La catequesis de los niños, las actividades del Tiempo Libre, la educación de la fe de los jóvenes, la pastoral prematrimonial, los grupos cristianos de adultos, la pastoral de la Tercera Edad, las celebraciones comunitarias, la escucha de la Palabra de Dios, la celebración cristiana del domingo como día de resurrección, de alegría comunitaria, de descanso y de esperanza renovada, pueden y deben ser cada vez más lugar donde se educa para la salud.

Vivir de manera responsable una vida integralmente sana y hacerla cada vez más posible para todos es camino que conduce a la salvación. La comunidad cristiana debe saberlo y promoverlo.

#### **• Colaborar en la promoción de la salud**

Desde su propia responsabilidad sanadora, la comunidad cristiana tiene que hacerse más presente en la sociedad colaborando en todo aquello que promueve salud.

La tarea es amplia y en ella la comunidad puede comprometerse de diversas maneras a través de sus grupos y actividades: difundir una concepción más recta y sana de la vida, promover unas costumbres más sanas en el comportamiento individual y colectivo, apoyar y comprometerse en iniciativas que favorecen una vida más sana, v.g. actividades ecológicas, cuidado del medio ambiente, prevención contra la droga, lucha contra el alcoholismo y el tabaco, iniciativas contra la soledad e incomunicación, promoción de una vejez más sana, campañas de donantes de sangre y órganos...

No hemos de olvidar en esta línea la denuncia y la lucha contra las situaciones injustas de abandono y marginación de sectores abocados a un desarrollo raquítico e insano de su vida (barrios marginados, infancia abandonada, etc.).

#### **• Algunas exigencias para la Pastoral Sanitaria**

Podemos señalar, sobre todo, la necesidad de:

1. Ampliar el horizonte y campo de actuación.
2. Promover un estilo de P.S. sano y generador de salud.
3. Estimular la colaboración de los profesionales de la salud en el interior de la comunidad cristiana.

• La P.S. está llamada hoy a ampliar el horizonte y campo de actuación. Sin descuidar su atención a los enfermos y su tarea evangelizadora en el proceso de la enfermedad, tiene que aprender a desarrollarse como Pastoral al servicio de la salud integral.

Poco a poco y a través de una labor constante de concienciación y de pequeños gestos y acciones tiene que ayudar a la comunidad a entenderse a sí misma y ser realmente fuente de salud y tiene que hacerse presente en nuestra sociedad colaborando en una mejora auténtica e integral de la calidad de vida. Una P.S. concebida como Pastoral de salud puede ofrecer nuevos campos de compromiso a los jóvenes cristianos.

• Por otra parte, la P.S. ha de desarrollar un estilo pastoral sano y sanante. Los colaboradores en esta pastoral han de ser testigos de vida sana. Personas que viven de manera responsable su salud física y su equilibrio afectivo y síquico. Verdaderos *evangelizadores* que, lejos de ser focos de tensiones insanas y relaciones enfermizas, siembran salud con su manera de ser, de trabajar, de reaccionar y de enfrentarse a la vida.

Por lo general, no se tiene demasiado en cuenta este estilo de vida sano y sanador cuando se enumeran las cualidades

deseables del agente de P.S. Sin embargo, son esas personas las que pueden impulsar una P.S. responsable, sana, creativa, generadora de salud.

Todo esto no significa, como diremos más tarde, que los enfermos queden excluidos de la P.S. Al contrario, un hombre enfermo o herido, que sabe asumir y vivir su enfermedad, su minusvalía o sus heridas de manera sana y evangélica puede ser el mejor testigo y colaborador de una P.S. al servicio de la salud verdadera.

- Por último, este tipo de P.S. está pidiendo una colaboración más rica y variada de los profesionales de la salud en el interior de la comunidad cristiana. Son ellos los que, desde su visión sanitaria y su fe cristiana, mejor pueden asesorar y colaborar en una P.S. difusora de salud. Hay que ayudarles a desarrollar su vocación al servicio de la salud, incluso fuera de su trabajo profesional, en compromisos concretos impulsados desde la comunidad cristiana.

## RECUPERAR EL VERDADERO LUGAR DEL ENFERMO EN LA COMUNIDAD

La comunidad cristiana no es sino prolongación histórica de Cristo. Esto significa que, de alguna manera, el enfermo debería poder encontrar en esa comunidad el lugar privilegiado que encontraba en Jesús, la misma preferencia, la misma cercanía y acogida, el mismo trato curador. Los enfermos de hoy tienen derecho a *tocar* a la comunidad cristiana y experimentar que también de ella sale una fuerza sanadora y salvadora: la misma de Jesucristo (cfr. Lc 6, 19).

---

“La segunda evangelización ha de promover no sólo la pastoral de enfermos, sino una pastoral de la salud”

---

Para muchos enfermos, el hospital no es suficiente como comunidad curadora integral. Por otra parte, es fácil que asistamos a una cierta deshospitalización. El excesivo costo hospitalario, la preocupación por un trato más personalizado y la voluntad de estimular la participación del enfermo pueden hacer crecer la asistencia extra-hospitalaria. De ser así, la comunidad cristiana estaría hoy llamada a dar una importancia aún mayor a la tarea de crear comunidad en torno a sus enfermos.

- *Conocer a los enfermos*

Lo primero es conocer a los enfermos concretos que viven en el ámbito de la comunidad cristiana (demarcación parroquial). Enfermos que están en sus hogares de manera permanente: crónicos, disminuidos físicos, sensoriales o síquicos, accidentados, ancianos enfermos, etc., o enfermos salidos ya del centro hospitalario y que están convalecientes en su domicilio.

Naturalmente, no se trata de conocer sólo a los enfermos más cercanos a la comunidad, los practicantes, los conocidos, sino a todos los que sufren enfermedad o desvalimiento.

Conocer a los enfermos es conocer, de alguna manera, sus necesidades principales de todo tipo, su entorno familiar, su soledad o desvalimiento, lo que pueden esperar de la comunidad. Naturalmente hemos de conocer bien, sobre todo, a los

más olvidados, desamparados e indefensos, los que no tienen prácticamente a nadie.

Este esfuerzo por descubrir a los enfermos y conocer sus verdaderas necesidades requiere tiempo y trabajo organizado, pero es ya un esfuerzo por construir una comunidad fraterna que acoja a los enfermos.

- *Acercar la comunidad a los enfermos*

El primer gesto de la comunidad ha de ser acercarse a estos enfermos y, de manera especial y preferente, a los más olvidados y solos. Esta cercanía ha de ser como la de Jesús: amistosa, respetuosa, discreta, reconciliadora, sanante. Que el enfermo sepa que no está olvidado. Que es aceptado, apreciado y querido por la comunidad de salvación.

Hemos de cuidar mucho más los lazos de la comunidad con los enfermos. Acrecentar la conciencia de su pertenencia a la comunidad. Hay que ir suprimiendo distancias, recelos, costumbres que obstaculizan esta vinculación. No es posible ir construyendo una comunidad fiel a Jesús ignorando precisamente a los enfermos.

Acercarse significa visitarlos, hacernos presentes de muchas maneras (teléfono, cartas...), acercarnos a su persona, identificarnos con sus sufrimientos, acompañarlos en su enfermedad. Pero significa también acercar la vida de la comunidad cristiana hasta ellos.

El campo es amplio. Como miembro (y miembro privilegiado) de la comunidad cristiana, el enfermo tiene derecho a recibir la Eucaristía todos los domingos participando así de esa celebración central de esperanza y resurrección a lo largo del año litúrgico. Hasta él ha de llegar también la Palabra de Dios que se proclama en la comunidad. No debe quedar excluido de la acción catequética o educadora de la fe ni de los grupos cristianos. Ha de estar informado y poder seguir de cerca la vida y la marcha de la comunidad cristiana.

No hemos de olvidar que, con frecuencia, es la misma familia del enfermo la que más necesita el apoyo, la cercanía y la ayuda de la comunidad para vivir de manera más humana y evangélica la enfermedad del ser querido. Es importante entonces cuidar la salud de la familia, *Iglesia doméstica* donde el enfermo ha de encontrar su comunidad cristiana más inmediata.

- *Hacer sitio al enfermo en el interior de la comunidad*

Hemos de hacer más sitio a los enfermos en la vida y en la marcha de la comunidad. Han de recuperar su presencia, su palabra, su testimonio y su compromiso en la vida de la comunidad.

Por una parte, han de estar más presentes y de manera más concreta en la oración de la comunidad. Hay que posibilitar su participación en la celebración comunitaria, sobre todo, en días señalados (Pascua, Pentecostés, Día del Enfermo, Día de la parroquia). Hay que seguir impulsando la celebración comunitaria de la Unción.

Por otra parte, hemos de promover mucho más el testimonio y compromiso evangelizador de los mismos enfermos. El que vive su enfermedad de manera evangélica no sólo recibe sino da; no sólo aprende sino que enseña; no sólo sufre, también irradia salud evangélica. Su presencia puede ser humanizadora, interpelante, evangelizadora. De ahí la importancia de incorporarlo a la vida y a la acción evangelizadora de la co-

munidad en grupos, equipos pastorales, celebraciones, actividades e iniciativas posibles.

• *Algunas exigencias para la P.S.*

Todo esto tiene exigencias renovadoras para la P.S. Señalamos algunas:

1. Ayudar a la comunidad a conectar con los enfermos.
2. Cuidar y mejorar la visita al enfermo.
3. Acercar la vida de la comunidad hasta el enfermo.

• La P.S. tiene que cuidar y desarrollar mucho más, sobre todo en las parroquias grandes o urbanas, el trabajo por conocer y conectar con los enfermos. Los medios pueden ser variados: crear una red de colaboradores o enlaces (por barrios, portales, etc.) que puedan mantener informada a la comunidad; elaborar poco a poco un sencillo fichero de los enfermos crónicos de la parroquia; conocer a los ancianos que necesitan una mayor presencia, etc. Este trabajo sencillo pero necesario puede comprometer a bastantes personas e ir concienciando a la comunidad.

• La P.S. tiene que cuidar y mejorar el sentido de la visita a los enfermos como gesto de la comunidad hacia sus enfermos. La visita corre el riesgo de caer en la rutina o el formalismo, perdiendo su contenido evangelizador y sanante. En muchos casos se hace necesaria una revisión y reflexión sobre el sentido verdadero que ha de tener la visita, su contenido sanador, las personas más adecuadas para realizarla, el carácter diferente de la visita a los diversos tipos de enfermos: crónicos, graves, minusválidos, depresivos, terminales; la formación necesaria en los visitantes, etc.

Por otra parte, no hay que olvidar que, a veces, no es lo más oportuno que se acerquen directamente los miembros de la P.S. sino otros creyentes más cercanos o allegados (vecinos, amigos, compañeros de trabajo). La preocupación de la P.S. ha de ser que ningún enfermo quede ignorado u olvidado por la comunidad.

• Por último, la P.S. tiene que hacer un esfuerzo mayor por acercar la vida de la comunidad al enfermo. A mi juicio, la celebración del domingo debería movilizar mucho más a la P.S. para ayudar a los enfermos a sentirse miembros de la comunidad, llevándoles la comunión, escuchando con ellos la Palabra de Dios de ese domingo, proporcionándoles la grabación de la homilía, saludándolos por teléfono ese día. Mientras todos escuchan la llamada de las campanas invitándolos a la asamblea cristiana, ¿no deberán los enfermos escuchar una llamada más personal y cercana, dirigida a ellos?

“Hay que esforzarse por llegar de manera preferente hasta los enfermos a los que nadie llega y atender a los que nadie atiende”

Por otra parte, la P.S. puede posibilitar una presencia más frecuente y viva de los enfermos en la comunidad. Gestos sencillos como la eliminación de barreras arquitectónicas, el transporte de enfermos y ancianos a la misa dominical, el seguimiento de las catequesis de adultos desde el domicilio; el envío

cuidadoso de la hoja parroquial y de cualquier información, etc. dan un rostro diferente a la comunidad de cara a los enfermos.

**CUIDAR LA PRESENCIA EVANGELIZADORA DE LA COMUNIDAD EN EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD**

La comunidad no puede desentenderse del proceso de curación ni quedarse al margen de la experiencia de sufrimiento, enfermedad o muerte de las personas. Al contrario, es ahí donde ha de hacer presente, de manera particular, la fuerza humanizadora y salvadora de Cristo.

• *Asegurar la presencia junto al enfermo*

Para ello no es suficiente la visita al enfermo hospitalizado. Hay que tener presente todo el proceso: fase de consulta y diagnóstico; hospitalización; convalecencia y rehabilitación; o bien, fase terminal y muerte. Por otra parte, habría que pensar en un mayor acercamiento no sólo a los centros hospitalarios sino también a los ambulatorios, centros de salud de barrios, dispensarios, lugares de rehabilitación, etc.

Sin duda, la hospitalización y la asistencia técnica distancia al enfermo de su comunidad y dificulta la relación cercana con él. De ahí la importancia de asegurar una relación lo más estrecha posible entre los servicios de asistencia religiosa del Centro hospitalario y la comunidad cristiana. La comunidad evangelizadora del Centro hospitalario, que acoge durante un cierto tiempo al enfermo, lo hace como prolongación de la comunidad cristiana de donde proviene ese enfermo y adonde ha de volver.

• *Al servicio evangélico de los enfermos*

Esta presencia de la comunidad, inspirada por el amor, ha de estar al servicio total y gratuito del enfermo en función de sus múltiples necesidades.

Naturalmente, lo primero es que el enfermo tenga junto a sí a quienes le puedan ayudar a dar un sentido a su enfermedad, sobre todo en momentos críticos de diagnóstico pesimista o proximidad de la muerte. Sin duda, la fuerza, el sentido y la esperanza que la fe cristiana puede proporcionar ante la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, es lo mejor que la comunidad puede aportar al enfermo.

Pero las necesidades pueden ser muchas y de todo tipo. Hay quienes necesitan aliento y fortaleza en momentos depresivos o de abatimiento. Otros necesitan reconciliarse consigo mismos, con la vida, con la familia, con Dios. Hay quienes buscan orientación y asesoramiento, compañía para afrontar la soledad o tener alguien con quien conversar y desahogarse. Otros necesitan ayuda para desplazarse a las consultas.

Necesidades de orden físico, psicológico, moral, espiritual... Necesidades de seguridad y protección, de amor y autoestima, de reconciliación y esperanza... Ante cada enfermo no hay recetas. Es su misma situación la que nos tiene que sugerir qué es lo que puede ser para él *Buena Noticia* de Jesucristo.

• *Renovar la celebración de los sacramentos de enfermos*

La Iglesia, prolongación histórica de Cristo y *Sacramento de salvación* para los hombres ofrece su gracia salvadora y sa-

nadora, con una densidad particular en y a través de los gestos sacramentales. Los sacramentos son, por ello, los gestos en los que, de manera culminante, la comunidad ofrece al enfermo la sanación y salvación de Cristo.

De ahí la necesidad de resituar y celebrar mejor los sacramentos de enfermos superando esa especie de *contacto ritual* con el enfermo y renovando toda la fuerza sanadora que encierran.

La *Eucaristía* celebrada por una comunidad que está cerca del enfermo y el viático que le acerca hasta el lecho es el signo más expresivo y fructífero que la comunidad puede ofrecerle de la gracia que sana y salva, el mejor estímulo para su curación, la mejor ayuda para dar un sí creativo al sufrimiento.

La sanación ha de ocupar también el centro del *sacramento de la reconciliación* para recuperar de nuevo toda su fuerza terapéutica. En su celebración, el sacerdote ha de recordar que, al actuar en nombre de Cristo y de la comunidad cristiana, lo hace no tanto como juez sino como terapeuta, como aquel Jesús que, al perdonar los pecados, reconciliaba y sanaba a los enfermos.

La *unción de los enfermos*, sobre todo cuando es celebrada comunitariamente o con la mayor participación posible de la comunidad, es el sacramento en el que culmina la acción sacramental sanadora de la comunidad cristiana. Ese sacramento es el gesto terapéutico más expresivo y real de la comunidad de salvación que, desde la debilidad y al mismo tiempo la fortaleza de la fe, desea, pide y busca para el enfermo la salud total.

La renovación pastoral no se hará en un día. Es necesario una visión más correcta de los sacramentos, una superación progresiva de costumbres y hábitos inveterados, el testimonio creciente de enfermos que los celebren con fe y, sobre todo, la actuación pastoral sana de los presbíteros.

#### • *Ante el enfermo increíble*

Las comunidades cristianas apenas tienen hoy un planteamiento propiamente evangelizador de cara a los enfermos increíbles. Se les ignora, se les respeta o se mantiene con ellos una relación personal amistosa, pero las comunidades cristianas no se sienten apenas enviadas a ellos.

A mi juicio, hemos de hacer un esfuerzo mayor por descubrir cuál ha de ser nuestra actitud ante el enfermo increíble. Hemos de empezar por conocer mejor las raíces de la incredulidad actual, los diversos tipos de increíbles, los diversos grados de deterioro de la adhesión personal de fe, las razones tan diferentes y variadas del alejamiento de cada uno.

Hemos de reflexionar, luego, sobre el posible diálogo con el enfermo increíble, lo que le podemos aportar y lo que le tenemos que escuchar, los posibles puntos de encuentro, el camino que podemos recorrer juntos.

Creo que el enfermo increíble ha de ser objeto de una atención mucho mayor por parte de la pastoral sanitaria si quiere cumplir su tarea evangelizadora en esta sociedad.

#### • *Algunas exigencias para la P.S.*

Señalaremos brevemente:

1. La necesidad de una P.S. bien organizada y coordinada.
2. La necesidad de una formación adecuada.
3. El compromiso en la renovación de la pastoral sacramental de enfermos.

• El servicio y la ayuda a los enfermos exige hoy en día, sobre todo en comunidades grandes, una P.S. bien organizada y coordinada. Las tareas a realizar son diversas: sensibilización de la comunidad, promoción de la salud, conocimiento de los enfermos, visitas al Centro hospitalario, preocupación preferente por los enfermos más desasistidos... Toda esta actividad, cuando es llevada a cabo por bastantes personas requiere organización, coordinación y animación interior desde la fe.

Una tarea concreta importante es hoy establecer y mantener estrechas relaciones entre la comunidad cristiana y los centros hospitalarios, buscando fórmulas eficaces para tener una buena información sobre los enfermos, asegurar la atención más adecuada y actuar siempre de manera coordinada.

• Por otra parte, la P.S. exige hoy una formación permanente. Sólo la buena voluntad no garantiza ni la eficacia ni la realización adecuada del servicio evangelizador a los enfermos. Ni siquiera la experiencia que da el trato con los enfermos y el conocimiento cercano de la enfermedad y el dolor es suficiente.

La P.S. tiene que cuidar la formación de los colaboradores promoviendo por una parte una formación cristiana (visión cristiana de la salud y de la enfermedad, del sufrimiento, de la vejez, de la muerte; actuación evangelizadora de Jesús; misión actual de la Iglesia...) y, por otra parte, una formación específica en el campo sanitario (promoción de la salud, psicología y problemática del enfermo, mundo hospitalario, derechos del enfermo, etc.).

• Por último, en muchas comunidades la Pastoral Sanitaria está llamada a realizar una tarea indispensable de educación en torno a los sacramentos de enfermos, sensibilizando a los catequistas, estimulando a los equipos de liturgia y urgiendo a la comunidad cristiana a un planteamiento nuevo de su celebración.

## EVANGELIZAR A LOS ENFERMOS MAS NECESITADOS Y DESASISTIDOS

Los enfermos a los que Jesús se acerca representan, sin duda, el estrato más discriminado y marginado. Por ello, una comunidad cristiana que desee prolongar hoy la acción evangelizadora de Jesús no sólo no los debe ignorar, sino que se debe orientar hacia ellos de manera preferente.

Tal vez sea éste uno de los cambios más importantes a introducir hoy en las comunidades cristianas: el esfuerzo por llegar de manera preferente hasta los enfermos a los que nadie llega y atender a los que nadie atiende.

#### • *Desplazamiento hacia el enfermo marginado*

Antes que nada, hemos de introducir en la comunidad cristiana la preocupación de hacerse presente no sólo en el mundo normal de los enfermos sino precisamente en el mundo de los enfermos más olvidados y excluidos. Sin olvidar al enfermo *normal* hemos de desarrollar mucho más la atención al enfermo más necesitado y desasistido.

Este acercamiento hacia el enfermo más olvidado y necesitado se ha de concretar de manera muy clara en toda la actuación de la comunidad cristiana.

Estos son los primeros enfermos que han de ser conocidos

por la comunidad, los primeros con los que hay que conectar, los primeros a los que se ha de acercar la vida de la comunidad, los primeros que han de recuperar su verdadero sitio en la atención y cuidado de la comunidad.

Estos son los primeros enfermos junto a los que hay que estar, ya se encuentren en sus casas, ya estén hospitalizados en un centro o vivan reclusos en alguna residencia.

El acercamiento preferente a estos enfermos, *los últimos* de esta sociedad, el estilo de atenderlos y defenderlos es, en realidad, lo que da su sentido más transparente y evangélico a todo lo que la comunidad cristiana esté haciendo en el campo de la salud.

• *Defensa de los más desasistidos*

Sin descuidar la atención asistencial, la comunidad cristiana tiene que desarrollar mucho más la defensa de los enfermos y, de manera especial, la defensa de los más olvidados e indefensos: defensa de su persona, su dignidad, sus derechos, su lugar en la sociedad, etc. Más en concreto:

- La comunidad cristiana está llamada a defender a estos enfermos frente a la apatía e insensibilidad de la sociedad. Esto exige promover mucho más la sensibilización ciudadana en general y la sensibilización de la misma comunidad donde, con frecuencia, se respira la misma apatía e indiferencia que en el resto de la sociedad.

Esta acción sensibilizadora no es algo abstracto sino una labor muy concreta de mentalización y educación orientada a transformar opiniones, tomas de posición, reacciones y actitudes tanto individuales como colectivas que predominan en la sociedad actual y donde se enmarcan la apatía y el olvido de los enfermos más débiles y pobres.

“Conocer a los enfermos... Acercar la comunidad a los enfermos... Hacer sitio al enfermo en el interior de la comunidad...”

- La comunidad cristiana está llamada también a defender a estos enfermos de la marginación a la que los condena la sociedad. No basta que algunos voluntarios se acerquen a los enfermos olvidados. Es la sociedad entera la que no los debe olvidar ni excluir de sus servicios y su atención social.

La comunidad evangelizadora ha de sentir su responsabilidad de romper ese cerco de marginación social que hemos levantado entre todos. Hay que romper barreras, deshacer prejuicios, recelos y actitudes marginatorias, crear cauces de integración social, hacerles sitio en la sociedad y en la comunidad cristiana, condenar todo lo que sea olvido y descuido de estos enfermos últimos o exclusión de niveles mejores de salud.

- La comunidad cristiana está llamada, por último, a defender a estos enfermos frente a esa injusticia permanente y

estructural de una sociedad que los excluye de una vida más sana. Hay que denunciar la situación injusta de tantos sectores deprimidos que no tienen la posibilidad de cuidar su salud ni tienen acceso a una atención sanitaria digna.

Esta defensa exige la reacción y el posicionamiento de la comunidad cristiana ante situaciones injustas muy concretas, la ineficacia de medidas legales que no se cumplen, mal funcionamiento de instituciones sociales, la pasividad y el desinterés de algunos profesionales, etc.

• *Algunas exigencias para la P.S.*

Señalamos brevemente las siguientes:

- La primera tarea de la P.S. debería ser, tal vez, revisar su actuación, proyectos, organización, etc., para ver cuál es el lugar real que ocupan los enfermos más necesitados y desasistidos. Un equipo de P.S. que los ignore de hecho en su actuación habitual ha de preguntarse seriamente por el sentido evangélico y evangelizador de lo que está promoviendo.

- La P.S. tiene que ser dentro de la comunidad *conciencia crítica* de la apatía e indiferencia hacia los *últimos*. Ha de saber recordar constantemente a los olvidados y ser un foco de sensibilización y de estímulo que, de diversas maneras y junto con Cáritas, Pastoral Penitenciaria, etc., vaya transformando la actitud de la comunidad cristiana y de la sociedad hacia los más pobres e indefensos.

- La P.S. tiene que promover hoy gestos concretos que ayuden a la comunidad a aproximarse al mundo de estos enfermos. Acciones que pongan a los creyentes en contacto directo con los problemas, que los acerquen hasta físicamente a las personas y lugares donde el sufrimiento es más agudo y deshumanizador, y que los impliquen en compromisos concretos.

- No hemos de olvidar la tarea de implicar también a la comunidad en un compromiso real por el Tercer Mundo. La P.S. no se puede sentir ajena a campañas contra el hambre en el mundo, proyectos de Manos Unidas, actividades de *Medicus Mundi* y otras organizaciones que trabajan por un Tercer Mundo más sano.

Una comunidad es realmente evangelizadora en el campo de la salud cuando es Buena Noticia, sobre todo, para los enfermos más pobres.

BREVE BIBLIOGRAFÍA

*La Pastoral Sanitaria en las Parroquias de España*. Labor Hospitalaria, n.º 210 (1988) p. 279-289.

*Pastoral Sanitaria en la Parroquia*. Parroquia Evangelizadora, Madrid, 1889, p. 245-255.

*La fe, fuente de salud*. Bernard Häring, Madrid, 1986, p. 84-95.



# 7. HABLAN

## LAS COMUNIDADES CRISTIANAS

*Como siempre, LABOR HOSPITALARIA ha creído oportuno ofrecer sus páginas para recoger en ellas el sentir de quienes más estrechamente se sienten implicados en el tema que plantea el Día del Enfermo del año correspondiente.*

*Así, este año nos hemos dirigido a un buen número de comunidades cristianas solicitándoles su opinión acerca de cuanto supone la relación con los enfermos. Comunidades parroquiales, movimientos cristianos, delegaciones diocesanas de pastoral sanitaria, Pastores de la Iglesia, comunidades de religiosos,*

*incluidos conventos de clausura... Intentamos abarcar con la mayor amplitud posible el amplio abanico de lo que en la actualidad conforma la dimensión comunitaria eclesial. Tal vez no lo conseguimos; también es verdad que algunos no nos han contestado...*

*Estamos convencidos que las respuestas que nos han enviado y que, a continuación, ofrecemos, conforman un rico mosaico que, de alguna forma, refleja el sentir de nuestras comunidades cristianas ante la realidad del enfermo.*

- 1** ¿Qué puede aportar el enfermo a la comunidad cristiana?
- 2** ¿Están suficientemente valorados los enfermos en sus respectivas comunidades cristianas?
- 3** ¿Qué pasos concretos deberían de dar las comunidades cristianas para situar a sus enfermos en el lugar que les corresponde?



**MARCIANA MOLINA  
LÓPEZ**

*Enfermera de Reanimación*

Pastoral Sanitaria  
Alicante

**1** — La enfermedad por la que atraviesa una persona es una experiencia enriquecedora, inigualable para él mismo y para la comunidad.

— Ejemplo para los demás en las actitudes tomadas por el enfermo, bien sean positivas o negativas, ambas posturas pueden ser motivo de reflexión para la comunidad, acercándola más al verdadero sentido de la vida según las enseñanzas del Evangelio.

— Revitalización de la Fe. La fe no sólo en el sentido tradicional de creer sino en la fe como un compromiso con Jesús, aceptación de la persona de Jesús.

— El enfermo evangeliza a la comunidad. Es el mismo Cristo-Dios quien está enfermo dentro de ella y nos invita a darle nuestro amor con todas sus consecuencias.

— El enfermo es canal y medio para el acercamiento a Dios tanto del creyente como del no creyente. Al primero lo reafirma en su fe y al segundo le descubre cauces nuevos en su vida.

— Por medio del enfermo la comunidad aprecia y pone en alza las verdaderas riquezas de la vida, aquello que tiene auténtico valor en la andadura de una comunidad cristiana: amistad, familia, bienestar, disponibilidad y espíritu generoso, salud corporal y espiritual, caminar unidos por un mismo objetivo: *Jesús*.

— La enfermedad es un buen momento para el acercamiento a la vida espiritual, verdadera forma de tener enfermedad en salud. Con riqueza de vida espiritual el enfermo vivirá su enfermedad y enseñará a la comunidad que lo hace de forma sana. El enfermo es verdadera escuela de vida, enseñante perfecto.

— En el Evangelio, Jesús está con los enfermos; por tanto el enfermo es algo especial, preferido por Jesús, es el gran amigo de Jesús, incluso aunque nunca le hablasen de Él. Momento ideal para su encuentro.

**2** — No, no lo están. Debido a determinados factores sociales, ambientales, psicológicos, etc., la comunidad tiende a

desprenderse de ellos, «escondiéndolos» en determinados centros y bajo el velo de las normas suele olvidarlos. La comunidad cristiana en actos no valora al enfermo, sí en teoría. La comunidad cristiana no lo elige como hizo Jesús, sino que por el contrario lo margina, es una carga, ocasiona problemas a la familia y ésta a la vez no se siente respaldada por la comunidad. El ritmo de vida actual y el pensamiento occidental hace que el enfermo no sea una riqueza espiritual y un regalo de Dios como medio para conocerlo a Él.

**3** — Asumir el concepto de enfermo que nos enseña el Evangelio. Persona preferida por Jesús. Asumirlo con responsabilidad y compromiso.

— La comunidad cristiana debe acercarse a la familia para ofrecer ayuda positiva en el cuidado del enfermo.

— Debe contactar con las personas adecuadas para que las normas de centros hospitalarios no sean un obstáculo en el acercamiento a los enfermos.

— La comunidad cristiana debe llevar el Evangelio al creyente y al no creyente. Actualmente, y amparados en la libertad religiosa, el sacerdote y otros miembros religiosos sólo se ocupan de las necesidades espirituales de aquellos que están muy convencidos en su fe, sólo de aquellos que requieren la presencia del sacerdote y ése no es el mensaje evangélico. Jesús dice, no he venido a curar a los sanos sino a los enfermos. Si abandonamos nuestra acción evangelizadora, nos convertiremos en una religión de las del montón, con un círculo cerrado de miembros.

«Id y predicad el Evangelio a toda criatura».

— La comunidad cristiana debe ofrecer al enfermo valores y elementos que lo sanen abriéndole las puertas de la esperanza y dando seguridad de resurrección en Cristo.

— Actos concretos de los visitantes o agentes de P. S.

— Donde hay un enfermo, la comunidad cristiana debe saberlo, visitarle, llevarle el Evangelio y celebrar junto a él sacramentos como eucaristía, penitencia, unción de los enfermos, viático, en tono festivo y con participación de la comunidad (familia, jóvenes, vecinos, etc.).



**SEBASTIÀ BARDOLET  
I PUJOL**

*Monje benedictino*

Abad de Montserrat

**1** Como miembro escogido del Cuerpo Místico de Cristo, el enfermo, configurado con Él, participa de sus sufrimientos y los completa para bien de la Iglesia y propio, según palabra de san Pablo. El enfermo debe afianzarse en el convencimiento de esta aportación a la obra redentora.

El enfermo aporta, además, una presencia especial de Cristo en relación con aquellos que le ayudan o simplemente le tratan. A menudo se dan casos en los cuales la enfermedad lleva a Dios, y no tan sólo al enfermo, sino también a aquellos que, con actitud de fe, ven en él al mismo Cristo. según la palabra

evangélica: «todo lo que habéis hecho a uno de estos pequeños, a mí me lo habéis hecho».

Si nos referimos al nivel natural, resulta que el enfermo ayuda a tomar conciencia de las limitaciones de la vida humana.

**2** Si nos referimos concretamente al trato que reciben nuestros enfermos y ancianos en la comunidad, éste parte del principio que hallamos en la Regla de los monjes, escrita por san Benito (s. VI). En ella hallamos un capítulo consagrado al «cuidado de los enfermos», además de otras alusiones a los mismos en otras partes de la misma Regla. «Los hermanos enfermos deben ser cuidados como el mismo Cristo, ya que Él nos dirá: Estuve enfermo y me visitasteis». De este principio de la Escritura se sigue como consecuencia: caridad con el enfermo, paciencia con sus exigencias, condescendencia en la comida, en el horario, etc. Esto es lo que nos esforzamos en llevar a la práctica con aquellos enfermos que la Providencia pone en nuestro camino. Quisiera destacar el hecho de que los monjes jóvenes valoran de un modo especial el testimonio de madurez cristiana que dan a menudo nuestros hermanos enfermos.

**3** En primer lugar entrar en el convencimiento del valor sobrenatural del enfermo que ya hemos indicado. Concretamente creemos un punto esencial la integración del enfermo en la vida cotidiana de la comunidad, en la medida de lo posible. Que bajo ningún concepto se sienta marginado o inútil. También, ayudarle a vivir con sinceridad y realismo su misma enfermedad, incluso en el caso en que ésta sea grave y pueda llevarle a la muerte. Convencerse, finalmente, que toda atención, delicadeza y esmero para con el enfermo es poca.



**JESÚS CONDE HERRANZ**

*Capellán  
del Hospital «La Paz»  
de Madrid*

Delegado Diocesano  
de Pastoral Sanitaria  
Madrid

**1** Si el enfermo tiene oportunidades de poder expresarse en el seno de la comunidad cristiana, podrá ofrecerle una aportación mayor o menor, según el grado de madurez humana y cristiana que alcance en el intento de integrar en su persona todo lo que la enfermedad le ha descubierto de sí mismo, de los demás y de Dios. Azorín decía que al hombre *nadie podrá quitarle su dolorido sentir*: esa es la primera lección que todo enfermo puede brindar, y que deberíamos ir hojeando cuantos no hemos pasado aún la prueba de una enfermedad severa. A partir de ahí cada enfermo es el test más fidedigno en el que las comunidades cristianas van marcando cada día sus propias virtudes y defectos, sus capacidades y sus lagunas. Otra cosa es que la comunidad cristiana esté dispuesta a comprobar hasta qué punto supera el test.

**2** Me parece que las comunidades cristianas, en general, no valoran a los enfermos tanto como da a entender la encuesta sobre la pastoral sanitaria en las parroquias de España. No

obstante, creo que poco a poco les van tomando cada vez más en cuenta, y ello se debe en buena medida, dicho sea sin caer en falsas modestias, al buen hacer pastoral de esa minoría, creciente gracias a Dios, de las gentes de pastoral sanitaria.

**3** El primer paso es acercarse a los enfermos, ir adonde ellos están, no tratar de *situar* a los enfermos —eso ya lo hace, y bastante mal, la sanidad oficial—, sino *situarse a su lado y a su altura*, porque lo cristiano es la Encarnación, es decir, descender y no disponer desde la altura. Y, una vez a su altura, escuchar para conocer, y conocer para estar en disposición de poder ayudar en un clima de amor que aúne solicitud y corrección, porque ambas cosas necesitamos los humanos, enfermos incluidos. Sólo así sentirán los enfermos que tienen un sitio en el corazón de la comunidad, y sólo así se ubicarán bien dentro de ella.



**MARÍA CONCEPCIÓN  
SANTOS RUIZ**

*Auxiliar Sanitaria*

Miembro de la Comisión Nacional  
de PROSAC  
Madrid

**1** Resulta difícil aceptar la enfermedad y la muerte como una realidad en nuestras vidas, pero mucho más en nuestros días, con las características que tiene el momento que vivimos donde casi todo se puede programar y predecir. Un tema que se escapa de las programaciones y de las precisiones es mejor esconderlo, ignorarlo, porque nos desborda, y porque aunque sea difícil aceptarlo, está ahí. La enfermedad y la muerte son una realidad.

Yo creo que como cristianos éste es el dato más idóneo que podemos captar para la comunidad de los enfermos hoy. La importancia de vivir la experiencia de la enfermedad y de la muerte en nuestras vidas y desde el evangelio.

**2** Creo que el problema de la valoración de los enfermos o de cualquier otro grupo determinado dentro de la comunidad, radica en primer término, en un tema en el que en la Iglesia nos queda mucho por caminar, y es el avanzar hacia un sentido más auténtico de comunidad. Cuando nos sentimos con más autenticidad miembros de esa comunidad todos los grupos que estén dentro de ella, bien sean enfermos o sanos, jóvenes o mayores, los sentiremos más nuestros y viviremos como tales sus problemas, y ellos vivirán los nuestros compartiendo, por el amor, nuestro caminar como cristianos.

**3** Creo que abrir los ojos sería el primer paso para no tener que situarlos en ningún sitio determinado, sino verlos en el lugar que por sí mismos tienen dentro de la comunidad como cristianos; así no tendríamos que recurrir a otros pasos como:

- Incorporarlos como miembros de la comunidad, de forma real.
- Atenderlos y preocuparnos de que estén atendidas sus necesidades, incluso las espirituales.



**OLEGARIO RODRÍGUEZ  
MARTÍNEZ**

*Sacerdote y religioso*

Coadjutor  
Parroquia Santísimo Redentor  
Sevilla

**1** Un enfermo en medio de una comunidad sana, y más si es cristiana, pues está más sensibilizada en estos temas, puede hacer ricas prestaciones. Y voy a señalar tres:

- «La experiencia finita». La persona enferma no habla *del* dolor, sino *de* su dolor, de su experiencia personal, de su mundo concreto. Y nos descubre el dolor como compartido por muchos, pero cada uno tiene que vivirlo por sí mismo, como algo que le atañe íntimamente a él. Sólo la persona enferma «lo vive», lo «siente» en su carne al vivo. El hombre enfermo se da cuenta de que tiene que sufrirlo él solo, que nadie lo puede reemplazar... «sufre solo»... como «muere solo»...
- La vida es mucho más sencilla de lo que la hacemos a veces. Las personas enfermas enseñan a hacer o replantear una nueva escala de valores por los que se vive, y a ver los problemas en sus justos límites: los problemas cotidianos no se ven tan gordos... el trabajo no es lo más importante de la vida... Los primeros valores en la escala son, ahora, la salud, la familia, la acogida. Cuando se descubre así la vida, las cosas ya nunca más volverán a ser como antes. La enfermedad madura mucho a las familias y a la comunidad, si se sabe aprender.
- El valor de la persona, pero por lo que es, no por lo que hace. En la línea de las ideas lo vemos claro; pero no se asume con el afecto y el corazón. «Ya no soy útil...» «no sirvo para nada...» «ya lo que me queda es dejarme morir...». El enfermo comienza a ocultar su enfermedad. Una persona enferma es minusvalorada. Su enfermedad supone una minusvaloración y menor aprecio. El enfermo que lo ve así corta sus relaciones con su familia, sus amigos... se le deja solo al constatar que ya no puede seguir el ritmo de los sanos... ¿Entonces es que me valorabais por mi «utilidad»? No me amabais a mí, sino vuestra utilidad y provecho...

**2** Si ser valorados es que los enfermos tengan hospital, una familia, una cama... entonces, sí. Pero el mundo del enfermo es mucho más amplio: es una persona y persona cualificada por la sensibilidad ante el sufrimiento. Siempre ha habido sacerdotes, laicos, etc. preocupados por los enfermos. Pero con una atención muy reducida: la pastoral de la administración de los sacramentos. Y las visitas siempre se han hecho pero en plan de amistad. Y ha faltado una pastoral de enfermos organizada en la que colaboren todos: sacerdotes, religiosos, laicos, personal sanitario. Los enfermos en nuestra comunidad se encuentran acogidos y existe la conciencia de que también ellos son pueblo de Dios.

**3** En el fondo basta con estar a la escucha del Señor y al mismo tiempo del enfermo. Estar abiertos a esta doble llamada. Lo importante no es hacer cosas o servicios por el enfermo. Lo importante es *estar* con él... acogerlo... acompañar-

lo... «ser presencia fraternal en el camino de los enfermos» (Ritual de enfermos, n.º 4). En resumen: que cada parroquia sensibilice a la comunidad cristiana a que tomen conciencia de que es «toda la comunidad» la que debe responsabilizarse de los enfermos y de que cada uno está invitado a hacer algo por las personas que están enfermas...

Si de algo sirve como pista de inspiración, en nuestra comunidad cristiana hace año y medio que nació un «*equipo de visitantes de enfermos*» para orar juntos, compartir las vivencias, profundizar ciertos temas del mundo de la salud, preparar a los visitantes y distribuir las tareas. Y un lema que es todo un reto: «El amor es creativo e impulsa a ir al encuentro de los más aislados, de los enfermos, imposibilitados o la tercera edad». Creemos que nuestra comunidad nunca estará completa, que le falta algo, mientras no queden integrados enfermos inválidos y tercera edad, pues todos juntos somos los que formamos el pueblo de Dios.



**ISABEL MATEOS BLANCO**

*Amas de casa*

Cursillos de Cristiandad,  
Archicofradía del Perpetuo Socorro y Pastoral Sanitaria  
Sevilla



**MARÍA DEL ROSARIO MARÍN GUERRERO**

*Amas de casa*

Cursillos de Cristiandad,  
Archicofradía del Perpetuo Socorro y Pastoral Sanitaria  
Sevilla

- 1** Su aceptación y ofrecimiento de su enfermedad.
- 2** En términos generales, sí; pero hay un número que no se integra no por falta de interés de la comunidad cristiana, sino por desinterés de ellos.
- 3** Siendo portadores para hacerles partícipes de las actividades actuales de la Iglesia y así hacerles sentirse integrados si no físicamente sí espiritualmente en sus parroquias.



**MARÍA DOLORES VAREA ANDRÉS**

*Licenciada en Psicología*

Responsable General  
de la Fraternidad Cristiana  
de Enfermos y Mínuválidos  
Borriana (Castelló)

- 1** La capacidad de *vivir* por encima de los inconvenientes de la falta de «salud».  
Su *lucha* por buscar más *salud* para todos.

Puede aprender y enseñar a relativizar muchos valores que consideramos absolutos.

El disfrute de la alegría más profunda y sincera.

En resumen, puede aportar una nueva visión positiva, desde la experiencia, de la enfermedad y del dolor, tratando de construir, entre todos, una nueva teología del dolor.

Igualmente puede ofrecer servicios en la parroquia y en los movimientos, como todo cristiano corresponsable con la tarea evangelizadora de la Iglesia.

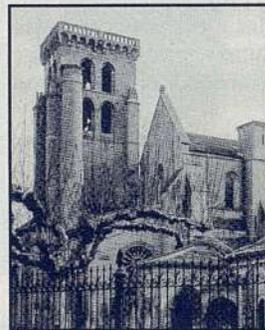
**2** Según, quiénes, cómo, cuándo y dónde... en general no es lo que más se da, y el fallo viene cuando:

- No hay comunidad.
- No hay encuentro ni escucha.
- Se paraliza a la persona y sólo se percibe la parte nada bella, ni apetecible, de la enfermedad.
- Cuando las propias personas enfermas nos agarramos a la comodidad de ser servidos y no nos «levantamos con nuestras camillas» a *dar* la parte que nos corresponde en nuestro aquí y ahora.

No nos sentimos suficientemente valorados, y conseguirlo es tarea de todos.

**3** Antes que nada abandonar *ya* el sentido dolorista y planífero con el que solemos acercarnos al que lo está pasando mal. Tampoco vayamos al otro extremo: vestirnos con volantes y tocar las castañuelas...

Se trata de *acercarnos* dignificándonos unos a otros, *escuchándonos* unos y otros, avanzar en común ayudándonos a descubrir todo lo bueno que tenemos y todo lo que *juntos* podemos *construir*.



**PRESENTACIÓN BALBAS MIGUEL**

*Religiosa*

Abadesa del Monasterio Cisterciense  
de Santa María la Real  
de las Huelgas  
Burgos

- 1** — Es un signo de la presencia de Cristo. «Estuve enfermo entre vosotros».  
— Son miembros asociados a la pasión salvadora de Cristo.  
— Nos presentan la ocasión de ejercitar la caridad.
- 2** En la comunidad monástica el enfermo es un miembro privilegiado, la Regla se preocupa de sus necesidades y prescribe: «Se destinará a los enfermos a unas habitaciones separadas (enfermería) y un servidor temeroso de Dios, solícito y diligente». Entre las buenas obras que el monje debe practicar: «visitar a los enfermos».
- 3** — La familia de los propios enfermos son las primeras en asumir la situación del miembro enfermo, de cuyo amor y solicitud dependen los demás servicios y medios que habrá de aplicarles.  
— Las parroquias, con sus sacerdotes al frente, deben pres-

tar una atención especial a los enfermos organizando los esfuerzos comunes.

— Prestar especial atención a los enfermos pobres, faltos de familia o enfermedades incurables.



### AMALIA RODRÍGUEZ BERNAL

*Licenciada en Medicina*

Coordinadora de la Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria Sevilla

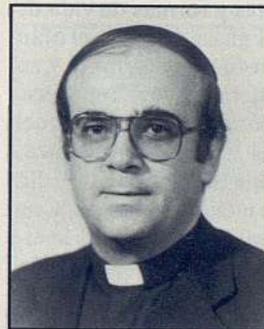
**1** Cuando se nos pregunta sobre la aportación del enfermo a la comunidad cristiana, nuestras respuestas suelen ser muy similares. Efectivamente, todos coincidimos en reconocer su riqueza espiritual y humana, su ayuda para conocer mejor al hombre —frágil y limitado, pero al mismo tiempo con sus inmensas posibilidades—. Aceptamos también normalmente que el enfermo nos proporciona un motivo para reflexionar sobre los aspectos sencillos de la vida y valorar la vivencia intensa del presente como momentos importantes que tienen un sentido en sí mismos. Coincidimos en admitir que nos ayuda a descubrir al otro; la gratuidad de la existencia; la alegría que se experimenta desde la asunción de la propia realidad; y el sentido de la trascendencia, ya que la enfermedad facilita unas posibilidades de vida que no se darían en otras circunstancias y que van más allá de uno mismo, pues afectan a la vida personal, familiar y religiosa que, al contemplarse de otra forma, originan una reordenación de la escala de valores. Y, por último, descubrimos en el enfermo al más fiel testigo del misterio pascual: del Cristo que surge vivo del fondo de la debilidad.

Por todo ello, siempre concluimos que su mayor aportación es que nos evangeliza. Pero, a veces, cuando echamos una ojeada a la realidad de nuestras comunidades, puede parecer que no somos consecuentes con esta rica reflexión, que suena a algo que hemos aprendido un poco de memoria y que lo decimos con relativa facilidad e, incluso, sin un compromiso personal por nuestra parte.

**2** Con respecto a si están suficientemente valorados los enfermos en sus respectivas comunidades, considero que nuestra sociedad vive de espaldas al dolor y aísla y margina al enfermo. Nuestras comunidades cristianas, inmersas en estas estructuras sociales, no suelen estar lo suficientemente sensibilizadas para descubrir en el enfermo al débil, al pobre, al marginado, a aquel a quien Jesús dedicó por amor, con una opción preferencial, gran parte de su vida para ofrecerle la sanación. En consecuencia, el enfermo no ocupa el lugar que le corresponde, sino que se convierte, en la mayor parte de los casos, en objeto de su cuidado pero no en parte activa de la misma. Es precisamente esta falta de consideración hacia la persona enferma en el seno de nuestras comunidades la que provoca un empobrecimiento de las mismas al prescindir de todas estas aportaciones anteriormente señaladas y que, en palabras de S. S. Juan Pablo II, constituyen un importante tesoro de la Iglesia.

**3** En cuanto a los pasos concretos que deberían dar las comunidades cristianas para situar a sus enfermos en el lugar que les corresponde, creo necesarios los siguientes:

- El acercamiento de los miembros de la comunidad cristiana a las personas enfermas —de cada una en particular— y el establecimiento de una relación con buen nivel de comunicación que posibilite el conocimiento de su realidad, sus vivencias, y sus reacciones, su manera de afrontar la enfermedad, el dolor o la muerte, su sentido de la trascendencia, y su imagen de Dios.
- El conocimiento de la realidad familiar en que incide, así como de la problemática socioeconómica y laboral en que acontece.
- El conocimiento de la realidad sanitaria en sus múltiples facetas, con todo lo que ayuda a sanar y todo lo que dificulta el proceso de curación y a veces incrementa el dolor de los enfermos y sus familias.
- La *conversión*, que exige un cambio de mentalidad ante el dolor del otro y un esfuerzo en el ejercicio de la solidaridad y de la auténtica compasión, entendida ésta en el sentido bíblico como expresión de la ternura de Dios y de su amor misericordioso.
- El compromiso de nuestras comunidades cristianas en la lucha por conseguir los condicionamientos sociales, culturales, materiales y religiosos que supongan una mejora en la calidad de vida, la denuncia de situaciones injustas, la defensa de los derechos del enfermo y la promoción de políticas de salud que beneficien a todo el hombre, a todos los hombres, pero sobre todo a los más necesitados. Sin este último paso, difícilmente podremos tener credibilidad ante los propios enfermos y sus familias, y éstos podrán ocupar el lugar que les corresponde.



### FRANCISCO ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

*Sacerdote y religioso*

Superior Provincial de los Religiosos Camilos Tres Cantos (Madrid)

**1** El enfermo, por el hecho de serlo, y sobre todo muchos enfermos, por el modo de afrontar la experiencia de la enfermedad, son memoria, revelación y realización de valores esenciales a la comunidad cristiana. Así, por ejemplo:

- Que la vía del sufrimiento es un lugar privilegiado para el encuentro con el otro y para la evangelización (cfr. SD 3).
- Que el Evangelio es buena noticia sólo para quienes entienden que Jesús ha venido, no para los sanos y los justos, sino para los enfermos y los pecadores.
- Que la felicidad sólo es posible a partir de la aceptación del límite humano.
- Que es necesario encontrarle un sentido al sufrimiento.
- Que es posible ser apóstol desde la enfermedad...

**2** Son todavía pocas las comunidades que han cambiado el *estatuto sociológico* del enfermo: éste es visto más como objeto de cuidados (incluida, entre éstos, la evangelización) que como agente de crecimiento de la comunidad.

**3** Es preciso, ante todo, que la salud y la enfermedad sean entendidas cristianamente. La evangelización ha de atender, por tanto, entre otros, a estos objetivos:

- Enseñar un estilo de vida integralmente sano.
- Introducir la pastoral sanitaria entre los contenidos de la catequesis infantil y de adultos.
- Afinar en todos la sensibilidad hacia el sufrimiento de los demás.
- Descubrir el valor terapéutico de la liturgia.
- Promover campañas en favor de la vida amenazada.
- Descubrir («inventariar»), dentro del ámbito de la comunidad, a los enfermos habitualmente domiciliados...



**Sor MARÍA CRUZ  
ARBELOA HUARTE**

*Religiosa*

Visitadora Provincial  
de la Compañía Hijas de la Caridad  
de San Vicente de Paúl  
Barcelona

**1** El enfermo, por sus vivencias, es aportador de esperanza cristiana en la comunidad. Es capaz de captar la necesidad de otras personas que están, como él, siendo un testigo vivo de Cristo, en sus sufrimientos, limitaciones; por ello es animador y nos evangeliza a todos.

Le ayuda a relativizar muchos valores y formas de vida de nuestra sociedad: la competitividad, el ansia de tener, el afán de consumir, y le hace reflexionar y profundizar en la fe y en el realismo de la vida. Hace a los enfermos muy sensibles.

Con su actitud estimulan a vivir valores fundamentales del evangelio: la gratuidad, la fuerza del amor, la esperanza, la entereza; nos muestran que es posible mantener en medio de la enfermedad la serenidad, la paz e incluso la alegría. Con su ejemplo, su sufrimiento, su fe, la confianza en el que le escucha y comprende, especialmente cuando recibe una atención integral, su paciencia, su radicalidad de la condición de seres limitados, su capacidad de compartir, su abandono profundo y sumisión en los demás dan testimonio de que es posible madurar humana y cristianamente con ocasión de la enfermedad. Por eso la comunidad ha de acogerlos como mensajeros de Dios.

**2** Creemos que sí. Aunque constatamos que hoy no ocupan en nuestra comunidad eclesial el lugar central que tuvieron tanto en la vida de Jesús como a lo largo de otras etapas de la vida de la Iglesia. Tampoco están integrados como miembros activos de la comunidad cristiana; están valorados como miembros pasivos de estas comunidades, *aunque creemos tienen un papel activo como lo reconoció Jesús, que manifestó a través del evangelio que eran ellos sus privilegiados.*

Nuestro mundo vive de espaldas a la enfermedad y aunque toda nuestra civilización parece estar pendiente de la competitividad y productividad, se aprecia una sensibilización y participación creciente en centros sanitarios, parroquias, diócesis, intentándose relaciones más humanas, teniendo en cuenta sus iniciativas.

Existen también grupos cristianos que se dedican a visitar enfermos con verdadero cariño y entrega (aunque se podría programar algún plan organizado, igual que se habla de juventud, ancianos, etc.).

**3** — Manifestarles que la comunidad cristiana es una comunidad de amor, por la entrega personal, abnegación y solidaridad, atendiendo a los derechos y necesidades del enfermo y obrar en justicia.

— Considerar que como personas humanas merecen un respeto y un acercamiento; escucharles y acompañarles en todo momento, preocupándose por sus necesidades tanto materiales como espirituales.

— Intentar integrar a los enfermos en la sociedad y en la comunidad cristiana como miembros plenos, participando y colaborando más activamente a nivel de centros y parroquias en la pastoral sanitaria, dando los pasos necesarios para que haya continuidad en la atención a los enfermos y su bienestar futuro.

— Potenciar, fomentar y cultivar grupos que tengan una actitud de entrega para que puedan seguir el proceso del enfermo, siempre con la necesidad de estar vinculados a un grupo de pastoral sanitaria, donde el agente de pastoral podrá orar, reflexionar y revisar su servicio.

— Que los profesionales y trabajadores cristianos del mundo sanitario unan a la competencia y honradez en el trabajo su cercanía y entrega al enfermo, siguiendo el ejemplo de Jesús.

— Defender con audacia y constancia los derechos humanos de la persona enferma.

— Prestar nuestro apoyo y esfuerzo en la transformación de las estructuras sanitarias para que lleguen a estar al servicio del enfermo.

— Que las familias cristianas sepan ser la Iglesia doméstica, que acoge, consuela y alivia en el nombre del Señor.



**NATIVIDAD  
SÁNCHEZ  
BERMEJO**



**FRANCISCO  
JIMÉNEZ  
SILVA**

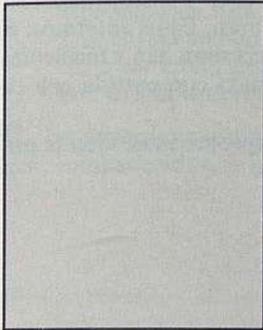
*Matrimonio. Ama de casa, ella. Agente de Seguros, él*  
Cursillos de Cristiandad, y Parroquia de los Redentoristas. Sevilla

**1** Depende de su actitud, que viene determinada por su formación religiosa, y por el enfoque, por tanto, que dé a su enfermedad. Puede vivir amargado y considerarse una carga, o bien puede unir su dolor a la Pasión de Cristo, dándole un valor redentor, para los demás.

De hecho, en un contexto de fe, dice la Sagrada Escritura, «los miembros más débiles, en el Cuerpo de Cristo, son los más necesarios».

**2** No, generalmente no, aunque debemos reconocer que la misma Iglesia está sensibilizándose cada día más por el enfermo.

**3** Entendemos que es una labor de mentalización muy lenta, que podría conseguirse, entre otras cosas, fomentando actos comunitarios, a saber: mesas redondas, conferencias, donaciones colectivas de sangre, etc., y por supuesto, creando equipos de Pastoral Sanitaria en aquellas parroquias donde todavía no los haya.



**LUCILA VELSA DONATE**

*Graduada social*

Coordinadora del grupo «Amistad y ayuda» de Cáritas diocesana El Ferrol

**1** Vivencia de su enfermedad:

- Aceptada: resignación, ejemplo de vivencia espiritual interna, etc.
- No aceptada, que nos lleva a comprender su dificultad.

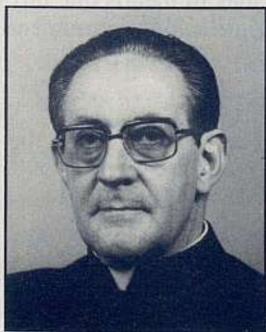
**2** Rotundamente, no.

**3** — Preocuparse en serio de ellos, acompañarlos, comprenderlos, que se sientan queridos y necesarios, ayudar a quienes les rodea.

— Ver si pueden desarrollar alguna actividad y facilitarles el acceso a ellas.

— Darles a conocer sus derechos como enfermos y gestionarlos.

- asistencia sanitaria adecuada;
- atención a la tercera edad;
- asistencia a domicilio;
- etc.



**Mons. TOMÁS GUTIÉRREZ CALZADA**

*Obispo*

Vicario Regional del OPUS DEI en España Madrid

**1** Para los cristianos, la solidaridad con el enfermo supone una experiencia fundamental, ya que —sea quien sea— hace presente a Cristo que sufre entre los hombres (cfr. Mt 25, 34-40). El misterio del dolor, vivido cristianamente, ayuda a profundizar en el amor, a abrirse a los demás, saliendo de una existencia aburguesada y consumista.

Los enfermos pueden multiplicar el efecto de su aportación si siguen el ejemplo de la pasión de Cristo: su oración serena, el afán redentor, su paciencia, su gratitud, el buen humor.

**2** La Iglesia, fiel al espíritu de las bienaventuranzas, se ha destacado siempre por su atención a los enfermos. Más allá de las estrictas obligaciones de justicia, ha sabido llegar con la caridad a los enfermos, a las personas que sufren. Es cierto que el Estado del Bienestar ha extendido la asistencia sanitaria a la mayor parte de la población. Pero quedan aún muchísimas personas encerradas en las llamadas bolsas de pobreza del *cuarto mundo*. Esto supone un reto a toda conciencia cristiana.

**3** La consideración del dolor como experiencia privilegiada para el encuentro con Cristo trae consigo numerosas consecuencias. Apunto algunas:

- Procurar una asistencia espiritual cualificada a los enfermos, que fortalezca su alegría y su esperanza sobrenatural.
- Sensibilizar a los cristianos para que respalden, también económicamente, las iniciativas hospitalarias y asistenciales promovidas por instituciones de la Iglesia y por tantos cristianos competentes.
- Recuperar el sentido cristiano del dolor, en las personas y en las familias, frente a la presión social del materialismo y el egoísmo.
- Promover, como medio de formación para la juventud, las visitas a personas enfermas.
- Transmitir a los profesionales de la sanidad la convicción práctica de su llamada a la santidad, de acuerdo con la doctrina proclamada en el Concilio Vaticano II: si ven en cada enfermo a Cristo paciente, serán para él Cristo que sana.



**INMACULADA ORTIZ DE LA TABLA**

*Laica*

Representante del grupo de Pastoral Sanitaria en el Consejo de Pastoral de la Parroquia de San Antonio María Claret Sevilla

**1** El enfermo, como miembro de la comunidad parroquial, es muy útil para ésta; le aporta su testimonio, sus oraciones, su sufrimiento y su amor, ya que el estar enfermo no le impide amar.

El enfermo nos aporta, además, su sentido particular del tiempo; él valora con toda intensidad su momento presente y valora mucho todo lo que tiene, incluso las pequeñas cosas.

El enfermo nos enseña a valorar la salud, lo que es dormir a gusto, comer con ganas, trabajar... Y que tanto la vida, el placer y el dinero como todo lo que tenemos son valores muy relativos.

**2** Opino que no. El cristiano necesita que le recuerden que hay unos *hermanos* enfermos que esperan su visita. La mayoría no se acuerda, y por tanto no tiene en cuenta que hay personas enfermas para las que una visita es un alivio, por muchas razones que el que está sano no las ve. La vida del

enfermo, además de transcurrir entre dolores, es monótona; el enfermo se considera, muchas veces con razón, olvidado y aislado del resto. El enfermo necesita contarle cosas a alguien y preferiblemente que no sea a uno de los que conviven con él; el enfermo necesita sentirse útil en algo; necesita cariño, necesita muchas cosas y tiene mucho tiempo para pensar.

Lo que no sabe la comunidad cristiana es que los enfermos están esperando una visita para cubrir, aun sin saberlo, parte de esas necesidades.

Pero esto ni lo sabe la comunidad cristiana ni los familiares de los enfermos. Por eso, muchas veces no abren las puertas de sus casas.

Hay una labor muy grande por hacer para sensibilizar a la comunidad cristiana y dentro de ella a los familiares de los enfermos. Somos tan orgullosos que creemos que no necesitamos de nadie, ni siquiera para atender *totalmente* a nuestros familiares enfermos.

**3** Hoy ya se están dando pasos importantes, pero insuficientes. Ya se habla de la enfermedad y de los enfermos en las comunidades cristianas y por medio de seglares; no es ya misión exclusiva de los presbíteros. Pero la labor de sensibilización tiene que ser más intensa y más constante. Además, hay campos donde aún no se ha llegado. Por ejemplo, en las catequesis de primera comunión, en las de confirmación, en los cursillos prematrimoniales... la Pastoral Sanitaria no tiene un hueco todavía.

Por supuesto que el conseguir una mayor sensibilización es labor de todos los grupos de Pastoral Sanitaria, pero también desde la diócesis hay algo que hacer, tanto en los programas de catequización como con los párrocos.



**Sor EDESIA RODRÍGUEZ  
CORO**

*Religiosa*

Superiora General  
de las Hermanitas  
de los Ancianos Desamparados  
Valencia

**1** «Vuestro apostolado: estar unidos a Dios y orar por los que no le conocen» (Juan Pablo II en Helsinki 6-6-89). Estas recientes palabras del Santo Padre son todo un compendio de la aportación que puede ofrecer un enfermo en su estado debilitado de inercia, que le lleva a la conclusión de su impotencia y total dependencia de Dios.

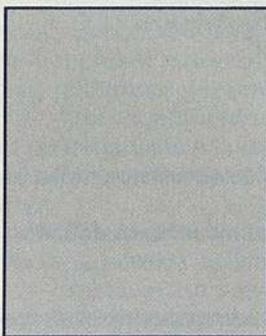
La aceptación paciente de su sufrimiento, su cruz, el dolor ofrecido como reparación, puede llegar a descubrir en cuantos le rodean el auténtico amor de Dios, tan difícil de reconocer muchas veces, cuando disfrutamos de valores físicos y humanos.

**2** Creo sinceramente que no. Tal como la sociedad valora hoy al hombre, atendiendo más a su fuerza, ciencia, poder... no siempre sabe profundizar el precio de la decadente situación del enfermo, máxime cuando exige sacrificio y renuncia su atención, y por ello, más bien trata de enajenarse de sus servicios.

En cuanto a la asistencia hospitalaria de estos enfermos, reconozco se ha logrado mucho, pero queda mucho más por conseguir hasta llegar al nivel que requiere el progreso humano, más importante aún que el de la técnica o la ciencia.

**3** Como representante de una congregación benéfico-asistencial, que se ocupa de los enfermos incurables, como son los ancianos más pobres y marginados de la sociedad, creo que todos deberíamos tomar conciencia de una mejor atención a ellos. Las exigencias de la sociedad actual han hecho perder a muchas personas esa sensibilidad y afecto que debemos a nuestros mayores-enfermos. La escasez de vida familiar y hogareña les hace desentenderse de ellos y excluirles del entorno familiar que algunos tanto añoran. Estos enfermos, en el umbral de su existencia, no sólo necesitan pan y medicinas, sino atención, cercanía, escucha, ayuda compartida con cariño y comprensión.

En esta labor estamos todos comprometidos. Con la gracia del Señor queremos conseguirlo.



**JOSÉ VEIGA GARCÍA**

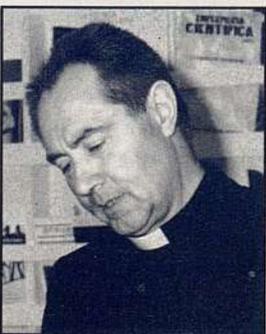
*Auxiliar administrativo  
(jubilado)*

Colaborador parroquial  
El Ferrol

**1** Prestar la suficiente atención a sus problemas y actitudes para sentirse catequizado por el propio enfermo.

**2** No. Ha habido un proceso profundo en el paso de una sacramentalización para *enfermos*, quizá un tanto deshumanizada, a una dejadez me atrevería a decir en algún caso desprecio de la atención sacramental del enfermo aunque en algún caso se le atienda materialmente. Bien, pero eso es la meta del cristiano.

**3** Fundamentalmente una pastoral sanitaria aceptada, compartida y hecha realidad por todos los agentes de pastoral. Que el grupo de enfermo no sea ni más ni menos que otros grupos a los que hay que atender (iniciación, catecumenado, etc.).



**Mons. JAVIER OSÉS  
FLAMARIQUE**

*Obispo de Huesca*

Presidente de la Comisión Episcopal  
de Pastoral  
Huesca

**1** La conciencia de que Alguien, no nosotros, es el dueño absoluto de la vida y de la salud, pero a la vez que nosotros

somos responsables de ellas y que hemos de aprender a vivir en salud o en enfermedad.

- Que la salud física o psíquica no es el supremo valor para el hombre.
- Que se puede padecer enfermedad siendo a la vez testimonio de vitalidad en el espíritu.
- Que tanto la salud como la enfermedad son valores relativos, que relativizan mucho nuestros proyectos humanos y ciertas ilusiones que desmedidamente nos forjamos.
- Que el ser enfermo forma parte, también, del ser humano.
- Que el enfermo forma parte de los pequeñuelos a los que Jesús prefiere, con los que más se identifica y a los que especialmente hemos de servir.
- Que el ser enfermo no equivale, en la comunidad cristiana, a ser inútil, sino que la enfermedad, vivida en unión con Cristo, aprovecha a la misión de la Iglesia.

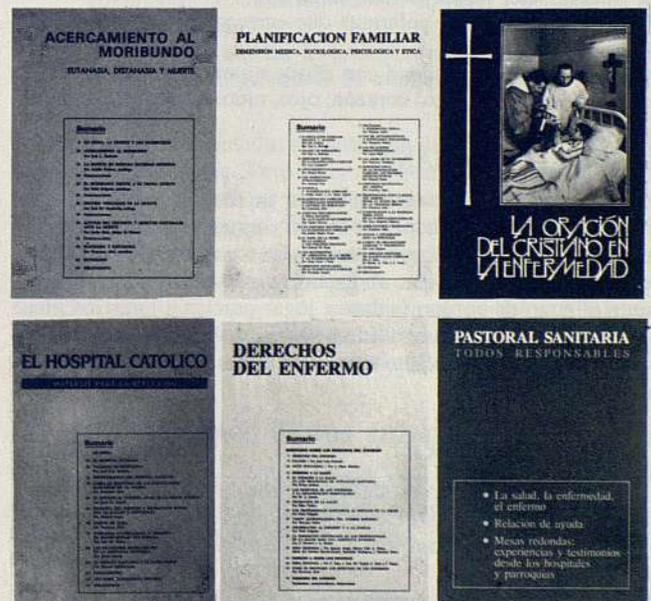
**2** En general, no están suficientemente valorados. Son, más bien, compadecidos, se les ve como destinatarios de la acción

pastoral de la Iglesia, pero no como sujetos de la evangelización activos y corresponsables en ella, al igual que todos los demás; y que, como personas, junto a la limitación de su enfermedad, tienen muchas posibilidades.

- 3** — Que se eliminen las barreras arquitectónicas.
- Que la comunidad cristiana haga llegar a los enfermos las informaciones y noticias de la parroquia o comunidad y que a los demás, por ser sanos, llegán con absoluta facilidad.
- Que la comunidad esté informada de sus enfermos y a través de quienes los visitan mantenga la comunicación con ellos.
- Que tengan facilidad para recibir los sacramentos cuando lo deseen.
- Que algunos enfermos o minusválidos de determinada condición, participen también con responsabilidad en algunos organismos parroquiales o diocesanos.

- LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD N.º 137 (1971)
- EL ABORTO (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA, DISTANASIA Y MUERTE (1979) (agotado)
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO, N.ºs 179-180 (1981)
- PASTORAL SANITARIA (Todos responsables), N.º 185 (1982)
- EL HOSPITAL CATÓLICO, N.º 188 (1983)
- LOS TRASPLANTES, N.º 194 (1984)
- EL VOLUNTARIADO EN LOS HOSPITALES N.º 198 (1985)
- CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS Y NORMATIVAS ÉTICO-JURÍDICAS RECIENTES, N.º 202 (1986)
- UNA ORDEN HOSPITALARIA PLANTEA SU FUTURO N.º 206 (1987)
- LOS ENFERMOS MÁS DESASISTIDOS Y NECESITADOS N.º 208 (1988)
- LA FAMILIA DEL ENFERMO, N.º 211 (1989)
- INGENIERÍA GENÉTICA AL SERVICIO DE LA PERSONA N.º 214 (1989)
- LA COMUNIDAD CRISTIANA Y LOS ENFERMOS N.º 215 (1990)

## Números monográficos de Labor Hospitalaria



Pídalos a la dirección de la Revista

# 8. CATEQUESIS PARA LA COMUNIDAD CRISTIANA

**LABOR HOSPITALARIA quiere acoger en sus páginas el material didáctico que el Departamento de Pastoral Sanitaria de la Comisión Episcopal de Pastoral ha editado con motivo del «Día del Enfermo 1990».**

**Poseen estos folletos una indudable fuerza expositiva por su sencillez y por su estructura, siendo valiosos elementos para una acción pastoral efectiva a todos los niveles, especialmente parroquiales y de grupos eclesiales.**

**Aplaudimos esta iniciativa esperando que sea utilizada extensa e intensamente.**

otra alegría más escondida, pero más bonita, cuando no nos lo guardamos para nosotros, sino que lo compartimos con los demás.

## PARA EL CATEQUISTA O EDUCADOR

- Leer previamente el artículo *El Samaritano: hacerse cercano*, de Dolores Aleixandre, en Proyecto Catequista, n.º 36.
- Usar como materiales de apoyo el montaje «Seis en uno» y el disco *Parábolas I* (Canción *Camino de Jericó*).

## Experiencia humana

- Cada niño dibuja en una hoja el contorno de su pie y en otra el de su mano.
- Entre todos, con ayuda del catequista, dibujan en un mural grande la silueta de un niño o una niña. Dialogar sobre lo que puede hacer con: su corazón, sus ojos, su boca, sus manos, sus pies..., e irlo escribiendo alrededor.
- Releer lo escrito y subrayar con tizas o rotuladores de dos colores diferentes las acciones que son para uno mismo y aquellas en las que intervienen los demás o que podemos realizar en favor suyo.
- Recordar si hemos usado alguna de esas partes de nuestro cuerpo para relacionarnos con algún enfermo: ojos para fijarnos en si necesitaba algo, boca para interesarnos por él, oído para escucharle, pies para acercarnos, etc.

## MENSAJE

• Un día contó Jesús esta parábola: Érase una vez un hombre que bajaba de Jerusalén a Jericó, y fue asaltado por los bandidos. Le arrancaron los vestidos y le apalearon, dejándolo medio muerto en el camino.

Poco después, bajaba un sacerdote por el mismo camino. Pero no se paró a socorrer al pobre hombre, sino que pasó de largo. Luego pasó por allí un maestro, pero apresuró la marcha de la misma manera. Por fin, llegó un forastero. Sintió compasión del pobre hombre y cruzó hacia donde él estaba. Le vendó las heridas, lo montó en su cabalgadura, le trasladó al mesón y le atendió toda la noche.

A la mañana siguiente, tenía que reanudar la marcha, por lo que dejó dinero suficiente para que el hombre quedase más tiempo en el mesón, y prometió volver más tarde para pagar la cuenta. Entonces dijo Jesús: «¡A esto le llamo yo ser un amigo verdadero!» (Lc 10, 30-37).

- Dialogar con los niños para descubrir cómo usó aquel forastero cada uno de sus sentidos en favor del herido:

## I

# CATEQUESIS PARA NIÑOS

## OBJETIVOS

- Ayudar al niño a descubrir:
  - el regalo de su corporalidad, de sus capacidades de ver, sentir, pensar, oír, hablar, hacer, caminar...
  - que hay personas enfermas que carecen de algunas de esas posibilidades,
  - que «hacer comunidad con ellos» supone acercarse y poner a su servicio nuestro corazón, ojos, oído, boca, manos, pies...

## EXPERIENCIA HUMANA

• El gozo de poder ver y disfrutar de todo lo bello que hay en el mundo; el gozo de poder sentir y amar con nuestro corazón, de ser capaces de comunicarnos, de crear cosas bonitas con nuestras manos, o acariciar un cachorro, o ayudar con ellas a un amigo; el gozo de correr y saltar y jugar gracias a nuestros pies.

• El dolor que hemos sentido a veces en alguna de esas partes de nuestro cuerpo o el que vemos que tiene algún enfermo que conocemos.

## CONTENIDO-MENSAJE

Jesús nos pone como modelo a un hombre que supo acercarse a alguien que estaba sufriendo y usó para él sus posibilidades de atención, escucha, comprensión, compasión, fuerza, dinero...

## EXPERIENCIA CRISTIANA

Experimentamos que hay mucha alegría en la posesión de todo lo que hemos recibido de Dios. Pero sabemos también que hay

- sus oídos debieron oír sus quejidos,
- sus ojos lo vieron,
- su corazón se conmovió,
- sus pies le llevaron hacia él,
- sus manos le curaron y le colocaron luego en la cabalgadura,
- su boca se comprometió al prometer al posadero que le pagaría lo que gastase.

• Representar algunas escenas imaginarias: por ej., en una, el forastero escucha y ve, pero su corazón no se conmueve y sigue adelante; o se acerca, pero tiene miedo de que le acusen que ha sido él el que le ha dado la paliza y sigue adelante, etc.

• Imaginar otra escena posible: un año después, el hombre, ya curado, escribe una carta al forastero que le cuidó. Redactar la carta entre todos.

• Otra posibilidad: el forastero y el hombre herido se encuentran otra vez en el camino de Jericó: representar la escena.

## Experiencia cristiana

• En un papel continuo largo dibujamos un camino y, al final de él, la frase: *La comunidad cristiana y los enfermos*.

El catequista explica cómo lo que tiene que distinguir a los amigos de Jesús es su manera de comportarse con los hermanos más débiles, y los enfermos son de ese grupo de hermanos que más lo necesitan; por eso hay que atenderlos y quererlos especialmente.

• En unos momentos de silencio, cada niño escribe, dentro del contorno de su mano, que dibujó anteriormente, una oración corta en la que expresa su deseo de hacerse amigo y cercano de los enfermos. Pegan en el camino la huella de su pie que tienen dibujada.

- Se leen las oraciones que ha escrito cada uno.
- Oímos la canción: *Camino de Jericó*, cantando el estribillo.

## ORACIÓN

Jesús, Tú que te acercaste a los enfermos y ponías tu mano sobre cada uno, *haz que en la comunidad de cristianos sepamos tratar con especial cariño a los enfermos*.

Jesús, Tú que les decías palabras de aliento: «No temáis», «¿Qué quieres que te haga?», «Ten ánimo, hijo»... *enseñanos a encontrar también nosotros palabras que den alegría a los enfermos*.

Jesús, Tú que sabías darte cuenta de quién tenía un problema o un sufrimiento a tu alrededor antes de que te lo dijese, *enseñanos a estar atentos a los que lo pasan mal alrededor de nosotros*.

Jesús, Tú que escuchaste las súplicas de los enfermos: «Señor, si quieres, puedes curarme», «El que amas está enfermo», «Ten compasión de mi hijo, que sufre mucho»... *enseñanos a no olvidarnos de pedir por los enfermos en nuestras oraciones*.

Señor Jesús: Tú que eres *Vida, Fuerza y Luz* para todos, haz que los enfermos de nuestra comunidad te sientan cercano a ti a través del cariño y el cuidado con que nosotros nos acercamos a ellos. Gracias, Jesús. Amén.

## II

# CATEQUESIS DE JÓVENES

## INTRODUCCIÓN

Los jóvenes, normalmente, no estamos en contacto con la enfermedad, el sufrimiento, las limitaciones físicas y minusvalías...

ni con los que las padecen. Tendemos a pasar de largo. Ya que, por una parte, estamos viviendo en una cultura del bienestar que silencia y oculta estas realidades, son temas tabú; y por otra parte, no hemos experimentado personalmente la enfermedad.

Los jóvenes entramos en contacto con la enfermedad cuando nos afecta directamente en la persona de un familiar cercano, de un vecino, de un compañero de clase que ha sufrido un accidente o ha enfermado de gravedad.

El contacto con los enfermos o minusválidos, cuando se produce, nos impacta y provoca en nosotros reacciones diversas: miedo, rechazo, huida, acercamiento superficial, compromiso circunstancial de ayuda, compromiso serio de donar una parte de nuestro tiempo a ellos.

El contacto frecuente con los enfermos o minusválidos deja huella en nosotros los jóvenes; nos enfrenta con los grandes interrogantes de la existencia, nos ayuda a madurar humanamente y en su fe.

La comunidad cristiana ha de facilitar nuestro contacto con los enfermos, ha de hablarnos sobre la enfermedad, el sufrimiento... ya que forman parte de la vida y también del mensaje cristiano, y nos ha de invitar a incorporarnos a su acción de curar a los enfermos.

## OBJETIVOS

- Acercarnos a una realidad con la que los jóvenes no solemos estar en contacto: los enfermos y minusválidos.
- Concienciarnos de que curar a los enfermos es una tarea evangélica de la comunidad cristiana de la que nosotros, los jóvenes, somos también responsables.
- Descubrir las posibilidades que los jóvenes tenemos de ayudar a los enfermos y minusválidos y concretar unos compromisos.

## PARA EL CATEQUISTA

- La catequesis consta de tres partes:
  - 1.ª Acercarse a los enfermos y minusválidos para ver su situación y descubrir lo que necesitan y esperan de nosotros.
  - 2.ª Reflexionar sobre la misión de curar a los enfermos que la comunidad cristiana ha recibido de Jesús y de cómo la está desempeñando.
  - 3.ª Concretar lo que los jóvenes podemos hacer con y por los enfermos y minusválidos en nuestra parroquia, comunidad o grupo.
- La catequesis brinda, en cada una de las partes, sugerencias sobre la metodología. Pero es el catequista quien ha de concretarla y quien ha de utilizar aquellos elementos que tengan un mayor gancho para el grupo de jóvenes con el que va a realizarla.
- Conviene dejar de lado cuestiones como: la existencia o no de la parroquia como comunidad de creyentes o como centro de servicios religiosos o lugar de culto; el porqué del sufrimiento... y centrarse en el tema de la comunidad y los enfermos.
- Se sugiere realizarla al menos en dos sesiones.

## 1. ¿Qué sabemos de los enfermos?

Vamos a hacer un esfuerzo por acercarnos personalmente y con el grupo a las experiencias de enfermedad y de dolor que nos rodean. Hay muchas formas de hacerlo. Elegimos una o dos que estén más a nuestro alcance.

- Redactar y compartir nuestra propia experiencia de enfermedad o de un accidente —si lo hemos tenido— o del dolor por la enfermedad/muerte de un familiar cercano, de un compañero, por el accidente de un amigo...

- Visitar a un par de enfermos o minusválidos del barrio, de la parroquia, si son jóvenes mejor, interesarse por ellos y preguntarles: ¿Cómo viven su enfermedad o minusvalía? ¿Qué les ayuda a vivirla? ¿En qué te ha cambiado? ¿Qué piden y esperan de los jóvenes?
- Visitar un centro que atienda a enfermos: hospital oncológico, psiquiátrico, residencia de ancianos, un centro para minusválidos.
- Preguntar a varios jóvenes de nuestro propio ambiente (pandilla, centro de estudios, familia, barrio...) éstas o parecidas cuestiones: ¿Has estado enfermo alguna vez? ¿Cuánto tiempo? ¿Cuál ha sido la experiencia de enfermedad —tuya o de otros— que más te ha impresionado? ¿Por qué?
- Dialogar sobre alguno de los siguientes testimonios.

«Hace ocho días de mi llegada a este pueblo. Vivo en la antecámara del infierno. Todo el día sentado en una cama, con los pies colgando y muerto de frío. Hoy se acabó la bombona de butano y hasta el miércoles o sábado no vienen. Me operaron hace 16 meses para que respirara y a partir de ese día dejé de respirar y de dormir, dejé de hablar, de oler y hasta perdí el paladar. Me faltan las fuerzas día a día. Ando con dificultad y las mayores distancias son 20 metros. *Lo único agradable es la visita del joven que vino a verme. Es estupendo. Fue un rayo de luz en este infierno.* Que Dios se lo pague, yo no voy a poder hacerlo. Estoy muy triste y muy pesimista. La única vez que pido a Dios algo y es que esto dure poco, que me duerma un ratito y no me despierte» (EUGENIO).

«Soy un joven de 30 años. Siete de los cuales los he pasado *enganchado* a la droga. Al sentirme enfermo, me volví a hundir, no encontraba salida y yo no la quería buscar; una vez más, gracias al apoyo de mi familia y a los adelantos de la medicina vivo con la esperanza de superarme y gozar algún día de un trabajo que persigo incansable. No soy practicante, ni un fervoroso creyente. Sin embargo, sé que en mi actual *juventud* mucho le debo a las oraciones, ayudas y acogida de las personas llamadas de Iglesia. Seguid acogiendo a todos los marginados porque sois el mejor testimonio de que hay un Dios que nos ama... porque el resto de la sociedad nos rechaza...» (ENRIQUE).

«Me llamo Ana, y a los 16 años empezó a desarrollarse en mí una enfermedad que me resistía a aceptar, deseando incluso la muerte, cosa que llegué a intentar en alguna ocasión. Durante unos años yo sólo pensaba en aprovechar la vida al máximo y rechazaba cualquier propuesta de valorar la vida si tenía que ser como minusválida. Gracias a la intervención de otros minusválidos creyentes llegué a mi situación actual; ahora tengo 30 años, vivo mi minusvalía con aceptación y tengo enormes ganas de vivir y de hacer algo positivo. Tengo lo mejor que podía sucederme, aceptar mi enfermedad, aunque muchas veces aún me deprimó y siento ganas de morirme. Pero ahora sé que no estoy sola y que Dios está conmigo y esto me ayuda a vivir con ilusión. Comparto mi vida con mi padre y hermanos y su amor me da fuerzas para luchar. Formo parte activa de equipos de formación y organización de la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos y ello me ayuda a pensar en los demás y a buscar juntos la solución a nuestros problemas, animados por el espíritu de Jesús» (ANA).

- *Cada miembro del grupo pone en común, sin comentario, la síntesis de la actividad que ha realizado. Y se abre un diálogo sobre el tema; la realidad de la enfermedad que nos rodea. Cada uno, incluido el catequista, manifiesta su experiencia personal, sus impresiones, su opinión, su actitud... Al final, el diálogo se centra en torno a dos cuestiones: ¿Qué necesitan los enfermos y minusválidos? ¿Qué esperan de nosotros?*

## 2. No podemos pasar de largo

Nos hemos acercado a la experiencia de algunas personas que están enfermas o minusválidas, les hemos visitado, escuchamos

su testimonio y hemos descubierto que hay muchos enfermos y minusválidos solos, abatidos... que necesitan una mano decidida que les diga «levántate y anda», unas manos y un corazón en los que apoyarse y sentirse amados..., unos hermanos que lo sean de verdad. Porque, como decía Juan Pablo II a los jóvenes enfermos en Santiago, «quien sufre no sólo busca un alivio a sus dolencias o limitaciones, sino también al hermano o hermana, capaz de comprender su estado de ánimo y ayudarlo a aceptarse y a superarse en su vida diaria».

Los jóvenes cristianos no podemos pasar de largo ante las peticiones de ayuda que nos llegan de nuestros hermanos enfermos. Sería inhumano y además no seguiríamos el ejemplo y el mandato de Jesús, el Señor. Vamos a reflexionar sobre la actuación de Jesús con los enfermos.

### JESÚS NO PASÓ DE LARGO

«El mundo de los enfermos aparece en los Evangelios como el campo privilegiado de la actuación de Jesús. Jesús no pasa de largo ante los enfermos. Está cerca de ellos... los acoge, escucha, comprende, interpreta sus deseos, les infunde fe, aliento y esperanza. Les ayuda a descubrir que no están solos y abandonados de Dios. Estimula su protagonismo y los reintegra en la vida social. De Él se dirá: "Pasó haciendo el bien y curando" (Hch 10, 38).

»Jesús no cura sólo la enfermedad exterior, ofrece en la curación corporal la sanación interior de la persona; le libera de la culpa y le reconcilia con Dios (Mc 2, 5); le abre al mensaje de la Buena Nueva (Mc 7, 34), le devuelve la paz y la salvación total de parte de Dios (Jn 5, 14)» (*La asistencia religiosa en el hospital*).

Así actuó Jesús y así quiere que actúen las comunidades cristianas a las que manda curar a los enfermos y atenderles con la misma solicitud: «En la ciudad en que entréis y os reciban... curad los enfermos que haya en ella...». El gesto de curar a los enfermos es uno de los signos privilegiados que Jesús ha encomendado a su Iglesia para manifestar la llegada del Reino. «..., y decidles: El Reino de Dios está cerca de vosotros» (Lc 10, 8-9).

Vamos a reflexionar sobre cómo desempeñan hoy las comunidades cristianas esta misión de «curar a los enfermos».

### COMUNIDADES QUE CURAN

Las comunidades cristianas *curan*, es decir, son fuente de salud para los enfermos y minusválidos cuando:

- Les conocen y se interesan por ellos.
- Les acompañan en su soledad.
- Comparten sus luchas y rebeldías, sus dolores y debilidad.
- Luchan por sus derechos.
- Les hacen experimentar que son aceptados y queridos como tales.
- Les liberan de las consecuencias más dolorosas de su enfermedad o minusvalía: verse solos, aislados, inútiles y un estorbo para los demás.
- Les apoyan y alientan en su lucha por superar la enfermedad o por asumirla y vivirla de forma positiva.
- Les hacen partícipes de la vida y servicios de la comunidad.
- Se dejan evangelizar por ellos.
- Les ofrecen la Palabra de Dios y los sacramentos que sanan.
- Oran por ellos y con ellos.
- Cuidan a los que cuidan y asisten.
- Atienden con preferencia a los enfermos más pobres.

Y nuestra parroquia, nuestro grupo cristiano, ¿qué está haciendo con los enfermos? ¿En qué colaboran y cómo participan los jóvenes?

*Sería muy útil escuchar a una o varias personas su experien-*

cia evangelizadora con y desde los enfermos, experiencia motivada por la fe y vivida desde una comunidad (parroquia, grupo, comunidad religiosa, movimiento apostólico, delegación diocesana, centro hospitalario...). Conviene invitar a personas con gancho, no muy mayores, e informarles sobre el grupo y sobre los objetivos de su intervención.

Lo que estamos haciendo, ¿crees que es suficiente y que está en consonancia con lo que hacía Jesús? ¿Podría mejorarse?

### 3. Ve y haz tú lo mismo

A nosotros, los jóvenes, nos dice Jesús: «Ve y haz tú lo mismo». Guiados por el Espíritu, hemos de descubrir hoy nuestra propia tarea y realizarla con continuidad y coherencia con el Evangelio.

¿Hay algo que podríamos hacer los jóvenes con y por los enfermos y minusválidos de la parroquia? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo? El grupo lo habla, lo discute y, al final, concreta el plan de acción, los compromisos, su participación en la celebración del Día del Enfermo y cuándo van a evaluar estos compromisos adquiridos.

#### SUGERENCIAS

- Visitar a un familiar cercano que está enfermo.
- Visitar a un enfermo del barrio una vez al mes.
- Hacer un estudio de los enfermos jóvenes que hay en el barrio.
- Conocer la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos y ver cómo podemos colaborar.
- Participar en la peregrinación de enfermos que organiza la Hospitalidad de Lourdes.
- Conocer las asociaciones y grupos de voluntariado al servicio de los enfermos y minusválidos.
- Participar en la Pascua juvenil que organizan las Juventudes Hospitalarias en hospitales.
- Hablar con jóvenes que dedican una parte de su vida a los enfermos.
- Ofrecernos para participar en las fiestas que se celebren en el hospital, en la residencia de ancianos...
- Ir a un centro para acompañar y animar a los enfermos o minusválidos.
- Sacar a pasear a un enfermo o minusválido que no puede hacerlo él solo.
- Ofrecernos para llevar a enfermos/minusválidos de excursión, de merienda, al cine, o a la parroquia para participar en la misa.
- Formar un grupo para ir a visitar periódicamente a los enfermos de un hospital.
- Hacerse donante de sangre.
- Plantearnos la donación de nuestros propios órganos en caso de muerte.
- Cambiar nuestros comportamientos de insolidaridad con los enfermos y personas mayores de nuestro grupo y familia.
- Asistir a las colonias para minusválidos que organizan la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos y otros movimientos.

¿Y yo qué estoy dispuesto a hacer con y por los enfermos y minusválidos? Realizamos un sencillo plan de acción que concrete nuestro compromiso personal.

Terminamos leyendo las palabras que dijo al papa Juan Pablo II una joven, en nombre de los jóvenes que se dedican a los enfermos y minusválidos:

«Agradecemos de corazón a los enfermos, a los minusválidos y a sus familiares todo el bien que nos han hecho. Su vida, su entereza y solidaridad en el dolor y en la enfermedad, su cariño y agradecimiento, han sido para nosotros una lección inolvidable. Ellos nos han enseñado a valorar la vida, la salud y el tiempo

como un regalo precioso. Nos han enseñado a ser más sensibles a las necesidades de los otros. Nos han enseñado el verdadero sentido de la palabra amar, el valor de la amistad y la importancia de la familia. Nos han enseñado a confiar en Dios» (Encuentro del Papa con los enfermos y minusválidos jóvenes, Santiago, 1989).

#### PARA TI, AMIGO

Si estás triste porque perdiste tu amor, acuérdate del que no tiene un amor que perder.

Si estás decepcionado por algo, acuérdate del que su nacimiento ya fue una decepción.

Si estás cansado de trabajar, acuérdate del que, angustiado, perdió su trabajo.

Si protestas por una comida mal hecha, acuérdate del hambriento sin un pedazo de pan.

Si alguno de tus sueños se ha desvanecido, acuérdate del que vive en una continua pesadilla.

Si andas amargado, acuérdate del que espera una sonrisa tuya.

Si tienes un amor que perder, un trabajo que fatiga, un sueño desvanecido,

una comida por la que protestar, acuérdate de agradecerlo a Dios.

Pues hay muchos que darían todo por estar como tú.

#### BIBLIOGRAFÍA

- COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL: *La asistencia religiosa en el hospital*. Edice.
- DELGADO, R.: *La unción de enfermos en la comunidad cristiana, hoy*. FUNDACIÓN SANTA MARÍA, 1988.
- HÄRING, B.: *La fe, fuente de salud*. Ed. Paulinas, 1987.
- LABOR HOSPITALARIA número monográfico: «La comunidad cristiana y los enfermos».
- VICO, J.: *Profetas en el dolor*. Ed. Paulinas.
- MARÍN, J. M.: «Levántate... y anda». Audiovisual. Ed. Paulinas, 1987.

### III

## CATEQUESIS DE ADULTOS

#### OBJETIVOS

- Despertar y desarrollar en las parroquias y demás comunidades cristianas la conciencia de su misión de curar.
- Impulsar la renovación de su acción evangelizadora con los enfermos.
- Celebrar y potenciar lo que ya están haciendo con los enfermos las comunidades cristianas.
- Ayudar y colaborar con la sociedad para que atienda a los enfermos y los integre en ella.

#### SÍNTESIS

- En general, los enfermos no ocupan hoy en la comunidad cristiana el lugar que les corresponde, el que tuvieron en la vida de Jesús, en las primeras comunidades y en otras etapas de la vida de la Iglesia.
- En muchos casos, la atención a los enfermos se reduce a la administración de sacramentos, olvidando la misión de curar que tiene la comunidad.
- Con frecuencia, los enfermos son sólo destinatarios de cui-

datos diversos, pero no se les integra como miembros activos de la propia comunidad.

- Además, el hombre de hoy, también el creyente, no suele estar preparado para afrontar la enfermedad, el dolor y la muerte en su vida y en la de los suyos.

- Las comunidades cristianas han de asumir su compromiso evangelizador en el mundo de la salud, han de ser comunidades que curan. ¿Qué podemos hacer nosotros?

## SUGERENCIAS PARA UTILIZAR LA CATEQUESIS

- Aconsejamos realizar la catequesis, si es posible, en tres reuniones: una para cada parte.

- Es muy conveniente dedicar en cada una de las reuniones un espacio para la reflexión personal y de grupo, siguiendo las preguntas que se ofrecen. Esta catequesis está destinada a movimientos, catecumenados, comunidades cristianas, grupos de matrimonios, cursillos prematrimoniales y profesionales sanitarios.

## 1. Relación comunidad enfermo

Con el fin de conocer cómo está actualmente la relación de las comunidades cristianas y los enfermos, se ha realizado una encuesta en las parroquias. Veamos los resultados:

### VISITA A LOS ENFERMOS

- La mayor parte de las parroquias se entera habitualmente de los enfermos que hay y les visita.

- Hay conciencia y voluntad de visitarlos. En efecto, el 34 por 100 de las parroquias visita a los enfermos en su casa y el 63 por 100 los visita en su casa y en el hospital.

### ATENCIÓN SACRAMENTAL

- Dos de cada tres parroquias llevan la comunión a los enfermos con regularidad, bien mensual, bien semanalmente. El resto la llevan sólo alguna vez o en fechas especiales. En las zonas urbanas, este servicio es más frecuente que en las rurales; también tienen más enfermos.

- La unción de los enfermos en casa está muy extendida y alcanza a la mayoría de las parroquias, pero la mitad la administra en el último momento.

- La celebración comunitaria de la unción se realiza en una cuarta parte de las mismas. De ellas, la mitad solamente preparan a quienes reciben la unción y otra mitad a toda la comunidad.

### TAREA DE EDUCACIÓN

- La educación de la comunidad parroquial, mediante catequesis y otros medios, sobre la realidad del dolor y la enfermedad, en la mayoría de las parroquias (casi el 70 por 100), sólo se realiza ocasionalmente. Y aproximadamente en el 10 por 100 no se hace nunca.

### DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL ENFERMO

- Casi en la mitad de las parroquias hay una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo. Algo más de una tercera parte de las parroquias no manifiesta una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo.

- Dos de cada cinco parroquias dicen que intentan canalizar los problemas socio-sanitarios de los enfermos, a fin de conseguir las prestaciones que proceden.

- Todavía es menor la proporción de las parroquias comprometidas en la solución de los problemas sanitarios del territorio.

## RESPONSABILIDAD DEL SEGLAR

- En el 15 por 100 de las parroquias, la responsabilidad del seglar es grande: la parroquia se entera habitualmente de la existencia del enfermo por medio de visitantes, lleva la comunión un ministro extraordinario, un seglar es el responsable del grupo de pastoral de enfermos.

- En el 42 por 100 visitan a los enfermos tanto los sacerdotes como los visitantes, o conjuntamente. En el resto (45 %) el sacerdote lo hace prácticamente todo.

## ORGANIZACIÓN DE LA PASTORAL

- Una de cada tres parroquias cuenta con un grupo organizado para la atención de enfermos.

- Dos de cada tres parroquias no tienen grupo: unas cuentan con personas que se ocupan de los enfermos (14 %); sin embargo, otras no cuentan con ninguna persona que lo haga en su nombre (23 %); en varias es Cáritas quien se ocupa de los enfermos (8 %). En un 10 por 100 no existe el grupo, pero tienen intención de crearlo.

- Los grupos organizados funcionan con más intensidad en las parroquias urbanas grandes.

- Los grupos organizados se reúnen ocasionalmente unos, periódicamente otros. Los contenidos de la reunión son muy variados y no suelen seguir un plan.

- Un 25 por 100 de los grupos de Pastoral de Enfermos tienen representante en el Consejo de Pastoral y el 28 por 100 tienen contactos con otros sectores pastorales como Catequesis, Liturgia, Cáritas.

## INTEGRACIÓN DEL ENFERMO

- Hay un tipo de integración que se da abundantemente en la mitad de las parroquias: contar con el enfermo, difundir su testimonio, tenerle presente en la oración de la comunidad, pedirle que rece por intenciones concretas.

- En torno al 15 por 100 de las parroquias la integración del enfermo es mayor. Y en una tercera parte no se aprecian signos de integración del enfermo.

En conclusión:

- Aproximadamente el 15 por 100 de las parroquias tiene una pastoral de enfermos viva, dinámica y evangelizadora.

- Hay otro tipo de parroquias en las que se dan ciertos signos de vitalidad: están caminando y luchan por organizarse (34 %).

- Encontramos otras que se limitan a asegurar las acciones tradicionales, sin comprometerse con la problemática del enfermo (39 %).

- Finalmente, en un 10 por 100 no se da ninguna pastoral de enfermos. Los enfermos no cuentan para nada.

¿Cómo está en nuestro caso la relación de la comunidad cristiana con el enfermo? Los siguientes interrogantes facilitan un chequeo a la pastoral de enfermos en nuestra parroquia o comunidad.

- ¿Se visita a los enfermos? ¿Quiénes lo hacen?
- ¿Se lleva la comunión a los enfermos? ¿Quién la lleva?
- ¿Se celebra la unción comunitaria de enfermos? ¿Con qué preparación?
- ¿Se educa a la comunidad cristiana sobre el dolor y la enfermedad?
- ¿Se preocupa la comunidad por defender los derechos del enfermo?
- ¿Cómo está organizada la pastoral de enfermos?

- ¿Qué participación y responsabilidad tienen los seglares?
- ¿Están integrados los enfermos en la vida de la comunidad?  
¿Cómo?

## 2. Curar a los enfermos, misión de la comunidad

La acción de la comunidad cristiana con los enfermos ha de inspirarse en el primer evangelizador, en Cristo, que pasa curando, que evangeliza curando. Jesús evangeliza allí donde la vida aparece amenazada e, incluso, malograda. Su acción redentora es terapéutica, liberadora, sanante. A partir de esa acción y en el interior de la misma anuncia el Reino de Dios. El servicio liberador a ese hombre enfermo, humillado, doliente, excluido de la salud y de la felicidad, es el lugar desde donde anuncia a la sociedad entera la salvación de Dios:

«Recorría ciudades y aldeas, enseñando en sus sinagogas, predicando el Evangelio del Reino y curando todas las enfermedades y dolencias» (Mt 9, 35).

Si se suprime en Jesús esta acción sanadora, su evangelización queda vaciada de su contenido más palpable, privada de su soporte más visible. Todo queda reducido a enseñanza sin señales de liberación, a promesa sin cumplimiento, a palabra sin obras.

Al compartir de manera eficaz los sentimientos de los enfermos y de los pecadores, mientras proclama la salvación y sana enfermos, Jesús revela el verdadero rostro del Padre, amigo del hombre y amigo de la vida. Además, Jesús comparte con sus discípulos la propia misión de evangelizar y de curar.

«En la ciudad en que entréis y os reciban... curad los enfermos que haya en ella, y decidles: El Reino de Dios está cerca de vosotros» (Lc 10, 8-9).

Ésta es nuestra tarea: entrar en la ciudad, en la sociedad de nuestros días, curar a los enfermos que haya en ella y desde esa acción curadora proclamar al hombre de hoy la cercanía de Dios y el cumplimiento actual de las señales que liberan:

«Fortaleced las manos débiles, robusteced las rodillas vacilantes, decid a los cobardes de corazón: Sed fuertes, no temáis; mirad a vuestro Dios que trae el desquite, viene en persona, os resarcirá y os salvará. Se despegarán los ojos del ciego, los oídos del sordo se abrirán, saltará como un ciervo el cojo, la lengua del mudo hablará» (Is 35, 3-6).

La Iglesia continúa la obra de Jesús y, como él y sus primeros discípulos, se inclina ante la humanidad dolorida para levantarla y hacerla caminar en nombre de Jesús, el Señor (Hc 3, 5-6).

Con frecuencia y por diversos motivos, la comunidad olvida su misión de curar. Si nos preguntamos por las causas de este olvido, no debemos reducirlas a simple cuestión de estrategias y métodos. Tendremos que preguntarnos, en primer lugar, hasta qué punto hemos logrado imitar al siervo de Dios, anunciado por el profeta Isaías y cumplido plenamente en Cristo: «Él tomó nuestras flaquezas y cargó con nuestras enfermedades» (Mt 8, 17).

La sanación, tal como dimana del envío realizado por Cristo, no es algo que la Iglesia pueda delegar en individuos concretos y desinteresarse después. El cuerpo de Cristo, que es la Iglesia, si padece un miembro, padecen con él todos los demás. Como dice san Pablo: «¿Quién enferma sin que yo enferme? ¿Quién cae sin que a mí me dé fiebre?» (2 Co 11, 29).

Por otra parte, la misión de curar propia de la comunidad cristiana, si se inspira en Cristo, no está ligada a intereses ideológicos, políticos o económicos, lo cual permite promover, de manera más libre y gratuita, un servicio orientado realmente a la salud de la persona enferma.

La Iglesia, en su totalidad, ha de ser una comunidad sanante. El sanar es tarea encomendada originalmente a la comunidad eclesial.

Esta misión de curar no se contrapone a los esfuerzos de carácter científico, técnico u organizativo, que la sociedad contemporánea realiza en la promoción de la salud o en la prevención, curación y rehabilitación del enfermo:

## PISCINA DE BETESDA, COMUNIDAD QUE CURA

La comunidad cristiana ha de ser, en medio de la sociedad, «*piscina de Betesda*» (Jn 5), es decir, comunidad que cura. El relato de Juan es una catequesis bautismal, que recoge el proceso de conversión y de curación de quien descubre el Evangelio.

Hay en Jerusalén, junto a la puerta de las ovejas, una piscina que en hebreo se llama Betesda. La piscina tiene cinco pórticos. Se han visto simbolizados aquí los cinco libros de la Ley, que deberían ser pórticos de entrada a la piscina del Evangelio. De entrada, no de permanencia. Sin embargo, en estos pórticos una masa de gente enferma vegeta tirada por el suelo.

En efecto, una multitud de enfermos en condiciones infrahumanas (ciegos, cojos, paralíticos) espera que alguien, en el nombre del Señor, ponga en movimiento la fuente de salud. Los enfermos esperan que el Espíritu de Dios, como en el comienzo del mundo (Gen 1, 2), remueva las aguas de una nueva creación. Espera la buena nueva de la salud.

Pues bien, había una fiesta de los judíos, fiesta religiosa, oficial. Y Jesús subió a Jerusalén. Pero no fue a la fiesta, sino al encuentro de los enfermos, de esa muchedumbre que no tiene cuerpo de fiesta, que no tiene nada que celebrar, que está excluida de la fiesta: «*Ni ciego ni cojo entren en el templo*» (2 Sa 5, 8).

Había allí un hombre que llevaba mucho tiempo enfermo. Naturaleza de la enfermedad: parálisis. Estaba tendido, sin poder dar un paso, incluso estando tan cerca, en el pórtico de la piscina. ¿Duración de la enfermedad?: treinta y ocho años. Jesús toma la iniciativa e inicia el diálogo con el enfermo: «¿*Quieres curarte?*». El enfermo no responde directamente. No tiene a nadie que le meta en la piscina. Tiene el problema de los «*turnos*». Siempre llega tarde. No le toca nunca. Pero el tullido quiere curarse. Jesús le manda hacer aquello que parece imposible: «*Levántate, toma tu camilla y anda*».

El hombre que estaba tullido, privado de iniciativa propia, ahora dispone de sí mismo, con plena libertad de acción: se levanta, lleva incluso la camilla que antes le llevaba a él, comienza a andar por su propio pie. Pero era sábado. Y una fiesta oficial. Día de descanso y de precepto. Los judíos decían al que había sido curado: «*Es sábado y no te está permitido llevar la camilla*». O sea, justamente lo contrario de lo que dijo Jesús: «*Toma tu camilla y anda*». Desgraciadamente, el sábado y la ley se alían en contra de la curación del hombre: dejan al tullido en su camilla, inmóvil, sin poder dar un paso.

El enfermo ha sido curado, pero no sabe por quién. Una vez más, la señal de curación va por delante del conocimiento de Cristo. Lo prepara, como prepara también la respuesta de la conversión. La gracia de la curación se transforma en llamada a la conversión. Más tarde, Jesús le encuentra en el templo, en la fiesta, y le dice: «*Mira, estás curado; no peques más, para que no te suceda peor*».

Los judíos, responsables de la fiesta, persiguen a Jesús porque cura en sábado, cuestionando así el orden establecido. Pero el sábado ha de estar al servicio del hombre y no el hombre al servicio del sábado. Mientras haya hombres en condiciones infrahumanas, no ha terminado el proyecto creador de Dios. «*Mi Padre sigue trabajando y yo también trabajo*».

Lo mismo la Iglesia: ha de luchar por la curación y no ha de descansar hasta que nazca la nueva creación que el Espíritu de Dios está alumbrando, donde «ya no habrá muerte ni llanto ni gritos ni fatiga» (Ap 21, 6). La Iglesia ha de ser, en medio de la sociedad, comunidad de cura.

Dentro de este esquema de evangelización, ¿cómo nos situamos nosotros?, ¿dónde estamos?

- en la fiesta oficial,
- en el pórtico, entre la multitud de enfermos,
- con parálisis, sin poder dar un paso,

- sin nadie que nos meta en la piscina,
- esperando que se ponga en movimiento la fuente de salud.
- en diálogo con Cristo, escuchando su Palabra,
- con iniciativa propia, llevando la camilla, caminando,
- metiendo enfermos en la piscina,
- construyendo piscinas de Betesda, procurando que funcionen.

### 3. Acciones que curan

La comunidad cristiana continúa la misión de curar propia de Jesús. Su fidelidad a Él y su fidelidad al hombre de hoy le llevan a concretar aquellas acciones que hacen real su misión de curar a los enfermos. He aquí algunas de las más significativas.

#### HACIA UNA COMUNIDAD FUENTE DE SALUD

Trabajar para que la comunidad cristiana sea una comunidad sana y fuente de salud para los enfermos, ofreciéndoles la Palabra de Dios que sana, haciéndoles experimentar que son aceptados y queridos por Dios como tales y liberándoles de las consecuencias más dolorosas de la enfermedad, como son el verse solos y aislados, inútiles y un estorbo para los demás. (Congreso Parroquia Evangelizadora. Subsector de Pastoral Sanitaria).

#### EDUCAR PARA AFRONTAR LA ENFERMEDAD

Educar a los miembros de la comunidad cristiana para afrontar de forma madura la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro físico o psíquico y la misma muerte, ayudándoles a tomar conciencia de que todo ello forma parte de su condición humana, a descubrir su sentido profundo, a vivir los valores que la enfermedad pone en crisis y los que facilitan la vivencia de la misma, a hacer de la enfermedad una ocasión de aprendizaje y enriquecimiento. Utilizar, para esta labor educativa, los medios a su alcance: predicación, catequesis, cursillos prematrimoniales, reuniones de matrimonios, celebraciones comunitarias con enfermos, publicaciones de la parroquia...

#### ACOMPañAR AL ENFERMO

Cuidar la presencia evangelizadora de la comunidad junto a los enfermos para ayudarles a afrontar la enfermedad con realismo y a asumirla con paz.

La comunidad ha de proponerse «sostener y promover atención, cercanía, presencia, escucha, participación y ayuda concreta para con el hombre en los momentos en que la enfermedad y el sufrimiento ponen a dura prueba, no sólo su confianza en la vida, sino también su misma fe en Dios y en su amor de Padre» (ChL, 54).

La comunidad ha de acercarse también a los enfermos alejados y a los no creyentes.

«El barrio de Pizarrales, de Salamanca, es un barrio obrero que, desde su nacimiento, ha sufrido y sufre todo tipo de marginación. Para acompañar a los muchos ancianos y enfermos del barrio surgió un grupo de personas que se reúnen para poner en común sus experiencias, formarse en pastoral de enfermos. Los objetivos del grupo son: acompañar gratuitamente a los ancianos y enfermos, intentando crear en ellos actitudes positivas que les ayuden a crecer y aceptar las distintas situaciones de dolor, sin olvidar la lucha por combatirlo y eliminarlo. Acompañar en la fe a personas con cierta sensibilidad religiosa.» (Parroquia de Jesús Obrero, Pizarrales, Salamanca).

#### INTEGRARLO EN LA VIDA DE LA COMUNIDAD

Recuperar el verdadero lugar del enfermo en la comunidad «no simplemente como término del amor y del servicio de la Iglesia,

sino más bien como sujeto activo y responsable de la evangelización» (ChL, 54). Una comunidad cristiana en la que no se cuenta con los enfermos es una comunidad enferma. La comunidad ha de conocer a los enfermos, reconocerles su sitio y su función dentro de la misma y hacerles partícipes de su vida y servicios.

«La experiencia se desarrolla en dos pequeñas parroquias rurales cuya población vive en caseríos dispersos. Comienza con la iniciativa del sacerdote en colaboración con una religiosa que vive en uno de los caseríos cuidando a su madre enferma y anciana. Vamos visitando a los enfermos e impedidos que no pueden desplazarse. Son hondamente religiosos. Reunimos en un caserío a los más cercanos para que puedan pasar unas horas juntos y celebrar algún acto litúrgico. Les comunicamos lo que ocurre en la parroquia y a los convecinos. A la hora de la misa en la parroquia, ellos se unen con la oración. Luego, a quienes desean comulgar, se les lleva la Eucaristía consagrada en la misa de la comunidad. Lo novedoso de la experiencia es que son los mayores y los enfermos los que se preocupan por desarrollar y fortalecer la comunidad. Ellos son sujetos activos, creadores de comunidad» (Izurza y Mañaría, Vizcaya).

#### SENSIBILIZAR A TODA LA COMUNIDAD

Sensibilizar a todos los miembros de la comunidad y estimular su preocupación real y efectiva por los enfermos, ya que «para dar una mayor eficacia a la pastoral entre los enfermos es necesario que toda la comunidad se sienta llamada a colaborar en la tarea» (Juan Pablo II a los enfermos, Zaragoza, 1982). Toda la comunidad está llamada a participar en el amor a los enfermos que cura y ayuda.

#### CUIDAR A LOS QUE ATIENDEN A LOS ENFERMOS

Atender, cuidar y coordinar a los miembros de la comunidad cristiana que se dedican de modo especial a los enfermos. Para ello:

- Procurar que sean personas no sólo de buena voluntad, sino con cualidades para desempeñar una misión tan delicada.
- Facilitarles la formación adecuada.
- Suscitar equipos de Pastoral Sanitaria, acompañarlos y coordinarlos entre sí y con los otros servicios de la comunidad (liturgia, Cáritas, catequesis) «para mejorar el servicio al enfermo y hacer más transparente el rostro de la comunidad» (Ritual de la Unión, 58).

«El grupo de Pastoral Sanitaria está formado por personas de distintas edades y situaciones; tenemos estudiantes, religiosas, matrimonios, personas mayores... Nos une la fe y la misión de servir a los enfermos. Queremos acercar a los enfermos a la comunidad y sensibilizarla de que son miembros suyos, tan importantes como cualquier otro. Nuestro grupo no es un grupo aislado, forma parte de la comunidad parroquial, está representado en el Consejo de Pastoral y muy ligado a los demás grupos que existen en la parroquia. Se reúne periódicamente para orar, intercambiar experiencias y, a veces, para profundizar en nuestra formación. Nuestras visitas, que hacemos siempre en nombre de la parroquia, no se limitan a los que practican la fe católica, y les llevamos mensualmente una carta que el párroco les escribe para animarles e informarles de la vida de la comunidad parroquial» (Parroquia de San Antonio María Claret, Sevilla).

#### INCORPORAR A LOS RELIGIOSOS Y PROFESIONALES SANITARIOS SEGLARES

Incorporar en la acción de la comunidad cristiana a los religiosos que trabajan en el mundo de la salud y a los profesionales sanitarios cristianos. Su contribución puede ser muy importante en estos aspectos:

- Conocimiento del mundo del enfermo.
- Lucha por conseguir unas condiciones sociales, culturales, materiales y religiosas que suponen una mejora en la calidad de vida de los sanos y de los enfermos.
- Denuncia de situaciones injustas.
- Defensa de los derechos del enfermo y de los valores que dignifican al hombre.

«Somos un grupo de religiosas que animamos la pastoral junto con el sacerdote del pueblo. Una ejerce como ATS. Acompañamos a los enfermos que lo necesitan cuando se trasladan a los centros sanitarios, velamos enfermos en la noche, los visitamos con frecuencia, llevamos a cabo, en algunos casos, la limpieza y la asistencia que necesitan, luchamos por conseguirles pensiones, reclamamos los derechos de los disminuidos físicos. Esta acción no la realizamos aisladamente. Formamos un grupo con los sacerdotes y religiosas de la zona. Adonde no llegamos unos llegan otros. Y vemos que este trabajo influye en la pastoral de la parroquia» (Lanaja, Huesca).

### ATENDER CON PREFERENCIA A LOS ENFERMOS MÁS POBRES

Atender preferentemente a los enfermos más pobres, es decir, a los más necesitados y desasistidos: enfermos crónicos, mentales, ancianos, minusválidos, enfermos terminales. El acercamiento preferente a los «últimos», el estilo de atenderlos y defenderlos es lo que da su sentido más transparente y evangélico a todo lo que la comunidad cristiana está haciendo en este campo.

### RENOVAR LA CELEBRACIÓN DE LOS SACRAMENTOS DE LOS ENFERMOS

Culminar la atención al enfermo, si lo desea, con una celebración viva de los sacramentos, en la que participen activamente el sacerdote, el enfermo, la familia y la comunidad cristiana.

- Un momento crítico en la vida humana, como es la enfermedad, puede ser ocasión propicia para oír la llamada de Dios a la conversión y al perdón y celebrarla en el sacramento de la reconciliación.
- Una manera de hacer palpable la fraterna solidaridad de la comunidad cristiana con los enfermos es el hecho de llevarles la comunión de modo que puedan participar de la Eucaristía. Éste es originalmente el fin primario de la reserva eucarística.
- La unción de los enfermos es el sacramento específico de la enfermedad y no de la muerte. Es la celebración del encuentro con Cristo, que también hoy —y de muchas maneras— pasa curando.

«En la parroquia hay mucha gente mayor. La mayoría de los enfermos recibían la Unción cuando ya no eran conscientes.

Había en las familias un gran reparo en avisar antes. El segundo domingo de Pascua se llevaba la comunión en procesión solemne a los enfermos. Asistía mucha gente, pero había que hacerlo con una gran rapidez. Estudiamos el problema y fuimos dando una serie de pasos para renovar la celebración de estos dos sacramentos. Se crearon grupos de seglares, responsables por calles, que avisaban a la parroquia. Los sacerdotes, al tener noticia de un enfermo, le visitábamos y nos ofrecíamos para lo que quisieran de nosotros. Esto nos abrió casi todas las casas. Desapareció el miedo al sacerdote, al que ahora ven como el amigo en la enfermedad o en la vejez. Para la Comunión Pascual, les ofrecimos el hacerla del modo tradicional (procesión) o celebrando la misa en su casa. La totalidad eligieron tener la misa en familia. Estas misas se preparaban y se celebraban con cuidado. Con el enfermo comulgaba, generalmente, toda la familia y al final había una copita. Se les ofreció también celebrar en esa misa la Unción, lo que fue entrando poco a poco» (Parroquia de San Bartolomé, Pontevedra).

### ¿QUÉ PODEMOS HACER NOSOTROS?

- ¿Cómo despertar y desarrollar en nuestra comunidad cristiana la conciencia de su misión de curar?
- ¿Qué pasos hemos de dar para que nuestra comunidad sea una comunidad sana, fuente de salud sobre todo para los enfermos?
- ¿Cómo aprovechar mejor los cauces de formación de nuestra comunidad de cara a educar a los fieles para afrontar la enfermedad?
- ¿Cómo renovar en nuestra comunidad la celebración de los sacramentos con los enfermos?
- ¿Cómo organizar y coordinar a los que atienden a los enfermos en nuestra comunidad?
- ¿Cómo integrar de hecho a los enfermos en la vida de nuestra comunidad?
- ¿Cómo incorporar a los religiosos/as y a los profesionales sanitarios cristianos en las actividades de nuestra comunidad en el campo de los enfermos?

### BIBLIOGRAFÍA

- AZCONA, F.: «Análisis de los datos del cuestionario sobre pastoral sanitaria en las parroquias». *Labor Hospitalaria*, n.º 210 (1988).
- BUREAU DE PASTORAL DE ENFERMOS DE BRUSELAS: *Los equipos de pastoral de enfermos*. Obispado de Bilbao, 1985.
- Congreso «Parroquia evangelizadora». Edice, 1989.
- DELGADO, R.: *La unción de enfermos en la comunidad cristiana, hoy*. Fundación Santa María, 1988.
- HÄRING, B.: *La fe, fuente de salud*. Ed. Paulinas, 1986.
- SECRETARIADO INTERNACIONAL DE PASTORAL SANITARIA (Hermanos de San Juan de Dios): *Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia*, 1982.

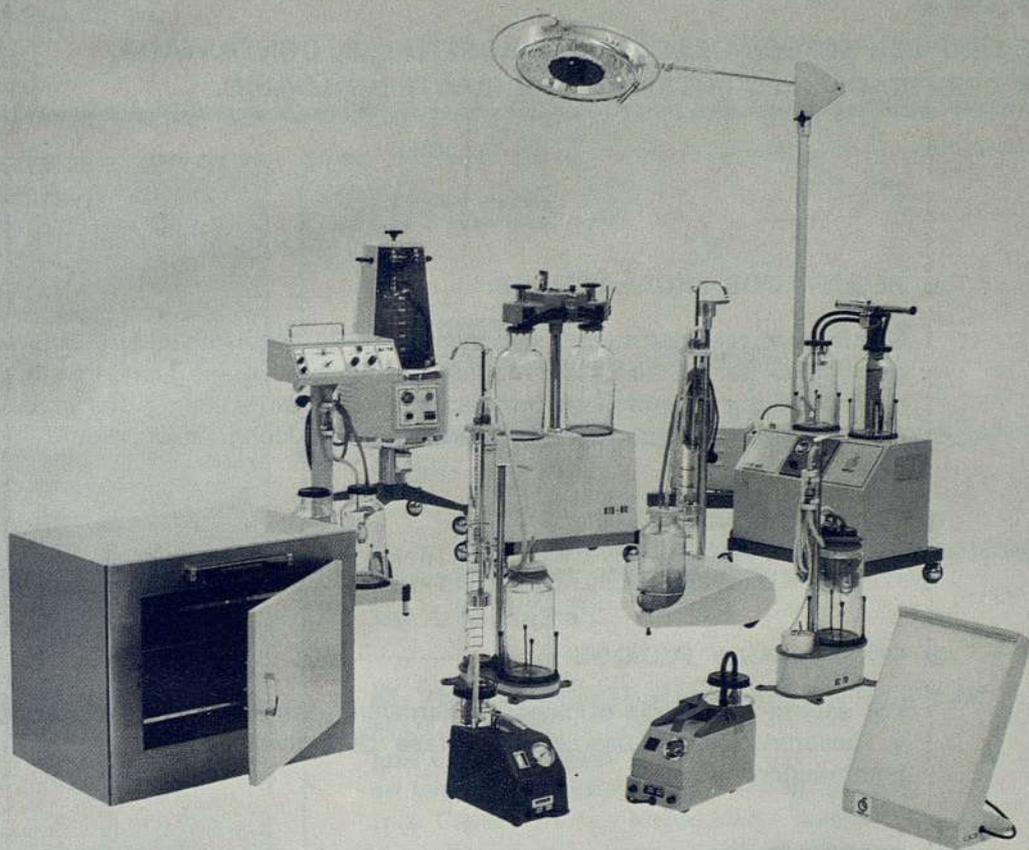
---

# Nuestra Experiencia:

---

más de 25 años  
al servicio de la medicina

---



## ORDISI, S.A.

Progreso, 3-5 - Tel. (93) 334 01 12 - Télex: 54375 ORDI-E - HOSPITALET DE LLOBREGAT. Barcelona

---

*1.ª Empresa Nacional Fabricante de Aspiradores de Uso Médico*

---

---

# 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 Helth Association».

● AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

● CONSULTAS Y PEDIDOS:

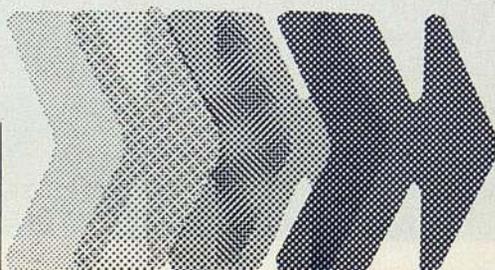
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

● 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, 145 - Tel. 309 25 16\*  
08005 Barcelona

**Schindler** 

---

---

Giesa Schindler, S.A.

Dirección Regional Cataluña  
E-08026 Barcelona. - Mallorca, 606-608

Teléfono: (93) 232 29 13  
Telefax: (93) 232 99 17

---

Ofrezca la oportunidad  
de suscribirse a

# **LABOR HOSPITALARIA**

Si entre sus amistades hay alguien interesado en Hospitales, su gestión, su problemática humana, pastoral y ética, no dude en ofrecerle la oportunidad de suscribirse.

**LABOR HOSPITALARIA**

Es una revista útil para:

EL MÉDICO ■ LA ENFERMERA ■ EL ADMINISTRADOR ■ EL GERENTE ■ EL CAPELLÁN  
LA RELIGIOSA ■ PARA TODO AQUEL QUE SE OCUPA DEL ENFERMO

---