

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona
Provincia de San Rafael

Año 53. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 2001
Número 259. Volumen XXXIII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección

MAITE HEREU

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN Y REDACCIÓN

Curia Provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT
(Barcelona)

E-mail: curia@ohsjd.es

Información y suscripciones

E-mail: revistas@ohsjd.es

<http://www.ohsjd.es>

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

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

Sumario

<i>Editorial</i>	3
LA PASTORAL DE LA SALUD EN LA PARROQUIA.	
Memoria del camino con respuestas e interrogantes	6
LA SALUD ENCOMENDADA A LA COMUNIDAD COMO DON Y COMO MISIÓN	12
LA PASTORAL DE LA SALUD EN LA PARROQUIA.	
Líneas básicas para un proyecto compartido	20
EQUIPOS PARROQUIALES DE PASTORAL DE LA SALUD	26
LA FORMACIÓN DE LOS VISITADORES PARROQUIALES DE ENFERMOS	31
TRABAJO DE GRUPOS:	
GRUPO I: Causas que facilitan o dificultan la existencia y desarrollo de los equipos parroquiales	37
GRUPO II: Implantación y desarrollo de los equipos parroquiales de Pastoral de la Salud	40
EXPERIENCIAS:	
<i>Desde la delegación diocesana</i>	
Barcelona	43
Vitoria	45
<i>Desde las vicarias y arciprestazgos</i>	
Sevilla	46
Zaragoza	47
<i>Desde equipos parroquiales de ciudades</i>	
Sevilla - San Jacinto	48
<i>Desde equipos parroquiales de pueblos pequeños</i>	
Santa María de las Nieves - Alanís de la Sierra	50
Garciaz (Cáceres)	50
<i>Desde la presencia de religiosos/as y de profesionales sanitarios</i>	
Plasencia	51
LA PASTORAL DE LA SALUD EN LAS PARROQUIAS: CONCLUSIONES	53

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.36

Al servicio de la Pastoral de la Salud en la Parroquia

El Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española solicitó en su día la colaboración de LABOR HOSPITALARIA para la publicación del material que se había trabajado en las I Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud en la Parroquia promovido por la Comisión de Parroquias de dicho Departamento y que tuvo lugar en El Escorial (Madrid) del 27 al 29 de noviembre de 1998. Dicho interés venía dado por las solicitudes que se le habían realizado al mismo por parte de diversas personas y colectivos.

LABOR HOSPITALARIA no ponía ningún obstáculo a esta colaboración. Dentro del clima de buena relación y cooperación mantenida con el Departamento y llevado a cabo, fundamentalmente aún cuando no sólo, con los sucesivos monográficos del Día del Enfermo, nos parecía lógico continuar en dicha línea. Por otro lado, considerábamos de sumo interés para nuestros lectores esta posibilidad que se nos ofrecía.

Resulta evidente que tanto nuestra revista como la mayor parte de las publicaciones, de una u otra forma, relacionadas con la Pastoral de la Salud, hemos subrayado con fuerza todo lo referido desde esta perspectiva al mundo de la pastoral hospitalaria. Podríamos dar una serie de razones que creemos justificarían tal opción. Es verdad, por otro lado, que hasta el momento presente es mucha mayor la reflexión pastoral

hecha sobre este sector de la Pastoral de la Salud y, consecuentemente, la oferta que se nos brinda en orden a su publicación.

Pero, a pesar de ello, siempre hemos estado convencidos que, aunque resulte paradójico, es mucha mayor la demanda existente sobre Pastoral de la Salud desde el ámbito parroquial. Por un simple motivo: la mayor parte de los enfermos están en sus casas. Y es desde la parroquia desde donde son o no atendidos pastoralmente. Afortunadamente, y dentro de las lógicas limitaciones, creemos que cada vez van siendo más y mejor atendidos. Paulatinamente las parroquias van tomando conciencia de esta realidad e intentan dar respuesta dentro de sus posibilidades.

Cada vez más abundan los grupos de visitantes de enfermos parroquiales, más o menos estructurados, más o menos numerosos, mejor o peor formados en los principios de una Pastoral de la Salud actualizada... Y precisamente por ello surgen voces que piden material, medios para articular una formación básica al respecto.

Creemos que el presente número de LABOR HOSPITALARIA puede colaborar eficazmente a ello. Y con esa ilusión accedimos a colaborar gustosamente con el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española.

Podríamos haber salido antes; hubiera sido lo deseable. Pero el propio Departamento estuvo pendiente durante un buen período de tiempo de recibir algunos de los artículos solicitados que correspondían a charlas no escritas y que hubo que redactar «ex profeso» para la presente publicación. Concretamente hubo que recurrir a la transcripción de la grabación de la misma y hacérsela llegar a los autores con la súplica de su corrección y adecuación de lo que era lenguaje hablado a documento escrito.

Afortunadamente ya en nuestro poder, y tras la publicación del número monográfico dedicado al Día del Enfermo del presente año —«Los Niños Enfermos»— podemos llevar a la práctica nuestro objetivo. Aquí está.

Ojalá que el mismo resulte un elemento verdaderamente eficaz para la sensibilización, estimulación y formación de los equipos que llevan a cabo, o están llamados a llevarla, la atención pastoral de los enfermos, la mayoría de los cuales permanecen en su domicilio. Ellos son nuestro auténtico objetivo.

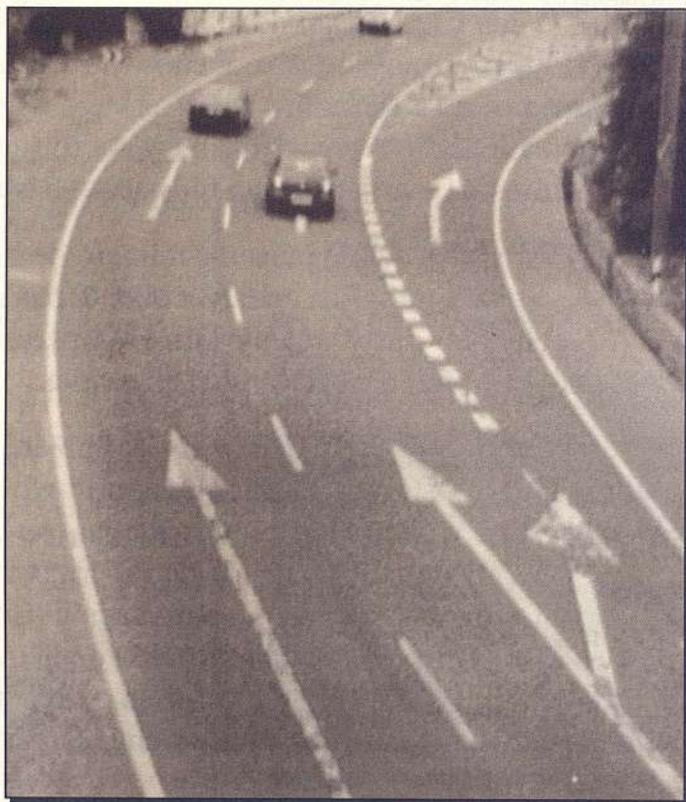
LH

La Pastoral de la Salud en la Parroquia

Memoria del camino con respuestas e interrogantes

AMALIA RODRÍGUEZ BERNAL

Delegada Diocesana Pastoral de la Salud de Sevilla



En esta memoria, la autora constata los avances realizados por la Pastoral de la Salud en la Parroquia desde 1986, año en el que se creó la Comisión para este sector dentro del Departamento Nacional.

El camino hacia el futuro aparece despejado y son miles las personas dispuestas a transitarlo. Junto a los logros

se descubren, en el momento actual, lagunas, dificultades e interrogantes confirmados y ampliados por el primer trabajo de grupos, que se recoge más adelante.

Entre las lagunas se incluye la integración de los enfermos en la parroquia y en los equipos en mayor número; catequesis de la parroquia a sus fieles sobre la salud, la enfermedad y la muerte; encuentro del cauce a través del cual un número mayor de profesionales sanitarios cristianos sirvan a este sector; atraer a los jóvenes al compromiso en lo que nos parece sitio adecuado para su inventiva y generosidad.

De las dificultades se destacan algunas nacidas de pastores y responsables laicos que no acaban de ver la necesidad de atender este campo de pastoral con organización específica; otras, debidas al anquilosamiento de varios equipos que, centrándose en lo de siempre, parecen cerrados a nuevos aires y nuevas tareas.

Entre los interrogantes remarca ¿cómo las parroquias asumen ser fuentes de salud?, ¿cómo entrar en diálogo con todas las instancias presentes en el mundo sanitario?, ¿cómo promover, apoyar y entrar en diálogo fecundo con asociaciones de enfermos y de sus familiares?

En 1985, la Reunión Nacional de Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria estuvo dedicada al tema de la Pastoral Sanitaria Parroquial. Eran los años en que a nivel nacional se había establecido un amplio debate so-

bre la futura Ley General de Sanidad, que se gestaba en aquellos días y que sería promulgada el 25 de abril de 1986.

Era evidente la importancia que iba adquiriendo la «Atención Primaria de Salud» y cómo la asistencia sanitaria hospitalaria que había tenido su «boom» en las décadas de los 50-60, pasaba a un segundo plano dentro del sistema sanitario.

La Iglesia también tenía organizada su atención pastoral a los enfermos desde una visión hospitalaria. Hasta entonces, se consideraba que los enfermos no estaban en sus casas sino en los hospitales.

Las parroquias, al parecer, no conocían a la mayor parte de los enfermos de su entorno, bien porque cuando se enteraban ya estaban de alta o habían fallecido, y sobre todo, a mi entender, porque la responsabilidad pastoral de los enfermos se había delegado en los capellanes de hospital y religiosos sanitarios.

En aquella Reunión, los que estábamos dedicados a la Pastoral Sanitaria, tomamos conciencia de que era necesario renovar, impulsar y actualizar la presencia de la Iglesia en el mundo de la salud. No limitándonos sólo a las instituciones hospitalarias, sino abriendo el abanico de posibilidades que se nos ofrecía desde la reflexión social sobre el sistema sanitario que se estaba configurando en la sociedad española.

En 1986 se constituyó la Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial, dependiente del Departamento Nacional de Pastoral Sanitaria de la Conferencia Episcopal Española.

La primera acción que nos pareció importante emprender fue la de acercarnos a la realidad, conocer de cerca y de una forma científica, no por suposiciones, cuál era la atención pastoral que se desarrollaba en las parroquias españolas.

Para ello, aunque la tarea nos parecía ardua, ideamos un cuestionario que se repartió el año 1987 por todas las parroquias, de todas las Diócesis españolas.

El mayor valor, que desde un principio dimos al cuestionario, fue el de que en sí mismo, fuera un medio sensibilizador, es decir, que sirviera para mostrar las posibilidades pastorales y la dimensión evangelizadora de la Pastoral Sanitaria Parroquial.

La colaboración del Director de la Oficina de Estadística y Sociología de la C.E.E. D. Francisco Azcona, fue incalculable. Él fue, quien hizo el análisis estadístico de los datos, que se publicaron en la revista LABOR HOSPITALARIA n.º 210 y a la cual remitimos al lector.

De estos resultados podríamos resaltar algunos aspectos que nos ayuden a situarnos en cuál era el estado de la cuestión hace once años y el camino recorrido por nuestras parroquias durante este período. En este sentido, podría ser interesante que cada comunidad parroquial volviera a realizar ese mismo cuestionario y comparara las respuestas dadas en su día y las que pueden darse hoy.

SENSIBILIZACIÓN

LA VISITA

Algo importante y «tradicional» se da en el (99 %) de los casos.

Generalmente, la visita clericalizada y con una dimensión puramente sacramentalizadora, o asistencialista, cuando la desarrollan los seglares, se da más en las zonas rurales o en las parroquias que sólo se enteran de los enfermos por los familiares.

Fundamentalmente es en las zonas urbanas donde hay parroquias que no visitan porque «no se enteran de la existencia de los enfermos», pero cuando lo hacen, la visita suele ser en la casa y en el hospital, existe un grupo organizado y se difunde el testimonio evangelizador de los enfermos.

CATEQUESIS SOBRE EL DOLOR Y LA ENFERMEDAD

En la mayoría de las parroquias (68,8 %) la educación a la comunidad parroquial sobre el dolor y la enfermedad en la vida del hombre se realiza sólo «ocasionalmente».

El 10 % de las parroquias «no lo hacen nunca». Y este porcentaje se eleva a un 36,1 % en aquellas parroquias que «no se enteran» de la existencia de los enfermos.

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

Una tercera parte dice «que existen» barreras arquitectónicas que dificultan el acceso de los enfermos a la iglesia y a las dependencias de la parroquia.

De ellas, la mitad afirma que «no se ha hecho nada por eliminarlas» y la otra mitad dice que «se está tratando de eliminarlas» (con más intensidad en el Levante).

Para el 59,2 % «no existen barreras arquitectónicas» (?).

Hay menos barreras —o menos conciencia de que existen— en las parroquias pequeñas y en la Zona Noroeste de España (el 79,8 % de las parroquias de esta zona.)

CARACTERÍSTICAS DE LA PASTORAL SANITARIA EN LAS PARROQUIAS

CONCRECIÓN DEL COMPROMISO

1. Defensa de los derechos:

- Preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo (48,8 %). Mayor en la zona Este, en

las parroquias entre 1.000 y 10.000 habitantes, en las que hay grupos y en las que se difunde el testimonio evangelizador.

- ¡En un 38,6 % de las parroquias no se da esta preocupación!

2. Canalización de los problemas sociosanitarios:

- El 42,6 % sí.
- El 41,5 % no.
- El resto, «no sabe, no contesta».

3. Implicación en la solución de los problemas sanitarios de la zona:

- El 53,6 % no tienen este tipo de compromiso.

PASTORAL SACRAMENTAL

1. El ministerio de llevar la Comunión:

- Dos de cada tres parroquias llevan la Comunión a los enfermos con alguna regularidad: bien mensualmente o semanalmente.
- El resto sólo alguna vez o en fechas especiales. Casi todas las parroquias «cumplen» con este servicio sacramental tradicional.

2. La celebración de la Eucaristía en las casas de los enfermos:

- Se da en un 10 % de las parroquias (Más extendida en el Norte y en Castilla).

3. La Unción de Enfermos:

- En las casas, se da un 92,8 %, pero casi la mitad de las parroquias lo hacen sólo «in extremis».
- La celebración comunitaria de la Unción va ganando terreno, pero todavía no alcanza a la mitad de las parroquias.
- La preparación de esta celebración se realiza en una cuarta parte de las parroquias, y de ellas, la mitad sólo preparan a los que la reciben y la otra mitad a toda la comunidad.

RESPONSABILIDAD DEL SEGLAR

Teniendo en cuenta la presencia de los seglares en los diversos aspectos de la Pastoral de la Salud, podemos establecer, tres tipos de parroquias:

1. El 15 % dan acogida fuerte al seglar:

- Son los que se enteran habitualmente de la existencia de los enfermos.

- Llevan la Comunión a los enfermos.
- En un 14,5 % es un seglar el responsable y animador del grupo de Pastoral de la Salud.

2. Menor corresponsabilidad, 35-40 % de las parroquias:

- Existe un grupo de «visitadores» de enfermos.

3. En el resto (45 %):

- No hay colaboración de los seglares.
- La Pastoral de la Salud parroquial está fuertemente clericalizada. Es el sacerdote personalmente, quien en el 83 % lleva la Comunión.

Por zonas, las parroquias con mayor participación de laicos son más frecuentes en el Sur y en el Este.

INTEGRACIÓN DEL ENFERMO EN LA COMUNIDAD PARROQUIAL

Existen dos niveles de integración:

1. En más del 50 % de las parroquias se le valora, se le tiene en cuenta y al mismo tiempo se solicita su colaboración con la propia comunidad:

- Se cuenta con el enfermo, se difunde su testimonio, se le informa, se le tiene presente en la oración de la comunidad y se le pide que rece por intenciones concretas.

2. El 16,8 % de las parroquias los integran como miembros activos en grupos organizados.

- Se da más en las parroquias urbanas (25 %).
- En las grandes (5.000-10.000 h.), oscila entre el 21 y el 29 %.
- Entre las que tiene grupos de Pastoral de la Salud (27-29 %).

3. En el 33 % de las parroquias no se aprecian signos de integración.

ORGANIZACIÓN

EXISTENCIA DE GRUPOS ORGANIZADOS DE «PASTORAL DE ENFERMOS».

1. En el 37,8 % existen algunos grupos que podemos analizar:

- El 23 % cuenta con el grupo específico de Pastoral de la Salud.

- El 7,6 % dice que ha comenzado a organizarlo.
- En el 7,2 % no hay un grupo parroquial específico pero existen Movimientos y Asociaciones de Iglesia que se ocupan de ellos (FRATER, Legión de María, Hospitalidad de Lourdes, Conferencias de San Vicente...).

2. El 55,7 % de las parroquias no tiene organizada la Pastoral de la Salud.

- De ellos, el 23,4 % no tienen grupo, ni hay personas aisladas que se ocupen de ellos en nombre de la misma.
- El 14,4 % no tienen grupo organizado pero hay personas que a título personal o en nombre de la parroquia atienden...
- En el 7,9 % es Cáritas la que se ocupa, siendo una atención genérica y no específica con características más bien caritativo-asistencial.
- En el 10 % existe la «intención» de organizarlo.

3. El 6,5 % de las parroquias dicen no saber contestar esta pregunta.

ORGANIZACIÓN INTERNA DE LOS GRUPOS

1. Periodicidad de las reuniones.

- El 11,8 % de las parroquias se reúne ocasionalmente.
- El 15 % lo hace de forma constante, bien mensual, quincenal o semanalmente.

2. El contenido de las reuniones no está muy definido.

RELACIÓN CON OTROS GRUPOS PARROQUIALES.

1. En el 24 % de las parroquias hay un representante en el Consejo Pastoral Parroquial.

- Estos % son más elevados en las parroquias urbanas (40,7 %).

2. El 28 % tiene contactos con otros sectores pastorales (Catequesis, Liturgia, Cáritas...).

3. Si recordamos que existen grupos específicos en el 37,6 % de las parroquias, quiere decirse que el 10 % son grupos cerrados o es que no existen otros grupos en sus parroquias (¿)...

CONCLUSIONES

Podemos distinguir cuatro tipos de parroquias:

- El 15-20% de las parroquias presentan una pastoral viva, dinámica y hasta misionera.
- El 30-35% son parroquias que están caminando, luchan por encontrar el sitio de la pastoral sanitaria dentro de la pastoral de conjunto.
- El 35-40% son parroquias totalmente tradicionales que hacen lo de siempre y no se comprometen con la problemática del enfermo.
- El 10% no muestra signos de vitalidad en Pastoral de la Salud y parece que los enfermos no cuentan para ellas.

RESPUESTAS E INTERROGANTES

Los datos con los que contamos para la presente exposición, son los que hemos podido recabar de las experiencias enviadas al Departamento Nacional de Pastoral de la Salud, por diferentes parroquias de las distintas diócesis españolas, con motivo de la celebración de las Primeras Jornadas de la Pastoral de la Salud en la Parroquia.

Estas experiencias son muy variadas porque pertenecen a parroquias urbanas y rurales, de diócesis pequeñas, medianas y grandes, repartidas por todo el territorio nacional. Su consideración nos facilita unos datos orientativos sobre la marcha de la Pastoral de la Salud en las parroquias de España. Sus respuestas y sus interrogantes. Sus logros, lagunas y dificultades.

LOGROS

- En algunos lugares, la sensibilización es tal, que ha sido posible priorizar la «Acción Pastoral de la Salud» a la hora de hacer una programación en la Pastoral parroquial o arciprestal.
- Se va viendo como algo necesario la creación de «Grupos Parroquiales de Pastoral de la Salud» que trabajen en equipo.
- Así mismo, se considera cada vez más necesaria, la «Formación continuada» de los agentes de Pastoral de la Salud.
- El acompañamiento y la atención a las familias de los enfermos va tomando más relevancia dentro de las acciones a desarrollar por los Grupos Parroquiales de Pastoral de la Salud.
- Desde las Parroquias se hace un seguimiento de los enfermos ingresados en el hospital.
- Se inicia una preocupación por:
 - La sensibilización, formación y concienciación de la comunidad sobre:

a) la salud y la enfermedad

b) la realidad del enfermo y su entorno

— Incluir una educación sobre el dolor, la enfermedad, la muerte, en programas catequéticos de la parroquia.

- Las celebraciones comunitarias del Sacramento de la Unción van siendo más frecuentes. Aunque no siempre, comienzan a ir precedidas de una catequesis dirigida a los enfermos, y en algunas ocasiones a toda la Comunidad Parroquial.
- El ministerio de llevar la Comunión a los enfermos va siendo asumido poco a poco por los seglares.
- Hay un mayor compromiso en la lucha por la defensa de los derechos de los enfermos que se traduce en:
 - Canalización de los problemas sociosanitarios.
 - Relación de la parroquia con las Asociaciones del barrio o del pueblo, que promueven la salud o tienen fines sociosanitarios.
 - Relación con los Ayuntamientos.
 - Relación con los Profesionales Sanitarios del Centro de Salud.
- Se establece una colaboración con grupos de otros sectores pastorales.
 - Los jóvenes de la parroquia.
 - Las Congregaciones de Religiosas insertadas en los barrios y pueblos.
 - Grupos de Oración de la Comunidad Parroquial.
- Se va asumiendo la atención pastoral de las Residencias de Ancianos existentes en la demarcación de la parroquia.
- Se potencia la inserción de la Pastoral de la Salud en la Pastoral de Conjunto.
 - Hay un miembro de Pastoral de la Salud en el Consejo Pastoral.
 - Surgen Coordinadoras Arciprestales de Pastoral de la Salud con las funciones de:
 - Coordinar.
 - Incentivar la labor de las parroquias.
 - Tratar de crear grupos donde no los haya.
 - Organizar cursos de formación.
 - Vehicular la información.
 - Unificar criterios.
 - Formación conjunta, puestas en común.
 - Relación con la Delegación Diocesana de Pastoral de la Salud.

LAGUNAS

- Se sigue observando que en la práctica hay dificultades para integrar al enfermo como miembro activo.
- No le hacemos suficientemente «sitio» en el seno de la comunidad.

— Persisten las barreras arquitectónicas en los templos y en los lugares de reunión.

- No hemos descubierto todavía, la importancia que tiene la evangelización de la «cultura de la salud», y las repercusiones en la educación de nuestras comunidades parroquiales, especialmente los jóvenes.

DIFICULTADES

- Si el párroco no se compromete el grupo no funciona.
- A veces no hay «comunidad parroquial» y es casi siempre imposible que funcione el grupo.
- Es difícil implicar a los jóvenes.
- Se reconoce que nos falta tiempo para una mayor dedicación.
- Se experimenta la carencia de una formación adecuada.
- Hay dificultad para pasar de la «visita de amistad» al «diálogo pastoral».
- Miedo al sufrimiento.
- La coexistencia de Movimientos de enfermos y para-enfermos dificulta a veces la creación de un Grupo Parroquial de Pastoral de la Salud.
- En algunas ocasiones, las parroquias se sienten desbordadas por los problemas socio-sanitarios.

- Se ve la necesidad de fomentar un voluntariado socio-sanitario dedicado a los colectivos de «enfermos desasistidos»: ancianos enfermos, crónicos, mentales, terminales, drogadictos, SIDA.

INTERROGANTES

Aunque algunas comunidades parroquiales van vislumbrando la forma de avanzar y abrirse camino, los interrogantes que se enuncian a continuación preocupan a la mayor parte de nuestras parroquias. He preferido recogerlos tal como han sido expuestos y espero que en el transcurso de las Jornadas, entre todos, vayamos encontrando las respuestas.

- ¿Cómo revitalizar el grupo con gente nueva, y que se consiga una mayor creatividad?
- ¿Cómo contribuir para que la Comunidad Cristiana sea una comunidad sanadora, fuente de salud para todos?
- Criterios para elegir y captar a enfermos crónicos, desasistidos...
- ¿Qué tipo de servicios podemos prestarles?
- ¿Cómo recuperar la presencia del enfermo como sujeto activo y responsable de la evangelización?
- ¿Cómo colaborar con otras instituciones en iniciativas y programas que fomenten una vida sana?



**FUNDACION
JUAN CIUDAD**
O.N.G. PARA PROMOCION DE LA SALUD EN EL TERCER MUNDO

HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

SALUD *para todos*

*La fundación desarrolla su labor humanitaria
con 6.000 camas hospitalarias en África y América Latina*

FUNDACION JUAN CIUDAD - O.N.G.
C/ Herreros de Tejada, 3
28016 MADRID • Telf.: 457 55 03

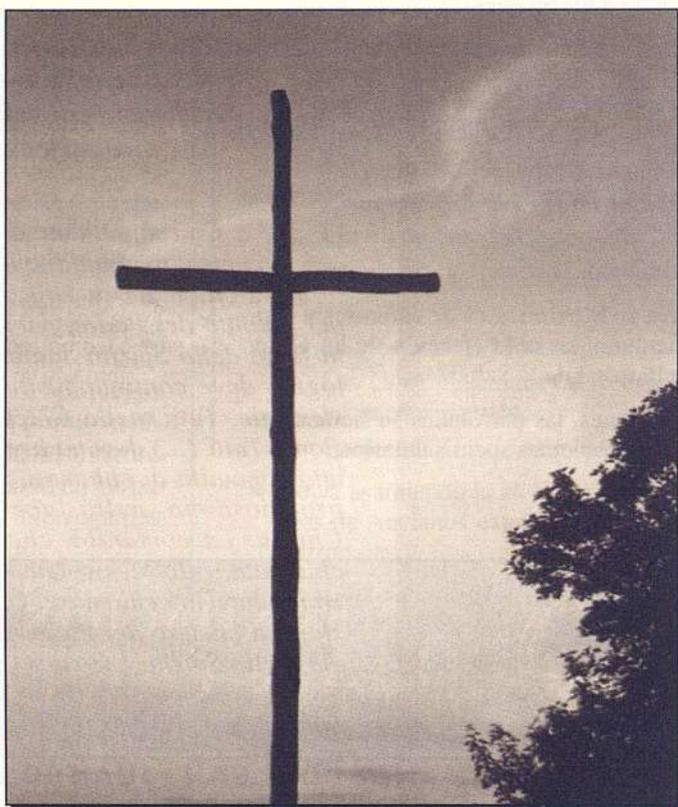
CONTRIBUYE CON:

- Medicamentos
- Instrumental y
aparataje sanitario
- Alimentos
- Ayuda económica

Banco Santander / Suc. 139 (Madrid) / N° Cuenta: 13.726

La salud encomendada a la comunidad como don y como misión¹

FRANCISCO ÁLVAREZ, M. I.
Profesor del Camillianum (Roma)



La relación de la Iglesia con los enfermos y, por tanto, con la salud hunde sus raíces en el mismo evangelio, es decir, en la praxis y en la enseñanza de Cristo. Como nos recuerdan *Dolentium Hominum* y *Lumen Gentium*², siempre ha considerado como parte integrante de su misión la atención a quienes sufren bajo el peso de la enfermedad.

1. Texto registrado de la conferencia, y posteriormente revisado por el autor.
2. *DolHom* 1, LG 8.

Durante siglos su protagonismo en este campo ha sido manifiesto.

Esta exposición no tiene, sin embargo, por objeto recordar y recorrer la historia. Fijará vuestra atención en el momento presente, con una mirada atenta a los actuales signos de los tiempos. No habla sólo de enfermedad, sino sobre todo de salud, y no precisamente para subirse al carro de los distraídos, de los que pretenden vivir de espaldas a nuestros compañeros incómodos de la vida, sino por fidelidad al Evangelio de Cristo. En Él, es decir, en su misterio, en su persona, en sus gestos, en sus signos y en su palabra, el objetivo nunca es la enfermedad, sino la salud; lo cual no quiere decir que haya venido a eliminar las enfermedades, sino a promover una nueva calidad de vida, compatible con el sufrimiento y con la misma enfermedad.

A partir de ahí la exposición se propone estos cuatro objetivos:

1. *Ayudar a fundamentar la Pastoral Parroquial de la Salud en una nueva comprensión del Evangelio, ampliando así su campo de acción.*
2. *Ofrecer recursos y pistas que ayuden a comprender mejor cómo la salud forma parte de la evangelización, y por qué Cristo situó la salud en el itinerario hacia la salvación.*
3. *Discernir qué significa hoy para el creyente y para la comunidad ser servidores, ministros de la Salud.*
4. *Descubrir cómo el servicio a la Salud y a los enfermos sigue siendo una expresión elocuente y privilegiada de la diakonía de la caridad.*

PARA ENTENDER LA MISIÓN DE LA COMUNIDAD CRISTIANA EN EL CAMPO DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

No vamos a dar excesivos rodeos que nos distraigan de dichos objetivos. Sin embargo, para conseguirlos es preciso tener en cuenta que partimos de una determinada comprensión (para algunos posiblemente nueva) de tres realidades:

- El misterio de Cristo.
- La salud.
- La evangelización.

NUEVA COMPRENSIÓN DEL MISTERIO DE CRISTO

Obviamente nos situamos en la perspectiva de la Pastoral de la Salud, tratando por tanto de ver la relación de Cristo con la salud. Pues bien, desde ahí surgen casi inevitablemente algunas preguntas:

En una sociedad que reivindica para sí la atención y el cuidado a los enfermos, ¿qué lugar le queda a la Iglesia en cuanto tal y a los cristianos, en cuanto cristianos, en el servicio a la salud y a los enfermos? ¿Podemos seguir pensando nuestra misión únicamente en términos de caridad? Sería mucho, pero es preciso decir que no es suficiente. ¿En términos de asistencia? Más insuficiente aún. ¿En actitud de suplencia? Esto solo, con ser cierto por lo menos en parte, sería obviamente peligroso.

Un segundo tipo de preguntas. ¿Qué tiene que ver hoy el Evangelio con la salud? La salud que desean los ciudadanos, aquí en Europa, ¿tiene algo que ver con la salud que ofreció Cristo a los hombres y mujeres de entonces, sanos o enfermos? La Salud que ofreció Cristo, ¿puede hoy ofrecerla la Iglesia?

Estas son las preguntas clave, a las que cualquier Pastoral de la Salud, sea cual sea el ámbito en que se realiza, tiene que responder.

De la mano de ellas nos asomamos brevemente a una lectura del que yo llamo «Evangelio de la salud», es decir, a una interpretación de todo del misterio de Cristo, en el que se ponga de manifiesto su dimensión saludable y terapéutica. Sólo así es posible aportar alguna vía de solución a esas preguntas.

Normalmente, cuando el teólogo y el biblista contemplan la relación de Cristo con la salud, suelen fijarse únicamente en uno de los «momentos» del misterio de Cristo: su ministerio. Con ello se reduce el ángulo de visión, se olvida que el ministerio ha de contemplarse dentro de una visión unitaria de todo el acontecimiento de Cristo, y, por otro lado, termina por empobrecerse la visión saludable del mismo Cristo. No es esa la única reducción.

La otra consiste en afirmar, de una u otra manera, que Cristo ofreció salud únicamente a los enfermos oficiales de su tiempo y únicamente a través de sus acciones tautomáticas.

Pues bien, esta nueva comprensión del Evangelio, y por tanto del misterio de Cristo en clave terapéutica y saludable, la podríamos resumir en algunas afirmaciones:

- En la historia de la salvación el lugar central corresponde a la salvación, no a la salud. De hecho, Cristo vino a nosotros como Salvador, no como médico ni curandero. Ahora bien, la salvación por él ofrecida es tal y de tal envergadura que alcanza al hombre entero, en todas sus dimensiones; nada queda al margen de su solidaridad salvífica y de su eficacia salvadora. De ahí que la salvación se nos dé también y de forma privilegiada bajo forma de salud, y/o de experiencias saludables.
- La salud, a semejanza de lo que acontece con la salvación, está estrechamente ligada a su persona. Salva porque es la salvación; sana y potencia lo humano porque él es la salud, él es saludable.
- De ahí que todo el misterio de Cristo, y no sólo una parte del mismo, haya de leerse en clave saludable y terapéutica. El ministerio, por ejemplo, prolonga y concreta en el tiempo cuanto se significa ya en la Encarnación: también ésta tiene una eficacia saludable. Y lo mismo cabe decir de los demás «momentos» del acontecimiento de Cristo.
- Se entiende así más fácilmente que la salud, y no la enfermedad, sea objetivo permanente del Reino, incluso cuando el hombre ha de convivir con la enfermedad insuperable, como de hecho convive con la experiencia ineludible de la muerte y de otros límites. Anunciar el Reino y adherirse a él equivaldrá a entrar en una nueva dinámica en la que convertirse comporta también dejarse sanar en profundidad, y proclamar/celebrar la Buena Noticia no podrá separarse del servicio a la salud integral del hombre.
- El acento no ha de ponerse, pues, únicamente en la situación de «enfermedad» de la que Cristo libera a quien se deja liberar, sino también y sobre todo en la nueva salud que él ofrece a todos, sanos y enfermos, jóvenes y mayores. La oferta de salud es un signo de la oferta de plenitud: A eso vino, a conducir lo humano a su plenitud.
- La salud es colocada por Cristo dentro de un itinerario: Comienza por la salud física, pero no se detiene ahí. Su proyecto es totalizante, no se limita al cuerpo, ni sólo al individuo. Por eso la salud, a diferencia de la salvación, nunca es un bien esencial. Dios puede no concederla. Y sin embargo, fue encomendada a la Iglesia como don y como misión, como veremos.

¿DE QUÉ SALUD ESTAMOS HABLANDO?

De lo dicho hasta ahora se intuye que andamos, al menos a primera vista, un poco lejos de las habituales formas de concebir la salud, lo mismo por parte del sistema médico convencional que por parte de la cultura sanitaria de occidente.

El primero, como sabemos, tiene su origen próximo (aunque ya lejano) en la filosofía cartesiana, por tanto en su dualismo. La medicina se ha ocupado fundamentalmente de la «res extensa», es decir, del cuerpo. Una medicina, pues, de corte biologicista, más atenta a los hechos que a los significados, más experta en enfermedades que en experiencias, más habituada a la enfermedad que a la salud. Según ese esquema, ésta se «define» más bien como ausencia de enfermedad (de lesión, de disfunción...), o como «silencio del cuerpo y de los órganos».

En cuanto a la cultura (o culturas, porque hay muchas), es claro que para muchos, aquí y ahora, la salud querida coincide fundamentalmente con *estar bien* (buen funcionamiento del cuerpo, vigor, prestancia, exuberancia, rendimiento...) y, cada vez más frecuentemente, «*sentirse bien*». En ambas concepciones el lugar del médico y de la medicina sigue siendo casi hegemónico. Vivimos en una sociedad medicalizada, que nos va acostumbrando a buscar en la ciencia la solución a todos los problemas humanos, más aún, a todas las aspiraciones y sueños.

Sin embargo, no está dicha la última palabra. Por un cúmulo de factores, a los que ahora no podemos siquiera asomarnos, se está abriendo paso una corriente que, abreviando, podríamos denominar humanista y humanizadora, que pone de manifiesto o se distingue por lo menos los siguientes datos: Incorporación del concepto de persona a la noción de salud; ésta implica todas las dimensiones o coordenadas de aquélla (hay, por tanto, salud física, pero también síquica, mental, social, relacional, moral, espiritual); es individual y comunitaria, reclama libertad y sentido, está inserta en la trama de valores y contravalores; es, pues, biológica, pero también biográfica.

Dentro de este esquema la salud humana no puede reducirse a los niveles de «*estar bien*» (salud objetiva, del cuerpo, mensurable), ni tampoco al de «*sentirse bien*». Aun siendo importantes, son incompletos, no dan la talla de lo humano, y, además, resultan por sí solos ambiguos. ¿De qué sirve «*estar bien*» si uno se «*siente mal*»? Y ¿qué salud posee quien, por estar drogado, se siente bien?

Es preciso introducir un tercer nivel, «*ser bien*». Es la dimensión más honda de la salud, aquella que, por otro lado, está siempre presente en la oferta de Cristo. Resumiendo mucho, puede decirse que consiste en que la persona «funciona» bien en aquello que la constituye como tal. Su libertad no está enferma, no vive esclava de adicciones, sus relaciones no son patógenas o patológicas, no sufre de vacío existencial...

Como es obvio, es éste el nivel más personal de la salud. De hecho, lo que hace que cada uno de nosotros sea

persona humana no es el hecho de tener dos ojos que funcionan bien (las águilas ven mejor que nosotros) sino nuestra forma de mirar; tampoco el hecho de tener dos brazos o dos piernas... Tampoco es el hecho de «sentirse mejor o peor, más sano o más enfermo», ya que no hemos de vivir siempre más acá de los sentimientos; siendo éstos importantes, la vida no se define sólo por las sensaciones subjetivas sino también por las actitudes, por lo que uno hace cuando se siente bien y cuando se siente mal.

Cristo vino para sanar la persona, para que en salud y en enfermedad, aprendamos a ser hombres y mujeres, personas humanas, para sacarle partida a la vida, para conducir lo humano a su plenitud. Nada de parches, ni paños calientes. Pero tampoco nada hay que despreciara, porque no fue alguien que ejerciera el oficio de «salvador»: su oficio fue amar. El amor es el único que pone las cosas en su sitio.

CUANDO DECIMOS EVANGELIZACIÓN...

Finalmente, esta tercera acotación. Ahora de forma más breve.

En otros tiempos cuando se hablaba de la acción de la Iglesia en el campo de la salud y de la enfermedad, se hacía una distinción neta entre: la actividad asistencial y la actividad pastoral. En términos de evangelización, la primera se consideraba simplemente «pre-evangelización». Quiérase o no, con ello no sólo se transmitía una determinada concepción de la evangelización, sino también de la actividad desarrollada por médicos, profesionales y religiosos y religiosas. La segunda, por su parte, era fundamentalmente de tipo sacramental, o, si se prefiere, sacramentalista.

Para entender la misión de la comunidad cristiana en el campo de la salud (y para que no pocos cristianos puedan vivir plenamente como tales en el ejercicio de su profesión) es preciso partir de una nueva visión de la evangelización; la que, apoyándose en *Evangelii Nuntiandi* y en sus desarrollos sucesivos, se nos presenta como un proceso, camino con diferentes etapas, guiado por una dinámica interna: fidelidad a Dios y al hombre. Fidelidad al hombre, pues éste, como ha afirmado repetidamente Juan Pablo II, «es el camino que la Iglesia debe recorrer en el cumplimiento de su misión»³; y fidelidad a Dios pues la Iglesia no se anuncia a sí misma, ella no es «la» salvación sino su sacramento. En esta óptica, también cuando no hay (o todavía no hay) anuncio explícito, hay o puede haber una evangelización. ¿Qué sería de ésta sin los gestos, sin la sinfonía de la caridad y del testimonio, de aquel testimonio que, según Pablo VI, plantea «interrogantes irresistibles»?⁴.

3. RH 14, 21; SD 3.

4. EN 18.

En ese itinerario (camino del hombre conducido por el amor paterno-materno de Dios) se sitúa la oferta de salud por parte de Cristo. Sí, la salud es parte de la Buena Noticia; es más, está en el corazón, en el núcleo de la evangelización. Comienza siendo salud física (recuperación de la vista) y termina siendo salud espiritual (ver con los ojos del alma y del corazón). Va de la purificación de la lepra al perdón de los pecados (la raíz última del mal), de la recuperación del movimiento al seguimiento de Cristo, de la liberación de las cadenas a la integración dentro de una comunidad acogedora...

¿QUÉ SALUD OFRECIÓ CRISTO A LOS SANOS Y ENFERMOS?

Suele afirmarse con una cierta facilidad que Cristo ofreció, sobre todo a los enfermos, una salud integral. Esto no es cierto si con ello se insinúa que en este mundo es posible una salud humana completa. No es cierto entre otras razones porque en la misma dinámica del seguimiento de Cristo (o entre las exigencias del discipulado) se incluye el sacrificio de la propia salud física, tal como hizo Cristo en la cruz, en el fuego lento del servicio, o se invita de forma apremiante a renunciar en parte a la integridad biológica («cortarse una mano», «arrancarse un ojo»). Sí es cierto, en cambio, si con ello se significa que la oferta de salud por parte de Cristo afecta a todo hombre (sano o enfermo) e incluye todas las dimensiones de la persona. Obviamente, con una cierta jerarquización: no es lo mismo una fiebre pasajera que un «virus espiritual».

Puesto que no es posible describir aquí ni siquiera aproximadamente el modelo cristológico de la salud, vamos a dar *algunos rasgos*. Lo haremos teniendo a la vista el conjunto del acontecimiento de Cristo (no sólo su ministerio), pero centrando nuestra atención en la curación del ciego de nacimiento de Jn. 9, 1-40.

Un primer dato salta a la vista, dato por lo demás contundente: En el relato de Juan se rompe el trazo grueso que vinculaba, de forma inevitable y con efectos perniciosos, enfermedad y pecado. «Ni él ni sus padres han pecado». De aquí derivan varias conclusiones. Veamos dos de ellas. Del mismo modo que la enfermedad no ha de ser vista ya como signo de maldición, tampoco la salud (el hecho de ver con los ojos del cuerpo) es necesariamente signo de bendición. Dicho de otra manera, tener dos ojos que funcionan no es necesariamente una experiencia salvífica; de hecho los adversarios de Jesús seguían en la tiniebla del pecado. Tampoco la enfermedad es de suyo experiencia de perdición.

Nunca ponderaremos bastante la importancia de esta primera conclusión. En una de sus versiones más contundentes nos lleva a ratificar una verdad fundamental: Ninguna experiencia humana (ni siquiera el amor) es de

suyo garantía de salvación. La salvación es siempre regalo a acoger. Al mismo tiempo, nos previene del riesgo de inclinarnos hoy hacia otro extremo: Si en otros tiempos fue equivocado pensar que el sufrimiento y la enfermedad eran señal de amor preferente de parte de Dios y señal de predestinación, tampoco hoy hay que pensar que la salud y las experiencias saludables sean signo inequívoco de salvación.

La segunda conclusión, con la cual entramos de lleno en el modelo de salud: al desvincular la enfermedad de un pecado personal o «heredado», Cristo devuelve al enfermo la dignidad perdida y/o usurpada. Ese dato saludable —la restitución de la dignidad— cobra mayor realce todavía en el transcurso del relato, por la actitud condenatoria y despectiva que los adversarios muestran en contra del curado, y también por el comportamiento de Jesús a favor del enfermo.

Ahí está, pues, el primer rasgo del modelo de salud. Esta consiste en el reconocimiento de la dignidad, y en la dignificación del hombre. Resulta patente en la Encarnación: Cristo, al asumir la condición humana, la eleva a la máxima dignidad, nos devuelve el entusiasmo de ser hombres, nos enseña a serlo, a convivir con nuestra inevitable condición de imperfectos y perfectibles. También es evidente en las curaciones efectuadas por Cristo. La salud comienza, por tanto, por el diagnóstico, al que nada ni nadie escapa (si se deja, claro), por una mirada que penetra y eleva, dignifica y salva. No se puede curar y, menos aún, ayudar a conducir lo humano a plenitud si no es a partir de ahí.

Un segundo rasgo del modelo: Jesús se sitúa siempre allí donde el hombre está, donde le duele. Aquel joven estaba «enfermo» de prejuicios y tabúes, de condenas inamovibles, víctima de una cultura patógena (dentro de ella ya sabía bien lo que le esperaba: hoy sería «carne de hospital»). El camino hacia la plenitud de lo humano viene de arriba: siempre será regalo, pero no a costa de sacrificar lo humano. Dios camina al paso del hombre. Al joven ciego lo conduce hasta ver lo que nunca un médico ni un curandero podrá dar, pero verá con sus ojos y, posiblemente, con la apuesta de su fe. Una salud, por tanto, en crecida; con vocación de llegar a ser algo más que salud.

Un tercer rasgo: la salud no se impone ni se suministra desde fuera. Se acoge. Es propuesta y regalo, pero también es tarea para la libertad. Hasta allí donde parece que la aportación material de la persona a la salud (como en el caso de la hemorroísa) es poca, Jesús pone de relieve la dimensión personal de la nueva salud: «tu fe te ha salvado»; porque la salud no es una cosa, un objeto; Cristo la sitúa en su lugar, es decir, dentro de la dinámica de una relación. Es lo que yo llamo «salud relacional»: se modifican radicalmente la vivencia de las relaciones. Nueva relación consigo mismo, con el propio cuerpo, con Dios, con los demás, con las cosas.

Siguiendo el hilo de esta característica englobante de la salud (salud *relacional*), en el modelo de salud desta-

camos un cuarto rasgo: a sanos y enfermos Jesús, sanándolos, les enseña a vivir una nueva relación con el cuerpo. Así lo puso de manifiesto al encarnarse. Haciéndose hombre nos reveló que sólo un cuerpo asumido es un cuerpo salvado y sanado, un cuerpo que, por tanto, hay que acoger, reconciliándose con todos sus límites, tratándolo como obra de Dios y templo del Espíritu, viéndolo como homenaje al Creador; haciendo de él un lugar de encuentro y de donación. A nadie se le oculta la importancia de este rasgo dentro de una cultura como la nuestra que está provocando tantas patologías que tienen su matriz en una equivocada vivencia del cuerpo.

Dentro de la salud relacional se pueden incluir asimismo otros rasgos importantes del modelo cristológico. Por ejemplo, la integración del enfermo dentro de la comunidad y, más en general, la sanación del tejido relacional de la comunidad, y, en positivo, la potenciación de unas relaciones saludables y plenificantes por fraternas y solidarias. El Evangelio es una verdadera escuela de salud comunitaria, incluso en el sentido técnico que hoy se atribuye a esa expresión dentro de la así llamada «salud conductual» y de las ciencias de la salud. Cuando Jesús cura y cuando predica, cuando se relaciona con los enfermos y los pecadores, tiene siempre presente al individuo y a la comunidad, la salud de la persona y la salud de su mundo.

En la cúspide —o tal vez en la base— de la salud relacional hemos de situar la «salud espiritual». Dicho brevemente y de forma sencilla: Jesús vino sobre todo para esto, para ofrecer eso que hoy llamamos «salud espiritual». Sus contenidos y sus dinámicas son variados y complejos. Aquí no podremos entrar en matices. Ahora bien, ¿cómo no poner en primer lugar la «nueva relación con Dios»? No es poco el decir que su salud consiste ante todo en eso: Sanar la relación con Dios (había mucha indigestión de religión), pasar de la fe en un Dios cuyo nombre no se puede pronunciar a la relación filial con el «Abbà». La historia es testigo de cuán cierto sea aquello de «*corruptio optimi pessima*»: La fe, plenificadora, puede convertirse en instrumento patógeno.

El abanico de la salud espiritual se abre más y más si tenemos en cuenta que ésta consiste también en responder a las diferentes necesidades espirituales de la persona y, por otro lado, en potenciar sus recursos y dar cumplimiento (más allá de lo esperado) a sus aspiraciones. Necesidad de sentido y de significado, de amar y de ser amado, necesidad de continuidad en el tiempo y más allá del tiempo, hambre de libertad y de felicidad... todo eso está incluido en el repertorio saludable de Aquél que vino para que tuviéramos vida en abundancia (Jn. 10, 10). ¿Y qué otra salud cabría esperar mejor, si ésta bien se entendiera?

Legamos, de este modo, a nuestro último capítulo, en el que más que las muchas palabras han de abundar las conclusiones, algo así como el fruto de la siembra.

OFRECER HOY LA MISMA SALUD QUE CRISTO

Esta es la cuestión clave para todos los que, desde diferentes profesiones y ministerios, trabajamos, en nombre de la Iglesia, en el mundo de la salud y de la enfermedad. La cuestión no tendría sentido alguno si no hubiera diferentes ofertas de salud (incluso opuestas entre sí), y si ésta no cayera bajo el dominio de la fe y de la libertad. Tampoco es una cuestión técnica, científica o política, pues no le corresponde a la teología ni a la pastoral sustituirse a las ciencias de la salud. La cuestión se le plantea al creyente que desea revivir hoy la experiencia de Cristo dentro del campo de la salud.

La pregunta es, pues, ¿puede hoy la Iglesia ofrecer la misma salud que ofreció Cristo? Por tanto ¿qué salud encomendó Cristo a su Iglesia? Responderemos brevemente distribuyendo la respuesta en dos capítulos sucesivos.

A LA IGLESIA LE HA SIDO CONFIADA LA SALUD COMO DON

Hablamos en primer lugar de don, de regalo. Sólo en un segundo momento hablaremos de misión, de responsabilidad y tarea. No es cuestión de matiz. Si hemos recibido el encargo de atender, de cuidar y de curar, de promover la salud y prevenir la enfermedad, es porque la Iglesia también ha recibido de Cristo, por la fuerza del Espíritu, el don de la salud. Dicho de forma escueta, del mismo que afirmamos que la Iglesia es sacramento (signo visible y eficaz) de salvación, también, análogamente, hay que decir que ella es signo de salud. Iglesia salvífica, Iglesia también —en cierto sentido, pero realmente— saludable.

Este planteamiento tiene unas hondas implicaciones teológicas que no es posible abordar aquí. Es sin embargo evidente que esas afirmaciones están alcanzando una adhesión cada vez mayor. Abundan ya los escritos en los que se profundiza sobre la dimensión sanante y saludable de la Iglesia⁵, bien sea en general, o bien se trate de su acción evangelizadora y sacramental. A esa recuperación de la conciencia sanante de la Iglesia han contribuido ciertamente la así llamada «teología terapéutica», y, por supuesto, el movimiento de la renovación carismática.

Mi planteamiento, sin embargo, va más allá de la teología terapéutica y se diferencia no poco de los posicionamientos doctrinales de los carismáticos. Que la Iglesia haya recibido, entre otros, el don de la salud ¿qué significa? Por supuesto, que puede haber entre los creyentes quienes también hoy reciban el carisma de las curaciones, como en la comunidad de Corinto. Ahora bien, sin

5. Cf. por ej. SANDRIN L., *La Iglesia, comunidad sanante. Un reto pastoral*, San Pablo, Madrid 2000.

restar valor ni belleza a ese carisma del Espíritu, el don de la salud posee un significado más amplio y profundo. Veámoslo de forma sencilla.

La Iglesia prolonga a Cristo en el tiempo, por tanto su presencia y su misión. Todo ello, obviamente, gracias a la acción del Espíritu. Esto no sería posible si la Iglesia no hubiera recibido al mismo tiempo los recursos para ello. ¿Cómo prolongar a Cristo sin los recursos de Cristo? Sería en el mejor de los casos un Cristo fragmentario y desfigurado.

De ahí que no hemos de tener reparo en afirmar que, a semejanza de Cristo, también la Iglesia es saludable; también ella es sacramento de plenitud de lo humano. Estamos yendo, pues, más allá de una dimensión simplemente «medicinal». No se trata sólo de curar, sino también de promover y potenciar, de elevar y conducir a plenitud.

Y ¿cuáles son esos recursos? Un elemental recuento ha de comenzar por el Espíritu, en quien la liturgia, más que la teología, siempre ha visto al continuador de la salud de Cristo en el tiempo. Es el Espíritu del Resucitado y de Pentecostés, el que sana a los discípulos deprimidos, desconcertados, atemorizados, y los lanza al mundo sin miedo a arrostrar las últimas consecuencias; el que renueva radicalmente su calidad de existencia, promoviendo un cambio profundo en sus vidas. Es el Espíritu que reparte generoso dones y frutos, tan saludables y de andar por casa como «el amor, gozo, paz, paciencia, amabilidad, bondad, fidelidad, modestia, dominio de sí» (Gal 5, 22). Sobre todos ellos, el amor que ha sido derramado en nuestros corazones (Rm 5, 5). Nada hay más saludable. Gracias a él y por él los recursos saludables vuelcan y explicitan su eficacia entre los hombres.

Dones saludables son también lógicamente la Palabra, la liturgia, los sacramentos; la fe vivida, orada y celebrada, y la esperanza; la comunidad y las personas, las instituciones. No todo lo es en igual medida, pero es. Para participar del caudal saludable de la Iglesia no es preciso haber recibido un carisma particular. Se participa mediante la adhesión activa y consciente de la fe, mediante el compromiso ratificado del bautismo, y a través de la comunión eclesial.

Obviamente, la pertenencia a Cristo y a la Iglesia no vacuna al creyente contra nada, no es un recurso profiláctico, tampoco —como diría V. FRANKL— es una medicina que cure las úlceras de estómago. Ahora bien ¿en qué otra fuente podremos encontrar mejor respuesta a aquel tercer nivel de la salud que consiste en «ser bien»? ¿No es cierto que la fe vivida enriquece la libertad con nuevos contenidos y motivaciones? ¿Cómo no ver en la Eucaristía el «lugar» privilegiado para la construcción de un tejido relacional más solidario y saludable, para la transformación incluso de la propia humanidad? ¿Por qué el sacramento de la reconciliación no habrá de vivirse también en clave saludable, viendo en él un recurso de la gracia que, además de ayudar a la conversión, sana la libertad de sus esclavitudes, y ayuda a superar comporta-

mientos patógenos o incluso patológicos? Las preguntas podrían multiplicarse hasta la saciedad.

Detrás de ellas late un doble mensaje que deseo transmitir. El primer y tal vez más importante: Sea cual fuere vuestra actividad en el campo de la salud y de la enfermedad, pero sobre todo vosotros que os movéis preferentemente en el ámbito de la parroquia, es preciso que lleguéis al pleno convencimiento de que, en cuanto creyentes y enviados por la comunidad, sois portadores de una salud que, de alguna forma, os supera porque la habéis recibido. Habéis de creer, pues, en la eficacia saludable de la Palabra escuchada, del Sacramento celebrado, de la oración compartida, de la esperanza puesta a prueba y mantenida; y, por qué no, también en el poder saludable de la escucha atenta, de la empatía, de la consideración positiva del otro, del respeto a su intimidad, de la solidaridad. Estáis, no lo dudéis, al servicio de la plenitud de lo humano, sois aliados de la vida abundante, servidores de una calidad de vida que es compatible con el sufrimiento y el deterioro físico.

El segundo mensaje: El don de la salud lo llevamos en vasijas de barro. Como casi todo lo bueno. Es ésta la grandeza y la debilidad del cristianismo. ¿Cómo dudar de los recursos saludables de la Iglesia? Pero, al mismo tiempo cuán conscientes somos de que ella misma no siempre es hogar de salud, no siempre aparece como recurso de plenitud de lo humano. Tal vez también porque nunca la comunidad eclesial ha sido plenamente consciente de dichos recursos. Todo se ha polarizado en la salvación, y ésta hasta tiempos bien recientes ha sido desposeída de su encarnación efectiva en la historia, de su arraigo en las biografías y en la historia del pueblo. El don de la salud pasa, por tanto, a través de mediaciones en buena medida inevitables. Una de ellas, vuestra propia humanidad. La salud se «contagia» como se contagian los virus. Se transmite a través del propio cuerpo, de los ojos y de las manos. De ahí la importancia de evangelizar la propia humanidad para que pueda ser instrumento eficaz de la ternura de Dios.

MINISTERIO ECLESIAL DE LA SALUD

De esto nunca ha habido mayores dudas. La Iglesia siempre ha sido consciente de que el Maestro le encomendó el cuidado de los enfermos. Pero también en esto ha habido un fuerte reduccionismo. Que los enfermos hayan de ser el centro, nadie lo pone en entredicho. Sin embargo el mandato de Cristo es, como hemos visto, más amplio y más inclusivo: incluye a todos, los enfermos oficiales y los así llamados sanos. El objetivo sigue siendo la salud, no la enfermedad. La Iglesia está al servicio de la salud, sobre todo de quienes la han perdido, pero también de cuantos (que somos todos) la desean, de quienes la maltratan y de quienes se obsesionan, de quienes la viven cristianamente y paganamente, de aquellos que le encuentran sentido y de quienes no saben exactamente qué hacer con ella, de los que están al borde de la

muerte y de los que estrenan vida, del individuo y de la comunidad.

La salud nos ha sido encomendada como tarea, porque es responsabilidad individual y colectiva, y nos ha sido confiada como ministerio, porque está metida (como hemos dicho) en el corazón de la evangelización, es obra de apostolado, es Pastoral de la Salud.

Uno de los ámbitos preferentes de actuación de este ministerio es aquél en el que vosotros —voluntarios, visitantes, agentes de pastoral, responsables de la Pastoral de Salud en la parroquia— os movéis. Digo preferente, fundamentalmente por tres breves y sencillas razones. Primera, porque es «ahí», y no en las instituciones sanitarias y socio-sanitarias, donde están en su inmensa mayoría los destinatarios principales de vuestra acción; segunda, porque es en el seno de la comunidad cristiana donde se aprende a vivir en cristiano las experiencias fundamentales de la vida (tales como salud, enfermedad, sufrimiento y muerte); y porque es la comunidad cristiana en sus diferentes concreciones el primer sujeto activo del anuncio y del testimonio.

¿Qué salud os ha sido encomendada en cuanto comunidad cristiana y en cuanto miembros de la comunidad? En principio, toda. Toda la salud y de la de todos, individuos y comunidad. A ejemplo de Cristo, la comunidad no desdeña nada de lo humano, lo asume. No menosprecia la salud física de nadie, aunque esté dispuesto a sacrificar la suya propia, y vuelca sobre ella su humanidad, su capacidad y su caridad. De igual modo y con responsabilidad o empeño creciente, las demás dimensiones de la salud: psíquica, mental, relacional, social, ecológica, moral, espiritual.

Puesto que hablamos de comunidad cristiana y de creyentes que se saben miembros de la Iglesia, interesa destacar por lo menos «algo» de aquello que pertenece a esa doble condición, descubrir algunos de los rasgos de la aportación cristiana a la salud; en definitiva, señalar alguna nota del ministerio eclesial de la salud.

A este discernimiento nos ayuda sobremanera la constatación de que dicho ministerio se realiza fundamentalmente a través de dos vías complementarias: El *testimonio* y el *anuncio*. Son los carriles de la evangelización.

El servicio a la salud, en cualquiera de sus formas y ministerios ha de estar animado siempre por la caridad (no bastan los buenos sentimientos, la buena voluntad, ni la simpatía ni el instinto de compasión). La virtud teológica de la caridad es la que convierte cualquier actividad a favor de la salud en obra de apostolado. La caridad, el amor derramado en nuestros corazones por el Espíritu, cuando actúa efectivamente en el cristiano se traduce en una sinfonía de gestos y de actitudes, se encarna en la acción y se desgrana. Se hace concreta como el pan, y, en el fondo, es explicación fehaciente de la eficacia apostólica.

Entonces, y tal vez sólo entonces, podemos hablar realmente de *testimonio*; sí, también en el caso de quienes realmente aman sin que conozcan o se adhieran explícitamente a Cristo (los así llamados «cristianos anóni-

mos»). Es la evangelización mediante el testimonio, un momento indispensable en el ministerio de la salud. Ahí es donde la Iglesia que vive y trabaja en el mundo de la salud y de la enfermedad despliega sus mayores energías.

Pero también en este caso llevamos el tesoro en vasijas de barro. Es el barro de los límites que nos acechan por todas partes, y de forma especial de la falta de purificación de las propias motivaciones, de la falta de gratuidad, de la impreparación para no depender únicamente de la buena voluntad, de los prejuicios y tabúes... Para que la fuerza saludable y evangelizadora del testimonio no se sofoque es preciso crecer en discernimiento, beber en la fuente, estar dispuestos a convertirse.

Y en segundo lugar, el *anuncio*. Explícito o no, se trata de ese «momento» del ministerio de la salud en el que, guiados también por la caridad, tratamos de evangelizar las experiencias fundamentales de la vida y el modo de vivirlas, de iluminar los interrogantes con la luz de la fe, de celebrar la presencia salvífica y saludable de Dios en el tiempo de la enfermedad, de compartir la fe y la esperanza, de acompañar humana y espiritualmente en los procesos de vida y de muerte, de orar, de llevar la comunidad al enfermo y a éste a la comunidad...

En ambos casos (testimonio de la caridad y anuncio), el ministerio de la salud que realizáis en vuestras comunidades parroquiales habrá de distinguirse por algunas notas y/o opciones que, ya concluyendo, sólo puedo explicar brevemente.

- Ante todo y por encima de todo, nuestra referencia vital ha de ser siempre Cristo, terapeuta y buen samaritano, el hombre saludable y curador herido. A su escuela y en su seguimiento, hemos de aprender el servicio a la salud: educando y sanando nuestra humanidad, revistiéndonos de sus mismos sentimientos y actitudes. Para el creyente, actitudes tales como: descender al pozo del sufrimiento ajeno, colocarse donde al otro le duele, invocar y potenciar los recursos internos del otro, mirarlo con buenos ojos, ponerse en su lugar..., encuentran en la luz de la fe y del seguimiento de Cristo su pleno sentido. La empatía, por ejemplo, no es sólo un recurso humano y pastoral, es sencillamente una forma de ser cristiano en el encuentro, en la relación terapéutica.
- A partir de ahí, aunque el creyente haga externamente las mismas parecidas cosas que quienes no lo son, entiende que su ministerio ha de ser signo y significativo. Por tanto, sin buscar para nada el elogio o el escaparate, ha de afinar constantemente su sensibilidad evangélica, y preguntarse, por ejemplo, cómo encarnar hoy de forma creíble el Evangelio de la Salud, cuáles son las urgencias de la evangelización y de la sociedad, cómo incidir de forma más eficaz en huma-

nización de la salud etc. De aquí derivan otras conclusiones que resumo.

- Quien actúa en nombre de la Iglesia y del Evangelio sabrá, por ejemplo, que si es voluntario o visitador no podrá ser un voluntario o visitador «cualquiera» (valga la expresión, que no tiene intención alguna discriminatoria). Ha de saber, por tanto, en nombre de quién actúa, entre otras razones para no dejar en mal lugar aquel a quien representa o a quien le envía.
- Esta consciencia lleva obviamente a plantearse determinadas opciones no sólo ministeriales sino también de vida. Así, por ejemplo, quien hace de voluntario no sólo da tiempo sino que profesa solidaridad, y ésta comporta un determinado estilo de vida que no es compatible con el consumismo. Del mismo modo, esa consciencia es la que ha de llevar a la comunidad no sólo a atender a enfermos y ancianos, sino también a buscarlos, a hacer una opción preferencial por los más necesitados.
- En una Iglesia que es sacramento de salvación y hogar de salud, la comunidad cristiana ha de ser precisamente eso: hogar saludable, donde se acoge y se integra, donde encuentran hospitalidad los excluidos, donde se vive y se deja vivir, donde se cuidan las relaciones interpersonales y se aprende la salud.
- Igualmente la comunidad cristiana ha de ser un ámbito donde, desde la infancia y a través de la catequesis y de la predicación, se educa en valores, se promueve un estilo saludable de vida, se denuncian los sucedáneos de vida y de salud, se promueve una cultura de vida, se proponen y estimulan gestos de solidaridad como la donación de sangre y de órganos, un uso solidario de los recursos sanitarios y terapéuticos.
- La comunidad cristiana, cercana siempre a la vida, es consciente de su estrecha relación con la salud, en todos sus niveles y, tal vez de forma especial, en el tercero. El cristianismo no es una «religión útil», ni su valor principal estaría en serlo. Ahora bien, la salvación, que ocupa el centro de su mensaje, sólo es creíble en la medida en que sea proclamada y actuada también como oferta de plenitud de lo humano. Y ¿qué otra cosa podrá ser la salud?

Espero que estas reflexiones os ayuden a vivir vuestra fe en una clave renovada. Que experimentéis en vuestra propia carne el valor saludable de creer, esperar y amar; que, estando al servicio del ministerio de la salud, vosotros mismos podáis saborear la nueva calidad de vida que el Señor os ofrece. De este modo, también vosotros haréis gustosos, o por lo menos convencidos, ese itinerario que va de la salud a la salvación, el de la plenitud humana.

La Pastoral de la Salud en la Parroquia

Líneas básicas para un proyecto compartido

JOSÉ ANTONIO PAGOLA

Vicario General
de San Sebastián



La parroquia es el marco normal donde la mayoría de los cristianos viven y alimentan su fe. Por otra parte, las comunidades parroquiales están llamadas a testimoniar y difundir el evangelio en la sociedad actual.

No todas las parroquias son iguales. Hay parroquias urbanas y parroquias de carácter rural. Parroquias que abarcan

a un gran número de fieles y parroquias pequeñas. Parroquias antiguas, de larga tradición y parroquias de reciente creación. Parroquias llenas de vida y dinamismo, y parroquias que funcionan por inercia o de manera lánguida. Sin embargo, es en esas parroquias de carácter tan variado donde se construye de manera concreta la Iglesia de Jesucristo.

Por eso, el Congreso «Iglesia y Salud» habló de manera significativa del «impulso de una evangelización sanadora en el interior de las comunidades parroquiales». El Congreso nos proponía concretamente dos objetivos:

- Una parroquia sana y sanadora. El Congreso afirma que la comunidad parroquial adquirirá una profundidad evangelizadora nueva si se entiende la parroquia como «fuente de salud integral». La parroquia puede ser hoy lugar privilegiado para impulsar una nueva evangelización siendo «foco de vida más saludable y humana en medio de nuestros pueblos y ciudades».
- Los enfermos en la comunidad parroquial. El Congreso recuerda que no podemos seguir desarrollando una comunidad fiel a Jesucristo ignorando precisamente a esos hombres y mujeres enfermos a los que él dedicó una atención preferente. Si queremos dar un rostro nuevo a las parroquias, más evangélico y evangelizador, es necesario «un esfuerzo decidido por hacerles a los enfermos un sitio más real y significativo en la vida de la comunidad parroquial»¹.

1. Congreso Iglesia y Salud. Edice, Madrid 1995, 158-159.

Los dos objetivos están claros. La pregunta que ahora nos hacemos es ésta: ¿Cómo impulsar una PS que contribuya eficazmente a construir parroquias más sanas y sanadoras donde los enfermos tengan ese lugar privilegiado que tuvieron en el corazón y la actuación de Jesús? El objetivo de esta exposición es precisamente trazar algunas líneas básicas que nos permitan dar pasos, aunque sea pequeños y humildes, en la dirección adecuada².

DE UNA PASTORAL DE ENFERMOS A UNA PASTORAL DE LA SALUD

Durante siglos la Iglesia y las comunidades cristianas han centrado su atención en los enfermos traduciendo esa sensibilidad en ayuda y asistencia caritativa. Sin duda, éste ha de ser también hoy el núcleo de toda PS. Pero, sin descuidar esta atención preferente al enfermo, PS tiene que aprender hoy a desarrollarse como pastoral al servicio de la salud integral de todo ser humano.

Estos últimos años se ha tomado conciencia de que la actuación evangelizadora de Jesús no ha consistido en curar enfermos, sino en irradiar de muchas maneras fuerza salvadora y sanante. Esto significa que toda comunidad cristiana que quiere ser prolongación de Jesús ha de cuidar amorosamente a los enfermos, pero ha de saber también ser portadora de salud.

El paso de una pastoral de enfermos a una pastoral de la salud expresa mejor la orientación y el contenido de esta pastoral en la comunidad parroquial. Por una parte, se amplía el campo de acción. PS ha de preocuparse no sólo de que se atienda bien a los enfermos, sino de que las parroquias tengan como horizonte y estímulo de su actuación la misión concreta de irradiar salud en medio de la sociedad actual. PS ha de contribuir hoy a despertar y desarrollar en el interior de las parroquias la conciencia de que están llamadas a ser fuente de salud integral allí donde se encuentre.

Por otra parte, esta pastoral adquiere un talante más positivo, pues ya no está en su horizonte sólo la enfer-

2. Esta reflexión se inspira fundamentalmente en el Congreso Iglesia y Salud; en el Congreso Parroquia evangelizadora, Edice, Madrid 1989, 245-255; J. A. PAGOLA, *Acción pastoral para una nueva evangelización*, Sal Terrae, Santander 1991, 137-204; A. PAN-GRAZZI, *Il guaritore ferito*, Il Regno, 15 mayo 1998 (815) 351-360.

medad, sino la salud entendida de manera integral y abierta a la salvación. Podemos decir que el objetivo es «proclamar y hacer visible la salvación en su totalidad»³ desplegando la fuerza sanante de Jesucristo.

Todo esto no es algo teórico sino una llamada a desarrollar poco a poco todas las posibilidades que encierra esta PS en el ámbito de la parroquia: defender la salud, difundir una concepción más sana de la vida, promover costumbres más saludables en el comportamiento individual y colectivo, educar para la salud, luchar contra el alcoholismo, prevención de la droga, iniciativas contra la soledad y la depresión, promoción de una vejez más sana, etc.

DE UNA PASTORAL DE LOS SACRAMENTOS A UNA PASTORAL DE EVANGELIZACIÓN

La pastoral de los enfermos se ha identificado con frecuencia con la asistencia religiosa y la administración de los sacramentos a quienes así lo requerían. Esta pastoral, llevada a cabo sobre todo por los presbíteros, tenía el riesgo de olvidar fácilmente el resto de la problemática del enfermo y de centrarse especialmente en la atención a los enfermos practicantes, cercanos ya a la muerte.

Sin duda, los sacramentos tienen un papel terapéutico y sanante que no hemos de descuidar. La comunidad eclesial, «sacramento de salvación», ofrece su gracia salvadora y sanante con una densidad especial en y a través de los gestos sacramentales⁴. De ahí la necesidad de renovar profundamente la celebración de los sacramentos de los enfermos desarrollando todas sus posibilidades. El sacramento de la reconciliación con toda su fuerza terapéutica, la eucaristía celebrada por una comunidad cercana al enfermo, la comunión que se hace llegar hasta él y, sobre todo, la unción celebrada comunitariamente o con la mayor participación posible de la comunidad son el ofrecimiento más expresivo y eficaz de la gracia de Cristo al enfermo para estímulo de su curación, para la vivencia cristiana del dolor o para la aceptación esperanzada de la muerte.

Sin descuidar la adecuada celebración de los sacramentos por parte de los creyentes, la Pastoral de la Salud ha de preocuparse, en esta sociedad cada vez más secularizada, de hacer presente la fuerza salvadora y humanizadora del Evangelio en la existencia dolorosa y frágil de todo ser humano. Al elaborar su proyecto evangelizador, las parroquias necesitan descubrir la importancia que tienen para el hombre de hoy y de siempre experien-

cias como la enfermedad, el dolor, la vejez, la curación o la muerte, y las posibilidades que estas experiencias encierran para su evangelización.

Desde la parroquia, la Pastoral de la Salud ha de desarrollarse hoy cada vez más en línea evangelizadora haciendo presente la Buena Noticia de Jesucristo y la fuerza humanizadora del Reino de Dios de múltiples formas: defensa de la dignidad de todo enfermo, atención integral al enfermo en todas sus necesidades, solidaridad y apoyo a la familia y a cuantos sufren las consecuencias de la enfermedad, humanización progresiva del mundo sanitario y de la atención al enfermo, etc.

Por otra parte, la Pastoral de la Salud ha de ayudar a las parroquias a plantearse de manera más explícita su misión evangelizadora de cara a los enfermos alejados, indiferentes o increyentes. A mi juicio, la Pastoral de la Salud ha de hacer un esfuerzo mayor por acercarse al enfermo increyente conociendo mejor las raíces de la actual indiferencia religiosa, el itinerario seguido por cada persona y las causas del alejamiento de cada uno, y desarrollando el posible diálogo con el enfermo increyente, los puntos de encuentro, la escucha de las cuestiones vitales de la existencia, etc.

No hemos de olvidar que son los enfermos creyentes los que, con su testimonio personal, mejor pueden impulsar esta dimensión evangelizadora de la Pastoral de la Salud.

DE UNA PASTORAL DE LA MUERTE A UNA PASTORAL DE LA VIDA

La Iglesia se ha preocupado siempre de ayudar a las personas a enfrentarse al misterio de la muerte desde una actitud de solidaridad y acompañamiento cercano y esperanzado. Por esto, la Pastoral de la Salud se ha centrado con frecuencia sobre todo en los enfermos graves y moribundos. Sin embargo, esta pastoral de ayudar a «bien morir» queda excesivamente corta y no recoge de manera suficiente el espíritu que ha de animar a una Iglesia llamada a construir el Reino de Dios luchando constantemente por la vida, la salud íntegra y el crecimiento del ser humano en todas sus dimensiones.

La Pastoral de la Salud ha de cuidar hoy, sin duda, una pastoral que ayude al hombre actual a afrontar la muerte de manera más digna y esperanzada. En una sociedad en la que el morir se está convirtiendo, con frecuencia, en un acontecimiento solitario y despersonalizado, confiado al mundo de la técnica y de los profesionales, y privado de la ayuda humana y religiosa adecuadas, la Pastoral de la Salud ha de contribuir a que desde la parroquia se defienda el derecho a una muerte humana, se acompañe fraternalmente a quien se acerca a su final y se comunique la esperanza cristiana a quien desea abrirse a ella. Hoy es urgente cuidar esta pastoral de comunión y acom-

3. B. HARING, *La fe, fuente de salud*, Madrid 1986, 56.

4. B. HARING, *oc.*, 84-95.

pañamiento adecuado al número creciente de enfermos terminales y a las familias que sufren con ellos⁵.

Pero una vez reafirmado el valor de esta acción pastoral, la Pastoral de la Salud ha de impulsar hoy una pastoral de la vida dirigiendo su atención no sólo a acompañar a los enfermos graves o terminales sino también a promover la calidad de vida digna de enfermos crónicos, ancianos y minusválidos físicos, sensoriales o psíquicos.

Por otra parte, en una sociedad donde se difunde una «cultura anti-vida» que tiende a favorecer el aborto a la eutanasia, la Pastoral de la Salud ha de impulsar la defensa de toda vida y de los valores que la protegen. Asimismo, una pastoral de la vida ha de estimular todo lo que esté al servicio de la vida promoviendo la «cultura de la donación» (órganos, sangre), la prevención de las enfermedades, la lucha contra el deterioro de la vida, etc., por medio de la sensibilización, la educación y el ejemplo.

DE UNA PASTORAL DE LA COMPASIÓN A UNA PASTORAL DE LA JUSTICIA

Si siguiendo el ejemplo del mismo Jesús, la Iglesia ha querido estar cerca de los enfermos en una actitud de servicio y de amor caritativo, supliendo muchas veces servicios sanitarios todavía inexistentes en la sociedad. Esta actuación ha estado inspirada fundamentalmente por la actitud de «compasión» recogida de la parábola del Buen Samaritano. Sin duda la Pastoral de la Salud ha de seguir desarrollando este servicio asistencial que encierra el máximo valor cristiano que es la caridad y exige una actitud de entrega abnegada y gratuita a quien sufre. Sin embargo, siendo fieles a todo el dinamismo evangelizador de Jesús, la Pastoral de la Salud ha de desarrollarse también con más decisión la dimensión profética de la justicia.

La Pastoral de la Salud ha de cuidar que desde las parroquias se viva esa actitud de compasión y solidaridad con el enfermo, sobre todo cuando es pobre y está solo y desasistido, no hemos de olvidar que, cuando coinciden enfermedad y pobreza, los enfermos son el «tercer mundo» dentro de las sociedades occidentales, y la Iglesia ha de estar cerca de su dolor, su impotencia y pobreza. Por otra parte, hemos de seguir cuidando cada vez más la relación de ayuda a cada enfermo en actitud amistosa y de profundo respeto, con palabras y gestos de servicio desinteresado y gratuito, compartiendo sus sufrimientos y esperanzas.

5. Ver el directorio Pastoral de la diócesis de San Sebastián «*Hacia una muerte más humana y más cristiana*», Idatz, San Sebastián, 1996.

Pero, sin descuidar nada de esto, la Pastoral de la Salud ha de desarrollar hoy con más convicción una actitud profética de defensa del enfermo y de sus derechos, y también de denuncia de abusos, discriminaciones o manipulaciones al servicio de otros intereses ajenos a la salud y el bien general del enfermo. La Pastoral de la Salud ha de contribuir a que la comunidad parroquial luche contra todo tipo de cosificación o instrumentalización del enfermo, defendiendo sus derechos inalienables y promoviendo un entorno humano que le ayude a vivir dignamente su enfermedad.

La Pastoral de la Salud ha de contribuir a que la parroquia se convierta en «conciencia crítica» frente a abusos y actuaciones injustas, siendo la voz de quienes no tienen voz, defendiendo a los enfermos más débiles y marginados, ayudando a los últimos a defender sus derechos, reclamando la atención de la sociedad y de los responsables públicos hacia problemas desatendidos.

Esta actitud profética, unida al servicio de asistencia caritativa, viene a configurar de manera más completa el testimonio evangelizador de la comunidad cristiana.

DE UNA PASTORAL DEL ENFERMO ORDINARIO A UNA PASTORAL DE LOS ENFERMOS MÁS NECESITADOS Y DESASISTIDOS

Los enfermos a los que Jesús se acerca representan, sin duda, el sector social más discriminado y marginado. Por ello, una comunidad que quiera prolongar hoy su acción evangelizadora, no sólo no ha de ignorar a estos enfermos sino que ha de dirigir hacia ellos su atención preferente. Tal vez éste sea uno de los retos más importantes de la Pastoral de la Salud en las parroquias: el llegar de manera preferente hasta los enfermos a quienes nadie llega y el atender a quienes apenas nadie atiende.

No hemos de minusvalorar en absoluto lo que se hace en torno a los enfermos ordinarios, más o menos conocidos de la parroquia, durante su enfermedad o convalecencia. Pero sin descuidar eso, la Pastoral de la Salud ha de introducir en la comunidad parroquial la preocupación por hacerse presente en el mundo de los enfermos más olvidados y excluidos: enfermos sin hogar, ancianos solos, enfermos psíquicos más atendidos, crónicos olvidados, depresivos abandonados, etc.

Estos son los primeros enfermos que han de ser conocidos por la comunidad cristiana, los primeros a los que nos hemos de acercar, ya se encuentren en sus casas, ya estén hospitalizados, vivan recluidos en algún centro o deambulen por la calle.

La comunidad parroquial se ha de sentir llamada a defender a estos enfermos frente a la indiferencia e insensibilidad de la sociedad. Esto exige que la Pastoral de la Salud promueva la sensibilización de la misma comuni-

dad parroquial donde, muchas veces, se respira la misma apatía e indiferencia que en el resto de la sociedad.

Esta acción sensibilizadora exige una labor concreta de mentalización y educación orientadas a transformar opiniones, eliminar reacciones contrarias a ciertos colectivos (enfermos de sida, extranjeros, etc.), suscitar tomas de posición de la parroquia a favor de estos enfermos más débiles y olvidados. Hay que romper el cerco de marginación social que fácilmente levantamos entre todos: deshacer prejuicios y actitudes marginatorias, crear cauces de integración social, hacerles un sitio más digno en la sociedad y en la Iglesia, luchar contra su exclusión de niveles mejores de atención sanitaria, etc.

DE UNA PASTORAL DE LA VISITA A UNA PASTORAL DEL ACOMPAÑAMIENTO FRATERO

En un pocas parroquias que no han desarrollado las dimensiones de las que venimos hablando, la Pastoral de la Salud gira sobre todo en torno a la visita al enfermo y al grupo de los llamados visitantes. No hemos de minusvalorar la importancia de la visita al enfermo. La Pastoral de la Salud ha de cuidar y mejorar el sentido de esa visita como gesto de la comunidad hacia sus enfermos para que no caiga en la rutina perdiendo su contenido humano, evangelizador y sanante.

En muchos casos se hace necesaria una revisión y reflexión sobre el sentido que ha de tener esta visita, su contenido sanador, las actitudes que se han de cuidar, las personas más adecuadas para hacerla, el carácter diferente de la visita a los diversos tipos de enfermos crónicos, graves, minusválidos, depresivos o terminales, la visita al enfermo creyente y el acercamiento al enfermo alejado o indiferente.

Pero después de dar a la visita su verdadero valor, hemos de decir que la Pastoral de la Salud ha de desarrollar una pastoral que ayude a los enfermos a encontrar su lugar en la comunidad parroquial. Esta pastoral exige, en primer lugar, conocer a los enfermos concretos que viven en el ámbito de la parroquia: enfermos crónicos, minusválidos y disminuidos, ancianos enfermos, accidentados, convalecientes, hospitalizados o internados en algún centro. No se trata sólo de conocer a los enfermos más cercanos a la comunidad, sino a todos los que sufren enfermedad o desvalimiento, sean o no practicantes. Naturalmente, sin olvidar a los más indefensos y abandonados.

Pero no se trata sólo de conocerlos. El primer gesto de la comunidad cristiana ha de ser acercarse a ellos con la actitud respetuosa, discreta y amable con que se acercaba Jesús. Que todo enfermo sepa que no está olvidado, que es apreciado y querido por la comunidad de seguidores de Jesucristo.

Por otra parte, la parroquia ha de saber acercar su vida

de comunidad a sus enfermos creyentes. El enfermo creyente tiene derecho a recibir la eucaristía todos los domingos; hasta él ha de llegar de alguna manera la Palabra de Dios que se proclama en la comunidad; no debe quedar necesariamente excluido de la acción catequética ni de los grupos cristianos; ha de estar informado y poder seguir de cerca la vida y la marcha de la comunidad cristiana.

Además, la Pastoral de la Salud ha de ayudar a las parroquias a hacer más sitio a enfermos en la vida de la comunidad reconociendo, estimulando y facilitando su participación en las celebraciones litúrgicas y otras actividades. La presencia y el testimonio de creyentes que viven su enfermedad o minusvalía con espíritu cristiano es siempre interpeladora y difunde salud evangélica en la comunidad parroquial. Por otra parte, gestos sencillos como la eliminación de barreras arquitectónicas, el transporte de enfermos y minusválidos a la eucaristía parroquial, la celebración comunitaria de la unción, dan un rostro nuevo, más evangélico y evangelizador, a la comunidad parroquial.

DE UNA PASTORAL AISLADA A UNA PASTORAL COORDINADA

A veces, la Pastoral de la Salud termina siendo una acción demasiado aislada, llevada a cabo por un grupo de personas sin la debida relación con el resto de la comunidad y fuera de un proyecto evangelizador compartido por las fuerzas que operan en el tejido parroquial. Sin embargo, no se ha de olvidar que es toda la comunidad la responsable de evangelizar y de evangelizar sanando. Todos en la parroquia se han de sentir solidarios en la tarea evangelizadora, aunque cada uno lo haga desde su propia vocación o responsabilidad.

Por ello ha de quedar claro que la Pastoral de la Salud no es sino el cauce concreto y la expresión organizativa más visible de esa responsabilidad de toda la parroquia en el mundo de la salud y la enfermedad. El instrumento concreto que ha de impulsar, coordinar y llevar a cabo de manera más directa esa evangelización sanante.

La Pastoral de la Salud no ha de actuar como un grupo cerrado que lleva a cabo sus actividades a título particular ni siquiera en nombre del párroco. Actúan en nombre de toda la comunidad. Sus proyectos, iniciativas y actividades no han de ser fruto de sus gustos o preferencias particulares, sino concreción y testimonio de la voluntad y el espíritu evangelizador de la parroquia.

Esto exige tener la debida relación con quienes sirven en el campo de la celebración litúrgica, quienes trabajan en la acción catequética o educadora de la fe o quienes están comprometidos en Caritas y en la pastoral de servicio a los necesitados. Esta debida relación y colaboración requiere la integración en un Consejo Pastoral que represente a todas las fuerzas.

Desde este mismo espíritu de una pastoral mejor coordinada es necesario dar pasos concretos en la relación y colaboración entre la pastoral organizada en el centro hospitalario y la Pastoral de la Salud de la parroquia con el fin de responder mejor a las situaciones concretas y atender adecuadamente a las verdaderas necesidades de los enfermos hospitalizados.

DE UNA PASTORAL DE LA IMPROVISACIÓN A UNA PASTORAL DE PROYECTO COMPARTIDO

Con frecuencia nuestra acción pastoral se inspira en la buena voluntad de los colaboradores y queda a merced de la improvisación. Este tipo de Pastoral de la Salud corre el riesgo de no mirar al futuro, ser poco realista y ofrecer respuestas parciales y desarticuladas en el mundo de la salud y de la enfermedad. Además, una pastoral de improvisación fácilmente cae en la rutina, el desaliento y la dispersión de fuerzas.

La Pastoral de la Salud ha de desarrollar hoy una ac-

ción basada en proyectos claros y concretos. Hoy la Iglesia necesita más el testimonio de proyectos compartidos que de acciones individuales dispersas. Este proyecto compartido ha de nacer del espíritu evangelizador de Jesús y responder a la realidad concreta de aquella parroquia. No es el momento de analizar en detalle todo lo que significa elaborar un proyecto compartido de Pastoral de la Salud en la parroquia.

Sólo diré que:

- Debería tener en cuenta, de alguna manera, el *espíritu* del Congreso Iglesia y Salud y las líneas básicas que aquí se han señalado.
- Debería concretar los *objetivos pastorales* que se pretenden lograr poco a poco en la comunidad parroquial. No se puede hacer todo al mismo tiempo. Es necesario marcarse unos objetivos prioritarios.
- Debería precisar las fuerzas y los medios que se quieren poner en marcha para lograr los objetivos (formación, constitución del equipo parroquial, organización, etc.).
- Debería asegurar la debida *evaluación* en el momento oportuno para mantener vivo el dinamismo del proyecto.

DR. F. M. DOMÉNECH TORNÉ



DR. J. SETOAIN QUINQUER

CETIR
CENTRE MÈDIC

MEDICINA NUCLEAR

TIROIDES • PARATIROIDES Y SUPRARRENALES • GLÁNDULAS SALIVARES • ESÓFAGO • ESTÓMAGO E INTESTINO • HÍGADO Y VÍAS BILIARES • PULMÓN Y CORAZÓN (GATED-SPECT CARDÍACO CON CORRECCIÓN DE ATENUACIÓN) • VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS • SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO • RIÑÓN Y SISTEMA EXCRETOR • SPECT CEREBRAL.

DENSITOMETRÍA ÓSEA Y MORFOMETRÍA

ECOGRAFÍA

ABDOMINAL • PARTES BLANDAS: CERVICAL, MAMARIA, ESCROTAL, PENEANA, MÚSCULO-TENDINOSA • GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA • ENDOCAVITARIA: TRANSRECTAL, TRANSVAGINAL Y ENDOANAL • DOPPLER COLOR VASCULAR: PERIFÉRICO, ABDOMINAL Y OBSTÉTRICO • ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR: TRANSTORÁCICA Y TRANSESOFÁGICA • PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA • PUNCIÓN BIOPSIA.

MAMOGRAFÍA Y TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS

TERAPÉUTICA

METABÓLICA Y ENDOCAVITARIA.

LABORATORIO

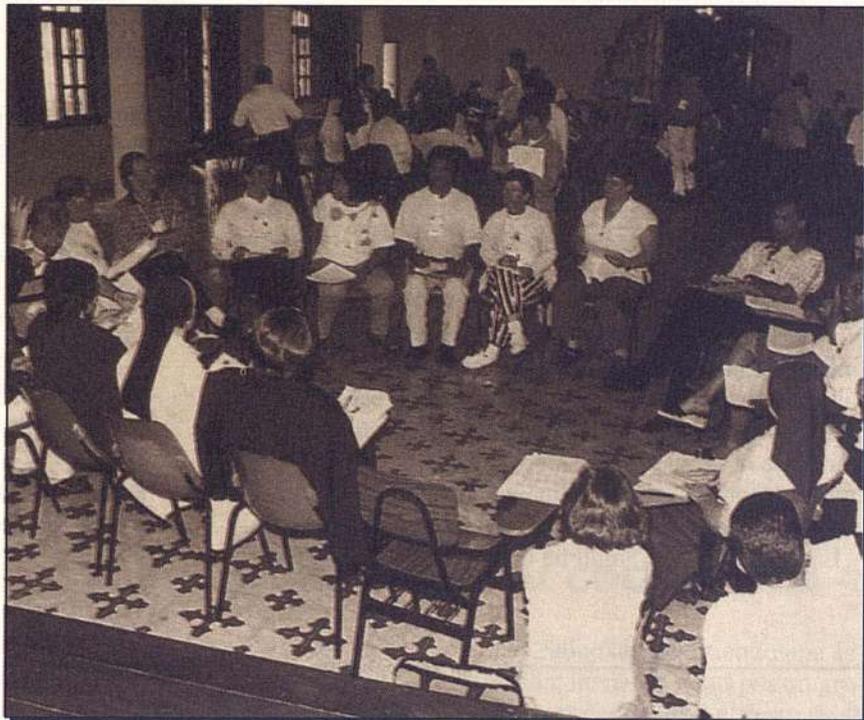
ESTUDIOS FUNCIONALES «IN VIVO»: HEMATOLÓGICOS, GASTROINTESTINALES Y RENALES • PRUEBAS ESPECIALES «IN VITRO»: HORMONAS, MARCADORES TUMORALES Y RECEPTORES HORMONALES.

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 93 444 35 00 - Fax 93 444 35 05 - 08029 BARCELONA

Equipos Parroquiales de Pastoral de la Salud

JESÚS GARCÍA
RODRÍGUEZ

Delegado Diocesano de Pastoral
de la Salud de Salamanca



En esta exposición, el P. Jesús García es el encargado de situarnos en el marco en que se mueven los equipos parroquiales: el por qué de los equipos; qué son y cómo deben integrarlos los creyentes en Jesús, capaces de recrear sus gestos, dispuestos de recrear sus gestos, dispuestos a trabajar en equipo.

Dedica gran parte del artículo a describir la visita como acompañamiento, ayuda y cauce de evangelización. Anima a crear equipos de Pastoral de la Salud en pueblos pequeños, de los que no saldrá un equipo normal, por lo que habrán de coordinarse a niveles más amplios.

Expone una experiencia de trabajo conjunto de Cáritas y Pastoral de la Salud en Salamanca.

UNA TAREA URGENTE

Dentro del cambio que la Pastoral de la Salud ha experimentado a raíz del **Concilio Vaticano II**, y dentro del mensaje de la Constitución sobre la Iglesia, los equipos aparecen como algo inherente a la misma Iglesia y una urgencia del momento presente.

Esta urgencia viene avalada por los siguientes motivos:

- Plan de acción para el **cuatrienio 1997-2000** del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española, en el **Objetivo n.º 12** dice: «Impulsar la renovación de la acción **EVANGELIZADORA de las parroquias en el campo de la Salud**». (Propuesta n.º 4 Informe Iglesia y Salud)

Para impulsar este objetivo como acción primera propone: «Animar a que en el mayor número de parroquias posibles se constituya el **Equipo de Pastoral de la Salud en el que haya también algún enfermo/mi-nusválido**».

- El Congreso «**Iglesia y Salud**», celebrado en septiembre de 1994, en las conclusiones del grupo «Asistencia primaria y parroquia urbana» decía: «Intentar que en todas las parroquias, donde todavía no existe, se constituya un **Equipo de Pastoral de la Salud que sensibilice a la comunidad parroquial y sirva de cauce para su acción pastoral en el campo de la salud y de la enfermedad...**».

Y en las conclusiones de «Asistencia primaria y parroquia rural» se decía lo siguiente: «**Implantar la Pastoral de la Salud en las parroquias rurales creando los Equipos de Pastoral de la Salud teniendo en cuenta las situaciones de cada parroquia**».

- El **Ritual de la Unción** de los Enfermos, en el n.º 48, dice: «Además de la catequesis propiamente dicha, la acción pastoral estará orientada también a suscitar equipos que, como inmediatos colaboradores de los pastores, visiten, consuelen y ayuden a los enfermos. A estos equipos se les dará una formación más amplia y adecuada».

EL POR QUÉ DE LOS EQUIPOS

Cuestión fundamental es tomar conciencia de la necesidad de estos equipos y el por qué de los mismos. Difícilmente se pondrán en marcha los equipos y pueden funcionar, si no hay unas motivaciones y unas ideas de su naturaleza.

Vale aquí afirmar que la mejor práctica es una buena teoría. Tenemos que decir que los equipos no son:

- Una moda, o un «snobismo», algo pasajero, fruto del momento presente o de un grupo de avanzadilla dentro de la Iglesia.

- Tampoco es la manera más eficaz de atender a los enfermos; no se trata de 14 «eficacias».
- No hay que crear equipos por la falta de sacerdotes (aunque sea una solución a este vacío).

Los Equipos (en este caso de Pastoral de la Salud) nacen de la entraña de la **Iglesia**, de su ser Iglesia.

Entre las enseñanzas del Concilio Vaticano II, hay una idea clave: «*Todos los cristianos, en virtud del Bautismo están llamados a participar en la misión salvadora de la Iglesia*». En consecuencia, los laicos al igual que los clérigos tienen que asumir responsabilidades en el terreno pastoral.

En esta línea de renovación conciliar, la Pastoral de la Salud es una tarea que atañe al conjunto de la comunidad cristiana. Si bien a los ojos de muchos la reforma más espectacular ha sido la liturgia, hay otra más importante, más fundamental, puesto que dice relación a la idea que la Iglesia tiene de sí misma. Ella se ha redefinido como **PUEBLO DE DIOS**, un Pueblo que abraza en la unidad de un mismo bautismo a todos los hijos de la Iglesia: pastores y laicos. Los miembros de este **Pueblo de Dios** son radicalmente iguales: son hijos de un mismo Padre y hermanos entre sí.

Los miembros de los Equipos de Pastoral de la Salud son llamados a vivir, según expresión del Cardenal Marty, «*el paso de una Iglesia puesta ayer en manos de clérigos a una Iglesia encomendada hoy al Pueblo de Dios*». «**Es pasar de una Iglesia Clerical a una Iglesia Ministerial**».

Por eso, el **RUPE** en los prenotandos en el n.º 47 dice: «*Todos los cristianos deben ser instruidos diligentemente sobre el misterio de la enfermedad y sobre sus obligaciones para con los enfermos...*»

La catequesis insistirá sobre esto: «Que la comunidad cristiana tiene unas obligaciones muy concretas para con los enfermos. Los discípulos de Cristo recibieron el encargo del Señor de representarlo y perpetuar su solicitud por ellos, como miembros de su Cuerpo. Si es verdad que los obispos, presbíteros y diáconos, por razón de su ministerio; los religiosos/as por su carisma, deben manifestar su preferencia por los enfermos, pero la obligación de atenderlos es cometido de todos y cada uno de los componentes de la comunidad cristiana...»

QUÉ ES UN EQUIPO DE PASTORAL DE LA SALUD

No sólo es necesario tomar conciencia de la necesidad de los Equipos de Pastoral de la Salud; se necesita saber qué es un equipo, su naturaleza, el ser de equipo, la diferencia con otros grupos que trabajan en el campo de la salud, como pueden ser grupos de voluntarios, equipos de Cáritas, etc., y las coincidencias y diferencias con estos grupos o equipos.

Siuviésemos que dar una definición, yo me atrevería a decir: «Es un grupo de cristianos que celebran su fe en Jesús de Nazaret; que han sentido la llamada a seguirle, recreando los gestos de Jesús en el servicio a los enfermos, dentro de la comunidad parroquial y en nombre de la misma».

Me parece necesario insistir en los siguientes rasgos:

- *Personas creyentes en Jesús, miembros de la comunidad parroquial, que participan activamente en la misma y testimonian que la parroquia es una comunidad de amor. (RUPE n.º 57).*
- *Que han sentido de alguna manera, la llamada a recrear los gestos de Jesús y van tomando conciencia de que «Representan y perpetúan su solicitud por los enfermos» (RUPE n.º 47).*

De la misma manera, dentro de la comunidad, hay personas que se sienten vocacionadas a otras tareas eclesiales, como puede ser todo lo relacionado con la catequesis, celebraciones, etc.; o personas que han recibido el carisma del servicio a los enfermos.

- *Personas con cualidades humanas suficientes para esta tarea.* No todos los miembros tienen las cualidades humanas necesarias para estar capacitados para hacer la visita a los enfermos, para una escucha, para una acompañamiento, para sentir con empatía lo que al enfermo le está sucediendo, evitando así el querer imponer sus ideas y sus criterios.
- *Capacidad para saber trabajar en equipo.* La experiencia nos dice el daño que hacen las personas que van por libre e imponiendo sus ideas, siempre están incoordinando, acentuando lo negativo y no apoyando lo positivo. Dentro del equipo hay que evaluar y confrontar resultados y estar dispuestos a iniciar y continuar un proceso de formación, que debe de ayudar al equipo a ser cada día más eficaz entre sí y en su servicio a los enfermos. Los componentes del Equipo de Pastoral de la Salud, tienen conciencia de ser enviados por la Comunidad Parroquial y actúan en nombre de ella.

FINALIDAD DEL EQUIPO

Recordemos lo que el Ritual de la Pastoral de Enfermos nos dice en el número 48: «... la acción pastoral estará orientada a suscitar equipos, que como inmediatos colaboradores de los pastores, visiten, consuelen y ayuden a los enfermos».

Por tanto, aquí, ya están señalados unos objetivos: *visitar, consolar y ayudar a los enfermos.*

Además no podemos olvidar, todo el contenido Pastoral de la Salud que se ha ido desarrollando en los últimos años y que tuvo su punto culminante en el Congreso «Iglesia Salud».

Intentaremos concretar los objetivos.

VISITAR A LOS ENFERMOS

Es obvio que un equipo que no visite a los enfermos, no tiene razón de ser. El problema que se plantea es descubrir el verdadero sentido de la visita, que en muchos casos tiene connotaciones peyorativas, incluso en otros, contraproducentes.

Conocemos casos de personas que al visitar a personas enfermas dejan una huella negativa; mejor es que no hubiesen ido.

Descubrir el verdadero sentido de la visita es una primera obligación del equipo. En el libro «Los Equipos de Pastoral de Enfermos», hay un capítulo dedicado a esto. Os invito a que lo conozcáis y profundicéis en él.

La palabra **visitar** tiene unas raíces bíblicas. El Antiguo Testamento expresa la historia de la Salvación de Dios hacia su pueblo a través de una serie de personas: Abraham, Isaac, Jacob, Sara... Es la visita de un Dios que **ama a su pueblo**, que le libera, que le muestra su fidelidad. Cada visita de Dios, **deja huella** en la persona visitada, cada visita de Dios, trae consigo el don de su presencia, su bondad.

En el Nuevo Testamento: el **Benedictus** (Lc. 1, 67-79) y la **Visitación de María**. (Lc. 1, 39).

Visitar a un enfermo es, por tanto, ser signo de la presencia del Señor, es **representarlo**, hacerlo presente.

En el documento de reflexión de la Comisión Episcopal de Pastoral, «La Iglesia y los pobres», de febrero de 1994, se recoge un pensamiento de los santos Padres que transcribo a continuación: «Así como nuestra fe descubre a Cristo en la Eucaristía que es su Cuerpo Místico, también debemos despertar nuestra fe para descubrirlo en todos los hombres, en particular en los más necesitados».

De aquí que, en principio, y bien entendido, y como lo dijeron algunos Santos Padres, tenga para nuestra fe el mismo valor **arrodillarnos** en oración contemplativa ante el sagrario que encierra la **Eucaristía**, que **arrodillarnos** junto al lecho del **enfermo** para curarlo o limpiarlo. Más aún, como ya comentaba San Agustín, es Cristo en nosotros quien visita a Cristo en los otros.

Parte de la visita es la **escucha**. Hay personas que no han descubierto la importancia de la escucha, dentro de la visita al enfermo. Van a visitar y hablan, hablan hasta aburrir y cansar al enfermo. Y no dan lugar a que el enfermo tenga la posibilidad de que exprese lo que pasa por su corazón y está deseando que alguien le dé la oportunidad de comunicar sus sentimientos.

Para poder visitar es necesario el conocimiento de los enfermos. Es decir, conocer quiénes están enfermos en la comunidad parroquial. En las parroquias de poca población esto es fácil. No así en las grandes parroquias de ciudades.

Habrà que buscar los instrumentos adecuados como se hace en alguna parroquia, que tiene «**responsables**» de barrio, calle o bloque.

CONSOLAR

Palabra plenamente bíblica, que hace referencia a:

- El Dios consolador, que se hace presente en su pueblo en los momentos de desolación y abandono. (Is 40, 1 y 49, 13) «*Consolad, consolad a mi pueblo, dice vuestro Dios*»; «*Exultad, cielos, y salta de gozo, tierra; que los montes prorrumpen en júbilo, porque ha consolado Yahvé a su pueblo, ha tenido compasión de sus afligidos*».
- Jesús **consolador**, que viene a dar ánimos a los que están abrumados por la enfermedad. Es el Dios que consuela. Es fuente de toda consolación.
- Esta **consolación** no cesa al partir Jesús, Jesús no deja huérfanos a los suyos. El Espíritu del Señor sigue **asistiendo** a la comunidad cristiana.
- Pablo habla de una teología de la **consolación**, insistiendo que Dios **consuela** para siempre a los pobres y afligidos. (1 Co 14, 3; Rom 15, 5; 2 Co 7,6)

AYUDAR A LOS ENFERMOS

Se trata de una ayuda integral, a las necesidades materiales y al servicio de la fe. De las necesidades materiales, tendrá que ocuparse el equipo de Cáritas.

Voy a fijarme en el servicio de los **Sacramentos** y de la **Palabra**.

La enfermedad es un momento de «marginación» de la persona enferma en relación con la comunidad humana y la comunidad cristiana a la que pertenece. En este momento, es cuando el enfermo necesita que la comunidad le acerque la **Palabra** y los **Sacramentos**, especialmente la **Eucaristía** y la **Unción** de los Enfermos.

Por eso el Equipo debe de promover:

- La celebración de la Eucaristía en el domicilio del propio enfermo, convocando y admitiendo a los familiares, vecinos, amigos y miembros del propio equipo. Una experiencia realmente evangelizadora.
- El servicio de la comunión, especialmente los domingos, unida a la misa de la comunidad parroquial para expresar que es la comunidad la que se hace presente en la casa del enfermo.

La dificultad que supone que los sacerdotes estén más ocupados los domingos, es necesario superarla, promoviendo, cuidando los ministros extraordinarios de la comunión, religiosos/as, laicos, que hacen este servicio en nombre de la comunidad parroquial.

El servicio de la **Palabra**. Los enfermos necesitan alimentar su fe no sólo con la Eucaristía, sino también con

la Palabra de Dios, para lo cual es necesario disponer no sólo de la Biblia, sino de algún material adecuado, como puede ser el folleto del centro de Pastoral de Barcelona «**Orar con los enfermos**» que contiene oraciones, salmos, lecturas bíblicas...

PARA SENSIBILIZAR A LA COMUNIDAD PARROQUIAL

- Siendo memoria constante y recuerdo permanente de la obligación que tiene la Comunidad Cristiana de atender a los enfermos.
- Procurando llevar esta sensibilidad a la liturgia parroquial, a la catequesis y educación de la fe, presentando esta acción el mismo equipo como un camino a seguir en la post-confirmación.
- Para ello, cuidar la celebración del **Día del Enfermo** procurando dar participación no sólo a los enfermos sino también a los distintos grupos de la comunidad parroquial. Ofrecer una o dos veces al año la celebración comunitaria de la Unción a los enfermos, procurando significar de manera especial la Comunión a los enfermos en los domingos.
- Algunos miembros del Equipo Parroquial de Visitadores de Enfermos es aconsejable que participen en los Consejos Pastorales Parroquiales, etc.

EN COLABORACIÓN Y EN SINTONÍA

- Con otros grupos afines dentro de la comunidad parroquial.
- Con todos aquellos grupos que luchan en el campo de la salud por unos servicios más humanos y más justos.
- Con los centros de salud, donde los haya, de día, de ancianos u otros colectivos que puedan haber en la demarcación parroquial, como pueden ser asociaciones de vecinos u otras asociaciones que trabajen con enfermos.

EL SERVICIO Y LA AYUDA A LOS ENFERMOS HAY QUE ENTENDERLA EN CLAVE DE OPCIÓN POR LOS POBRES Y LUCHA POR LA JUSTICIA

Por tanto el equipo tiene que estar atento a todas las situaciones de injusticia y marginación para denunciarlas, en una actitud profética y en comunión con personas e instituciones que luchan en esta línea.

CREACIÓN DE UN EQUIPO, ¿CÓMO EMPEZAR?

«Dar recetas»; esto puede resultar peligroso, porque puede quitar la iniciativa a personas o parroquias. Por eso sencillamente voy a dar unos elementos necesarios para todo comienzo:

- Tener un mínimo de ideas claras con lo que se pretende.
- Estar sensibilizado y optar por este camino.
- Detectar y conectar con personas que tengan una sensibilidad en este campo de la salud y los enfermos dentro de la Comunidad Parroquial.
- Hacer una convocatoria expresa en las misas dominicales, señalando el día y la hora, para comenzar la andadura del equipo.
- Donde se pueda, preparar unas charlas o diálogos con el siguiente temario:
 - El mundo de la salud y la enfermedad.
 - Jesús y los enfermos.
 - La Iglesia y los enfermos.
 - La comunidad parroquial y los enfermos.

Si hay dificultades de tiempo, en un día podría resumirse.

A través del Departamento de Pastoral de la Salud, de la Conferencia Episcopal Española se pueden sugerir personas preparadas para cada uno de estos temas.

FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

Para el buen funcionamiento del equipo es necesario:

- Tener hecho un pequeño proyecto sobre el contenido de la reuniones que incluya la preparación de las mismas. No se puede ir «a ver qué sale» en cada reunión.
- Asegurar la periodicidad de las reuniones. Hacer un calendario de las mismas reuniones, que en principio deben ser semanales, para asegurar la eficacia de dichas reuniones. Nuestra experiencia de muchos años avala la insistencia de que las reuniones sean semanales.
- Contenido de la reunión:

Una parte que sea de escucha y puesta en común de la Palabra de Dios, del eco que esa Palabra haya dejado en los miembros del equipo.

A continuación, exposición de un tema de formación que esté dentro del proyecto. Para esto, puede servir distintos libros o materiales adecuados.

Puesta en común y discernimiento de lo que ha significado la visita a los enfermos. Escoger alguna visita **significativa** que sirva de punto de referencia, des-

cribir los fallos y aciertos, las luces y las sombras para que puedan ayudar al resto del grupo.

Un momento que dé lugar a comunicaciones de distinto tipo, bien sea del propio grupo u otros grupos parroquiales.

- Tener una relación de todos los enfermos que se visitan y qué personas del equipo los visitan; que esta lista la tengan todos los miembros del equipo.
- Además de participar en encuentros generales de la Comunidad parroquial como pueden ser retiros, encuentros de formación permanente, etc., hay que buscar espacios de oración y convivencia para el propio equipo y todo lo que favorezca un clima de fraternidad.

EQUIPOS DE PASTORAL DE LA SALUD EN ZONAS RURALES

El Congreso «Iglesia y Salud» estudió este tema en el sector primero —Asistencia primaria y parroquia rural—.

Las conclusiones fueron las siguientes:

- Formar equipo donde sea posible.
- En las parroquias pequeñas donde hay sentido comunitario, favorecer que sea toda la Comunidad parroquial agente de pastoral.
- Acoger a las personas que se vea que tienen carisma de acompañamiento a los enfermos, ayudarlas en su formación y relacionarlas con otras personas del arciprestazgo.

EQUIPOS DE PASTORAL DE LA SALUD Y EQUIPOS DE CÁRITAS

Este punto parece que se presta a confusión, de tal manera que en algunos sitios se identifican los dos equipos. Conviene diferenciarlos, no para contraponerlos, sino para que se complementen.

En principio, tenemos que decir que son acentos de una misma **acción samaritana**. Es el «**buen samaritano**» que se «**para**», se «**acerca**» al enfermo y «**cura**» sus heridas.

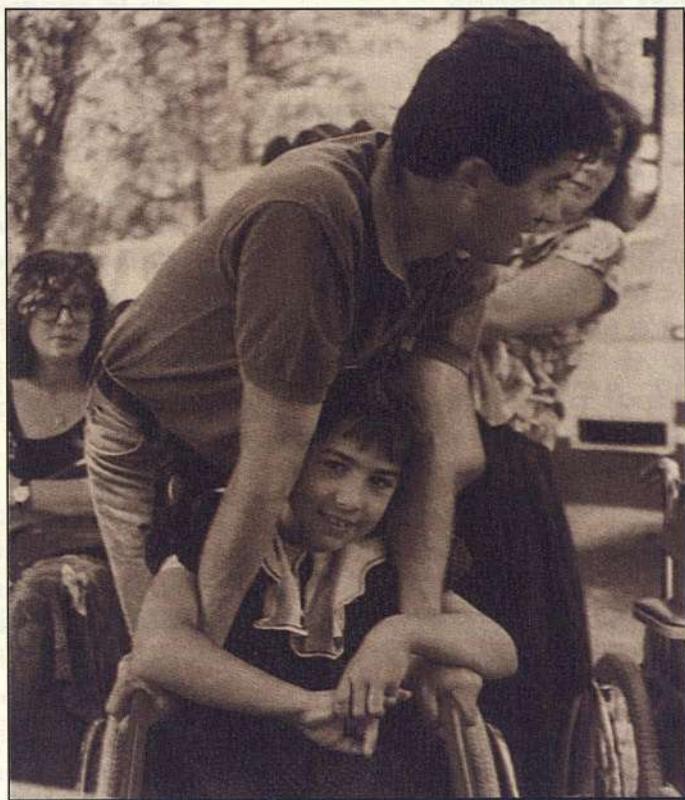
Las diferencias pueden ser: que el campo de Cáritas es mucho más amplio; que la Pastoral de la Salud acentúa ciertos campos, como pueden ser los relacionados con la fe, comunión a los enfermos, Unción de enfermos, etc.

En expresión del libro «Los Equipos de Pastoral de Enfermos» de Bruselas, estos equipos son: «**un servicio de la fe a la fe**».

La formación de los visitadores parroquiales de enfermos

JESÚS CONDE HERRANZ

Delegado Diocesano
de Pastoral de la Salud de Madrid



Los visitadores parroquiales de enfermos son, en la actualidad, una de las figuras pujantes dentro del conjunto de la Pastoral de la Salud, y es éste un hecho del que todos los comprometidos en dicha pastoral nos debemos felicitar. Atrás van quedando los tiempos en que Pastoral Hospitalaria, la labor pastoral destinada exclusivamente a los hospitales. Aunque esta mentalidad sigue estando presente aún en no pocos eclesiásticos y fieles, hoy vemos crecer lenta pero decididamente en el conjunto de los cristianos y de sus pastores la conciencia

de que la absoluta mayoría de los enfermos se encuentran en cada momento fuera de los hospitales y de que, para atender a esta mayoría absoluta de pacientes, la sanidad ha salido a la calle hace ya tiempo, creando estructuras de atención primaria y ambulatoria cada vez más numerosas, complejas y extendidas, así como formas más y más especializadas de atención domiciliaria.

A este crecimiento de las estructuras sanitarias extrahospitalarias va correspondiendo, gracias a Dios, un auge —cuantitativo y cualitativo— de la organización de la Pastoral de la Salud en el ámbito parroquial. Los equipos de visitadores parroquiales de enfermos van cobrando nueva fuerza allí donde antes llevaban una existencia más o menos lánguida y arrinconada, y están surgiendo con vigor en parroquias donde prácticamente habían desaparecido, y en las que la asistencia a los enfermos quedaba a cargo de algún sacerdote y reducida a intervenciones sacramentales esporádicas. Hoy, felizmente, la comunidad cristiana parroquial va recuperando la conciencia y las actividades del ministerio sanador que la tradición cristiana, de san Pablo¹, hasta el día de hoy² la ha venido atribuyendo.

1. Cf. Rom 12, 6.8; 1 Cor 12, 4-10.22.25s.

2. Cf. por ejemplo, las *Orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado Español*, que preceden al *Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos* (en adelante RUPE), donde se dice: *Una de las grandes ocasiones para testimoniar que la Parroquia es una comunidad de amor, la ofrece la enfermedad de uno de sus miembros, durante la cual, los lazos que vinculan a una y otro (parroquia y enfermos) no sólo no se rompen sino que adquieren un sentido nuevo que debe ser robustecido por el amor pues, como dice el Apóstol, si padece un miembro, todos los miembros padecen con él (1Cor 12, 26...)* Asimismo, la comunidad parroquial... alentará la promoción de las asociaciones y fraternidades de enfermos, ya que son éstos los que, por sintonizar de manera más directa con otros enfermos, podrán realizar una gran labor en este campo. De este modo será patente que es una comunidad católica, esto es, abierta a las necesidades de todos los hombres (57 d).

Este panorama alentador suscita, sin embargo, diversos problemas de fondo, de los que uno de los más importantes es la adecuada preparación de los visitadores parroquiales de enfermos para cumplir con sus cometidos pastorales específicos. La necesidad radical de esa formación ha sido subrayada desde el arranque mismo de la renovación imprimida a la Pastoral de la Salud en el postconcilio del Vaticano II³, y luego alentada desde instancias tales como el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española⁴ y desde las delegaciones de muchas diócesis. Los frutos que esos esfuerzos están logrando distan aún de ser maduros pero sí se está consiguiendo, por ejemplo, que las Escuelas de Pastoral de la Salud surgidas en diversos lugares de la geografía española vayan incluyendo entre sus materias docentes la formación de los visitadores parroquiales, y que en determinadas diócesis se imparta esta formación de modo continuado y sistemático. A título de ejemplo, entre otros que podrían ser mencionados, el autor trata de exponer someramente el planteamiento que al respecto se ha desarrollado en la archidiócesis de Madrid durante el cuatrienio que va de 1996 a 1999⁵.

3. Así aparece reflejado, por ejemplo, en RUPE n.º 48: *La acción pastoral estará orientada a suscitar equipos que, como inmediatos colaboradores de los pastores, visiten, consuelen y ayuden a los enfermos. A estos equipos se les dará una formación más amplia y profunda sobre la significación de cada uno de los sacramentos de enfermos y sobre su celebración litúrgica.*

4. Que cuentan con una *Comisión de Pastoral de la Salud en las Parroquias*.

5. Las primeras iniciativas de formación destinadas a los visitadores parroquiales de enfermos en la archidiócesis de Madrid surgieron en 1983, y desde entonces se han venido desarrollando ininterrumpidamente hasta el presente.

LA FORMACIÓN DE LOS VISITADORES EN LOS PLANES Y ESTRUCTURAS DE LA PASTORAL DIOCESANA DE MADRID

El *Plan Diocesano de Pastoral para la Archidiócesis* correspondiente a esos cuatro años incluía en su programa la siguiente propuesta de acción: *cuida la formación de quienes, voluntarios o profesionales, acompañan a los enfermos en hospitales o en casa, de modo que su servicio les ofrezca atención espiritual, ayuda para paliar la dureza de sus situaciones y el consuelo de sentir la compañía de la Iglesia en los momentos de la enfermedad y de la muerte*⁶. Ese hincapié en la formación de todos los agentes de Pastoral de la Salud, que la Iglesia de Madrid hacía en el Plan Pastoral, llevó al equipo de la Delegación diocesana a revisar el planteamiento de la formación para los visitantes que venía usándose hasta entonces, y a darle una forma más articulada, extensa y progresiva.

De dicha revisión surgió el programa de formación que va a ser descrito más adelante. Pero antes es conveniente ubicarlo dentro del enfoque general que la Delegación da al campo de la formación en Pastoral de la Salud.

LA FORMACIÓN EN PASTORAL DE LA SALUD EN LA ARCHIDIÓCESIS DE MADRID

Mirando a la índole y necesidades de formación de sus destinatarios, es decir, de las personas encargadas de promover, animar y desarrollar la Pastoral de la Salud en la Archidiócesis, la formación ha sido concebida por nuestra Delegación, a lo largo de toda la década de los noventa, en *tres planos* o niveles de complejidad creciente, a saber:

- Un primer nivel, considerado *básico*, destinado a los *visitadores parroquiales de enfermos* y a los *voluntarios pastorales* de los programas de asistencia dependientes de la Delegación⁷. Esta formación es impartida a través de las Escuelas para Agentes de Pastoral que funcionan en cada una de las ocho Vicarías territoriales.

6. FORTALECER LA FE Y EL TESTIMONIO MISIONERO DE NUESTRO PUEBLO: *Plan Diocesano de pastoral para la Archidiócesis de Madrid 1996-1999*, acción 4-5.

7. La Delegación de Pastoral Sanitaria de Madrid promueve dos programas asistenciales, uno destinado a enfermos terminales a domicilio, y un Centro de Día para esquizofrénicos cronificados. En ambos programas los voluntarios combinan tareas de asistencia humanitaria y de Pastoral de la Salud.

- Un segundo nivel, considerado de *grado medio*, y dirigido a coordinadores de Pastoral de la Salud en parroquias, arciprestazgos y vicarías, a los capellanes de hospital, a miembros de PRO.SA.C. y a responsables de asociaciones y movimientos de enfermos y para enfermos. La oferta de formación propia de este nivel corre a cargo de la Escuela de Pastoral de la Salud *Nuestra Señora de la Esperanza*, radicada en Madrid⁸.
- Por último, el nivel considerado *superior*, orientado a temas más bien monográficos, cuyo estudio requiere de entrada un grado notable de conocimientos previos en la materia concreta de que se trate en cada caso. Ejemplos claros de tales temas y cursos son los correspondientes al ámbito de la Bioética, así como a la Medicina y los Cuidados Paliativos, temas y cursos que pueden ser propuestos tanto por la propia Delegación como por otras instituciones eclesiales o seculares.

Este diseño de formación en tres niveles, diversificado en cada uno de ellos por lo que respecta a los campos pastorales y a los destinatarios concretos, permite establecer en cada nivel las temáticas y la metodología más adecuada, así como progresar en la propia formación, a aquellas personas que lo requieran, desde el nivel básico hasta el superior.

LA FORMACIÓN DE LOS VISITADORES PARROQUIALES DE ENFERMOS

Planteadas así las líneas generales de la formación en Pastoral de la Salud, la parte correspondiente a los visitantes parroquiales está ubicada en el primer nivel, el *básico*, sobre todo por razón de que quienes ejercen esta función pastoral son, en su gran mayoría, personas sencillas, poco dadas a teorizaciones complicadas pero dotadas de un gran sentido práctico de la vida y de la forma de prestar ayudas concretas a los enfermos y a sus familiares. Su valor humano más sobresaliente suele ser la experiencia adquirida en el trato cotidiano de las personas y en el afrontamiento realista, a ras de tierra, de situaciones arduas y problemáticas, como las que acarrea el padecimiento de una enfermedad en el domicilio y en el seno familiar. Y, desde el punto de vista cristiano, su rasgo religioso predominante es la vivencia de una *reli-*

8. Esta Escuela, de la que es titular FERS, tiene también como entidades colaboradoras a la Orden Hospitalaria, a los Religiosos Camilos, al Departamento de Pastoral de la Salud de la CEE y a la Delegación correspondiente de la Archidiócesis de Madrid. La Escuela ofrece dos programas de formación: un bienio con cuatro horas lectivas a la semana durante los meses de octubre a junio, y una *Escuela de verano* que funciona también en plan bienal durante el mes de julio.

giosidad popular con más sentimiento, piedad y voluntad de perseverancia que de reflexión sobre los contenidos de la fe, incluidos los tocantes a la iluminación de las realidades a las que alude directamente la Pastoral de la Salud.

Partiendo de esas premisas, la elaboración de un programa de formación adecuado para los visitantes de enfermos suponía, en primer término, aprovechar las cualidades potenciales de las que de entrada aquellos están dotados y subsanar sus deficiencias y carencias; contar con su espontaneidad en las relaciones personales y su sabiduría práctica ante la vida y, desde esa base, impulsarles a madurar en la vivencia de su fe y en los cometidos inherentes a la Pastoral de la Salud; enseñarles a partir de su experiencia humana y cristiana concreta para hacerse con una experiencia pastoral cada vez más aquilatada y ajustada a las tareas que la Iglesia y su comunidad cristiana parroquial les encomienda. Todo lo cual perfilaba un tipo de formación que debía combinar sabiduría y armónicamente contemplación y acción, profundización en la fe y destreza en el testimonio de la misma, cultivo de la propia vida espiritual y ejercicio de la asistencia pastoral, teoría y práctica.

Sobre este perfil el equipo de la Delegación elaboró un programa de formación compuesto por **cuarenta temas**, para ser impartido durante los cuatro años que duraba el Plan Pastoral de la Archidiócesis —a razón de **diez temas por año**— en la sección de Pastoral de la Salud de la Escuela de Agentes de Pastoral que funciona en cada una de las ocho Vicarías territoriales.

En cuanto a los **contenidos temáticos**, el programa se construyó a partir de **tres bloques**:

● Un primer bloque, compuesto de 16 temas (4 para cada año) y destinado a ubicar la Pastoral de la Salud en el conjunto de la Pastoral diocesana y parroquial, y a formar a los visitantes de enfermos en el **sentido** que el mensaje cristiano ofrece a las realidades humanas de las que se ocupa la Pastoral de la Salud, así como en los **aspectos sacramentales** y de **compromiso especial** que dicha pastoral implica para quienes la promueven.

TEMAS DE REFLEXIÓN Y PROFUNDIZACIÓN PERSONAL

Aspectos generales (curso 1996)

1. La Pastoral de la Salud en la pastoral general de la Iglesia.
2. La Pastoral de la Salud en el marco de la nueva evangelización.
3. La Pastoral de la Salud, la Liturgia y los Sacramentos.
4. La Pastoral de la Salud y la Acción Caritativa.

Pastoral de la Salud y Evangelización (curso 1997)

5. El mensaje cristiano sobre la vida y la salud.
6. El mensaje cristiano sobre la enfermedad y la curación.
7. El mensaje cristiano sobre el sufrimiento y el consuelo.
8. El mensaje cristiano sobre el morir y la muerte.

Pastoral de la Salud, Liturgia y Sacramento (curso 1998)

9. Los Sacramentos y la Pastoral de la Salud.
10. La Reconciliación, el sacramento de la sanación moral.
11. La Eucaristía, sacramento del Cuerpo de Cristo y Medicina de inmortalidad.
12. La Unción de los Enfermos, el sacramento del restablecimiento.

Pastoral de la Salud y compromiso cristiano (curso 1999)

13. La humanización de la asistencia sanitaria desde la perspectiva cristiana.
14. La humanización de las estructuras sanitarias desde la perspectiva cristiana.
15. La relación de ayuda pastoral: fundamento bíblico-teológico.
16. La relación de ayuda pastoral: actitudes y comportamientos.

● Un segundo bloque, que incluía 12 temas (3 para cada año), cuya finalidad era proporcionar a los visitantes una **formación práctica** sobre cómo organizar adecuadamente la Pastoral de la Salud en su comunidad parroquial respectiva, teniendo en cuenta los aspectos principales implicados en dicha organización.

TEMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA PASTORAL SANITARIA EN LA PARROQUIA

1996

1. La Pastoral Sanitaria en la Archidiócesis, la Vicaría y la Parroquia.
2. La Pastoral Sanitaria y el Plan Pastoral 1996-1999 en la Archidiócesis de Madrid.
3. El Equipo de Pastoral Sanitaria en la parroquia.

1997

4. La composición del Equipo de Pastoral de la Salud en la parroquia.
5. Los primeros pasos del Equipo de Pastoral de la Salud en la parroquia.
6. Las relaciones del Equipo de Pastoral de la Salud dentro de la parroquia.

1998

7. La visita a los enfermos desde la parroquia.
8. La comunión de los enfermos en el domicilio desde la parroquia.
9. Los ministros de la comunión de los enfermos desde la parroquia.

1999

10. Bioética y Ética cristiana: unas nociones someras.
11. El asesoramiento bioético como tarea pastoral: función del visitador.
12. La vertiente pastoral de los Cuidados Paliativos.

● Un tercer y último bloque, compuesto también por 12 temas (3 cada año) y destinado a ayudar a los visitantes a ahondar en el **tema de la Campaña del Día del Enfermo** correspondiente a cada año, con el fin de que sean difusores de la misma, con verdadero conocimiento del tema y de sus implicaciones pastorales, en el ámbito parroquial y extrahospitalario.

TEMAS CORRESPONDIENTES A LAS CAMPAÑAS DEL DÍA DEL ENFERMO

1996

1. Los enfermos mentales, su situación y la de sus familias.
2. La asistencia a los enfermos mentales.
3. La parroquia ante los enfermos mentales y sus familias.

1997

4. El mundo de los ancianos enfermos en el domicilio.
5. La asistencia a los ancianos enfermos en el domicilio.
6. La parroquia ante los ancianos enfermos y sus familias.

1998

7. El visitador de enfermos, ministro de la pastoral parroquial.
8. Los aspectos pastorales del voluntariado asistencial.
9. Visitadores de enfermos y voluntarios en la parroquia.

1999

10. María: y la mujer se hizo salud.
11. María, salud de los enfermos y consuelo de los afligidos.
12. María y los cuidadores de los enfermos.

En cuanto a la **metodología pedagógica** con la que debía impartirse este programa temático, dos características merecen ser mencionadas. En primer lugar, que la exposición de cada tema incluía unas **preguntas iniciales**, redactadas de modo muy sencillo y dirigidas a situar a los visitantes ante su experiencia inmediata, tanto personal como parroquial, en cada caso, para ayudarles a partir en su reflexión posterior de la realidad concreta, y a mantener un primer diálogo sobre la misma entre ellos y con el ponente. Luego venía la **exposición del tema**, mediante la lectura de un guión escrito, también de modo sencillo. Tras ella, se planteaban unas **preguntas finales** destinadas a la reflexión posterior de los visitantes, y al descubrimiento de las posibilidades de desarrollo pastoral que para ellos encierra el tema expuesto en sus respectivas parroquias.

La segunda característica que debe ser mencionada es la de que cada tema iba redactado en un **guión** que ocupaba una sola hoja por las dos caras, y que contenía tanto las preguntas iniciales y finales como el texto de la exposición. El dar por escrito los guiones temáticos permitía que el ponente se ciñera al mismo lo más posible, sin divagaciones inútiles, y que los visitantes pudieran luego reflexionar personalmente sobre cada tema, o que lo hicieran en las reuniones de grupo en sus parroquias respectivas. Este último punto se tuvo en cuenta sobre todo por la petición de muchos párrocos de que los visitantes no sólo acudieran a la escuela de Vicaría, sino que pudieran luego continuar la formación en sus reuniones periódicas en la propia parroquia.

La Delegación de Pastoral de la Salud editó en formato sencillo, cada uno de los cuatro años que ha durado este programa, un fascículo de 20 páginas conteniendo los guiones correspondientes a cada año. El número de ejemplares de dicho fascículo osciló entre los 550 y 600 ejemplares, suficientes para distribuirlos entre el Consejo Episcopal de la Archidiócesis, los demás Delegados diocesanos, el Equipo diocesano de Pastoral de la Salud, los

equipos de Vicaría⁹, los visitadores parroquiales de enfermos asistentes al curso sobre Pastoral de la Salud en la Escuela de cada Vicaría, y un número creciente de párrocos que nos lo solicitaban, incluso para paliar sus deficiencias de formación en estos temas.

Los **profesores** encargados de impartir cada uno de los temas, fueron todas personas que combinaban el conocimiento teórico de los mismos con la experiencia de los diversos campos que componen el mundo de la Pastoral de la Salud en Madrid¹⁰.

BALANCE DE LA EXPERIENCIA Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Comenzando por este balance por la índole concreta de los **temas** elegidos, hay que decir que suscitaron un alto interés general y hasta una grata sorpresa en no pocos asistentes a los cursos, incluidos algunos sacerdotes vinculados a las parroquias al descubrir, sobre todo en los temas pertenecientes al primer bloque, la idoneidad de los contenidos del mensaje cristiano para responder a las situaciones de conmoción o penuria espiritual de enfermos y familiares. Para no pocos asistentes dichos temas constituyeron una primera catequesis y evangelización en profundidad, que antes no habían tenido ocasión de adquirir.

La **metodología** participativa y desde la experiencia, al inicio y al final de las exposiciones, también fue valo-

9. Sacado la media de asistencia a lo largo del cuatrienio, la asistencia de visitadores a estos cursos en las Escuelas de las ocho Vicarías ha sido cada año de unas cuatrocientas personas.

10. Cabe mencionar a los representantes de los diversos sectores pastorales (hospitales, parroquias, PROSAC) en el Equipo Diocesano de Pastoral de la Salud, a personas vinculadas al Departamento Nacional, a la Escuela Ntra. Sra. de la Esperanza, a la Orden Hospitalaria y a los Religiosos Camilos.

rada muy positivamente por dar ocasión al diálogo continuo entre visitadores de diversas parroquias y, mediante él, al intercambio de preocupaciones así como de iniciativas pastorales; a expresar exteriormente sus dudas, temores y satisfacciones; a compartir su progreso en la maduración de su vida cristiana y en su creciente soltura pastoral.

La entrega por escrito de los **guiones temáticos** sirvió sobre todo para que la formación no se redujera a los días y horas lectivas en que se desarrollaba el programa, sino que continuara mediante la reflexión y meditación personal, y mediante periódicas de los equipos de visitadores en sus respectivas parroquias. También sirvió para que los agentes de otros sectores de la Pastoral en las parroquias accedieran a la lectura y el conocimiento de los temas del programa y, a través de ellos, de la índole propia de la Pastoral de la Salud.

El desarrollo del programa a lo largo de los cuatro años puso, sin embargo, en evidencia algunos **problemas** pastorales que tienen que ver con la formación y que deberemos seguir teniendo en perspectiva en el inmediato futuro. Los principales que detectamos fueron, en primer lugar, el bajo nivel que la misma tiene aún en la mayoría relativa del clero parroquial; también la confusión que sigue existiendo entre las figuras parroquiales del *visitador de enfermos* y otros *voluntarios cristianos* y, más en concreto, la misión propia de Pastoral de la Salud y Cáritas en el ámbito parroquial; por último, la gran desconexión aún existente desde el punto de vista de la formación cristiana entre nuestra Pastoral y otros campos pastorales como, por ejemplo, la Catequesis y la Pastoral Familiar.

Pero estos problemas no deben constituir una rémora sino un acicate para seguir progresando en nuestra andadura formativa hacia adentro y hacia afuera de la Pastoral de la Salud en las parroquias. Con perseverancia hemos de seguir ofreciendo al resto de la Iglesia la honda conversión cristiana de que *no hay salvación sin salud*; y al mundo secular la recíproca conversión de que *tampoco hay salud cumplida sin salvación*.

TRABAJO DE GRUPOS

GRUPO I

Causas que facilitan o dificultan la existencia y desarrollo de los equipos parroquiales



El trabajo en grupos enumera diversas causas que facilitan o dificultan la existencia y desarrollo de estos equipos parroquiales. Hay que dar paso a animadores de equipos adecuadamente elegidos y preparados, distintos de los párrocos, pues éstos frecuentemente no pueden estar ni animar;

urge el rejuvenecimiento de sus componentes y es preciso superar el pluriempleo de muchos de sus integrantes. Señalan como objeto de reflexión el papel de los equipos en:

1. *Hacer de sus parroquias comunidades que sean fuentes de salud, sanas y sanadoras.*
2. *Cómo ser cauce privilegiado para el diálogo entre la comunidad parroquial y asociaciones de enfermos y de sus familiares, entre la parroquia y centros sanitarios y socio-sanitarios.*

CONSTATAción DE LA REALIDAD

¿Crees que tu diócesis está sensibilizada (equipo de gobierno, arciprestes, presbíteros, religiosos, laicos) sobre la Pastoral de la Salud?

U nos grupos opinan que, en general, hay mayor sensibilización en relación a la Pastoral de la Salud.

En los sectores se precisa que en los arciprestazgos y en los religiosos, especialmente en los de la enseñanza, menos; los presbíteros se van sensibilizando y los capellanes no están sensibilizados.

Otros grupos opinan que la diócesis, en general, no está sensibilizada excepto algunos sectores; en ciertas regiones, hay dificultades geográficas por la dispersión de los pueblos; también hay dificultad de pasar de una pastoral de enfermos a una Pastoral de la Salud; hay grupos que van caminando pero hay cierta *sensibilidad emocional*, aunque ineficaz en la práctica, porque no se ponen los medios necesarios. Tampoco se da la misma importancia a esta pastoral que a otras.

CONCLUSIÓN: LA SENSIBILIDAD ES IRREGULAR

¿Las parroquias están sensibilizadas?

Hay una minoría muy organizada y otro grupo de parroquias, cada vez mayor, que va progresando en esta sensibilidad. Pero algún que otro grupo va perdiendo la ilusión por falta de apoyo. En cambio, otros grupos viven totalmente al margen de esta pastoral.

Hay algunas aportaciones individuales al respecto:

- Ejemplo de alguna parroquia, donde un laico ha puesto en marcha la Pastoral de la Salud.

- La Iglesia «tiene una buena mercancía, pero no sabe venderla».
- No hemos sabido presentar la Pastoral de la Salud, como un lugar privilegiado de la nueva evangelización.
- Falta compromiso, coordinación y poder de convocatoria.
- Hay una sensibilidad individualista en algunas parroquias.

¿Y tu parroquia, está sensibilizada?

En las parroquias de los asistentes a estas jornadas, hay una gran mayoría que manifiestan que sus parroquias están en línea de Pastoral de la Salud. Siempre hay alguna excepción, hay parroquias en las que los sacerdotes quieren seguir siendo los protagonistas. También hay otros grupos de parroquias que no están sensibilizados con la cuestión.

Hay aportaciones de las experiencias de ciertos grupos de oración muy sensibilizados y la relación con Asociaciones de enfermos.

¿Qué se viene haciendo en tu diócesis para sensibilizar a nivel diocesano, arciprestal, parroquial?

A nivel diocesano:

- Los gestos de algún Obispo (cartas de felicitación en Navidad y las cartas pastorales el Día del Enfermo).
- La planificación diocesana en este campo.
- La utilización de los medios de comunicación regionales de TV, radio, hojas diocesanas.
- La campaña de sensibilización de el Día del Enfermo.
- Las Jornadas Mundial y Nacional.
- Alguna Escuela de Pastoral de la Salud.

A nivel arciprestal:

- Cursos, retiros, encuentros, en algunos casos para sacerdotes, convivencias...

A nivel parroquial:

- Las reuniones periódicas de los equipos.
- Otros grupos de oración.
- Cursillos de iniciación de Pastoral de la Salud.
- Integración de los equipos de PS en la vida de la parroquia.
- Las Eucaristías en el domicilio de los enfermos.
- El seguimiento y acompañamiento a los ancianos y enfermos en hospitales y residencias.

- Algunas Hermandades ayudan en esta Pastoral.
- Las Misas de sanación de Renovación Carismática.

VALORACIÓN

Causas que están dificultando la implantación y desarrollo de la Pastoral de la Salud en las parroquias.

- El desconocimiento del tema y la falta de formación del sacerdote y de la comunidad cristiana en relación con la Pastoral de la Salud.
- Confusión entre Cáritas y Pastoral de la Salud.
- Que no sabemos transmitir todo el contenido evangélico de Pastoral de la Salud.
- A los seminaristas no se les da esta información.
- Falta de sensibilidad de los Obispos.
- Falta de coordinación.
- La acumulación de tareas sobre las mismas personas.
- El no haber integrado al enfermo en el desarrollo de esta Pastoral.
- El miedo a la enfermedad.

- La inseguridad ante la tarea.
- Escasez de personas vocacionadas.

Causas, asimismo, que están favoreciendo esta implantación y desarrollo.

- El trabajo callado y constante de muchos y la voluntad que se ha puesto en el mismo.
- El trabajo en equipo y la coordinación diocesana.
- La importancia de los pioneros.
- Un ambiente más favorable, una mayor toma de conciencia y las cosas que se están haciendo.
- Se resalta la importancia del Congreso «Iglesia y Salud».
- El formar parte de los Consejos Pastorales Parroquiales.
- Los materiales que se ofrecen.
- El «boca a boca».
- Los gestos y palabras de Juan Pablo II.
- La importancia de la labor que han realizado las mujeres.
- Las Asambleas Nacionales.

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA

Implantación y desarrollo de los equipos parroquiales de Pastoral de la Salud



Este trabajo en grupos revela situaciones diversas, las de participantes que delatan la carencia de formación «humana y teológica» y la de los que valoran la que están recibiendo. Es unánime la aceptación y aprobación de los materiales elaborados por el Departamento y ofrecidos a las diócesis, que no son escasos, sino más bien abundantes y variados. Asimismo se constata lo que en este campo de la formación están haciendo bastantes diócesis, pero se pide un proyecto general completo en contenidos y pedagógicamente adecuado, que pueda llegar a todos los equipos parroquiales por medios variados y eficaces.

CONSTATAción DE LA REALIDAD

¿Qué está dificultando la implantación y desarrollo de los equipos parroquiales de Pastoral de la Salud?

- El desconocimiento por parte del sacerdote y de la comunidad parroquial (en esto coinciden los equipos).
- No se valora la necesidad.
- No se ama lo que no se conoce.
- No se ha descubierto la dimensión sanante del Evangelio.
- Faltan animadores y personas cualificadas en las materias propias de Pastoral de la Salud.
- El hecho de que las personas que participan en los equipos, están participando en otras tareas parroquiales.
- El haber pasado la atención a los enfermos a la administración, ha ocasionado desatención de las parroquias.
- Falta compromiso, por cobardía.
- La gente no quiere complicarse.
- La dificultad proveniente de la situación de los pueblos, dispersos.
- Alguna Delegación Diocesana no funciona.
- Alguna Delegación ha centrado sus esfuerzos en la celebración del Sínodo y empieza ahora a caminar.
- Falta de medios económicos.
- En algunas Diócesis, Cáritas está supliendo la tarea de Pastoral de la Salud.

En cuanto a la marcha del equipo, se hacen estas dos notas:

- No se selecciona a los miembros.
- Se hace grupo, pero no equipo.

Una pregunta ¿cómo integrar a la gente joven?

¿Qué está ayudando a la implantación y desarrollo de los equipos antedichos?

- El grupo de personas, sacerdotes, religiosos/as y laicos vocacionados y entusiasmados con esta tarea.
- El testimonio personal de ellos.
- El ejemplo de los equipos que ya funcionan y dentro de ellos, el que haya comunión entre los miembros (haya química, decía alguno).

- Los espacios de Oración, dentro de la marcha de los equipos.
- La misma formación de los equipos.
- Mayor número de vocaciones laicales.
- Una mayor sensibilidad ante el enfermo, anciano.
- El Congreso «Iglesia y Salud».
- Las Jornadas Nacionales y Diocesanas.
- Toma de conciencia del lugar privilegiado del enfermo en el Evangelio.
- La opción de la Iglesia por los más desasistidos.
- El despertar a una mayor solidaridad y sensibilidad en la sociedad.
- La incorporación de laicos sanitarios en la tarea de las parroquias.
- Visitar a las parroquias que no tienen equipo.
- La mayor organización diocesana.

¿QUÉ PENSÁIS DE LA FORMACIÓN QUE ESTÁN RECIBIENDO LOS AGENTES DE PASTORAL DE LA SALUD EN LAS PARROQUIAS?

Las respuestas van en una doble valoración

- Los que piensan que hay una gran carencia de formación a nivel humano y teológico.
- Los que valoran altamente la formación que se está recibiendo.

Y un distinto nivel de formación de parroquias y diócesis

- Se valoran los materiales del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española aunque no se aprovechan bien.
- Donde hay encuentros de arciprestazgo, vicaría o diócesis se constata la riqueza de los mismos.
- En otros lugares, se está iniciando, poco a poco se van dando pasos.
- Las personas que están en varios grupos, encuentran más dificultades.
- Necesidad de coordinar equipos para una mayor y mejor formación.

- Necesidad de clarificar los conceptos de Pastoral de la Salud.

Se pide:

- Que la formación se adapte al lugar y a las personas.
- Que se potencien los cursos monográficos con una formación integral.

Tarea que deben asumir los equipos parroquiales de Pastoral de la Salud

- **CONOCER Y SABER** donde están los enfermos, los problemas de los mismos y dentro de esta tarea, establecer enlaces de parroquias, hospitales, residencias, médicos para una mayor conocimiento.
- **ACOMPANIAMIENTO** integral, sabiendo estar con el enfermo, transmitiendo amor, respetando el ritmo del enfermo.
- **UN PLAN DE FORMACIÓN** para el equipo, conocimiento del evangelio y para ello potenciación de las reuniones parroquiales.
- **SENSIBILIZAR A LA COMUNIDAD** desde abajo, con humildad.
- **UNA LABOR DE DENUNCIA**, de lucha por los derechos humanos y del enfermo.
- Disponer de la información suficiente sobre los recursos materiales y sociales de la sociedad y poder derivar ciertos problemas hacia las instituciones civiles oportunas.
- **ACOMPANIAMIENTO** a la familia del enfermo y del visitador, en la enfermedad, en la muerte y posmuerte.
- **INTEGRAR** al enfermo en la comunidad parroquial.
- **PROMOCIONAR** personas que asuman tareas.
- **DARLE UNA IMPORTANCIA** prioritaria a la **ORACIÓN**.
- Que haya **CONEXIÓN Y COORDINACIÓN**, arci-prestazgo, con otros grupos de enfermos y dentro de la misma parroquia.
- Dar a conocer el grupo a la comunidad parroquial, distintos grupos de la parroquia.

- Usar los medios de comunicación el Día del Enfermo.
- Hacer llegar estas jornadas a otras parroquias.
- Que la Pastoral de la Salud llegue también al sacerdote.
- En los lugares, donde sean laicos y religiosos/as, los que comienzan el grupo, que se presenten al sacerdote y soliciten su ayuda.

PROPUESTAS

En pocas propuestas expresar lo que se ha de asegurar en Pastoral de la Salud, sector parroquias.

- Crear en las parroquias un talante sanador y sanante.
- Sensibilización de la comunidad parroquial a todos los niveles, aprovechando todas las oportunidades, desde los cursillos o reuniones de preparación para los sacramentos, hasta la conexión con los otros grupos parroquiales.
- Conexión con los servicios religiosos y médicos de los hospitales y centros de salud.
- Formación previa a la tarea de visitar.
- Información detallada de los enfermos.
- Integración de los enfermos en la comunidad.
- En relación con la formación de agentes de pastoral:
 - Integrar la Pastoral de la Salud en las Escuelas de Teología.
 - Creación de escuelas de Pastoral de la Salud.
- Presencia de la Iglesia en asociaciones civiles de enfermos.
- Abrirnos y adaptarnos a las nuevas realidades.
- Seguir fomentando las Jornadas Nacionales. Algún grupo ha valorado mucho las comunicaciones en el propio grupo.
- Materiales adecuados para distintas edades.
- El material de las jornadas que llegue con la debida antelación.

Experiencias

La exposición de experiencias constituyó para los participantes, tiempo de gozo y de esperanza por la presencia de personas entregadas a la Pastoral de la Salud, por la riqueza variada de los contenidos, por la sencillez en su exposición.

Las experiencias versaron sobre el trabajo en Pastoral de la Salud: en las Delegaciones, Vicarías, Arciprestazgos, equipos parroquiales de ciudades y pueblos pequeños, de religiosos/as y profesionales sanitarios.

DESDE LA DELEGACIÓN DIOCESANA

BARCELONA

La diócesis de Barcelona consta de 46 arciprestazgos y 445 parroquias. Se han creado grupos de Pastoral. En la actualidad son 18 arciprestazgos y 195 parroquias que organizadamente llevan a cabo la Pastoral de la Salud en sus demarcaciones, con sus respectivos coordinadores y sacerdotes responsables. Una de las prioridades de este curso es el nombramiento de nuevos sacerdotes y coordinadores para proveer a los arciprestazgos donde todavía no existen.

Objetivo general

Promover la Pastoral de la Salud como signo evangelizador a todos los enfermos y familiares, teniendo una especial atención a los más necesitados y desasistidos.

Objetivos Curso 98/99

- Potenciar el «Documento Base» como herramienta de trabajo. Se adjunta ejemplar.
- Dinamizar la Pastoral de la Salud en las parroquias.

- Entrevista personalizada con los señores Obispos auxiliares de la diócesis.
- Propuesta de nuevos coordinadores y párrocos responsables.
- Potenciar la relación entre consiliarios, responsables y equipos.
- Promover las funciones de cada uno dentro de los distintos ámbitos pastorales.
- Resituarse la Pastoral de la Salud en el conjunto de la pastoral de la parroquia.
- Relación de la Pastoral de la Salud con entidades sanitarias y socio-sanitarias.
- Organización interna del Grupo de Pastoral de la Salud.

Memoria Curso 1997/1998

● **Parroquias.** Durante el curso 97/98 y a partir de los objetivos que se habían previsto al inicio del mismo y de acuerdo con el Plan de Pastoral diocesano, se va promoviendo la Pastoral de la Salud a los diferentes arciprestazgos y parroquias.

La Comisión de parroquias se reúne para evaluar, preparar y programar actividades así como sugerencias que se llevan a cabo en esta área. Se ha procedido a la elección de responsables laicos y de párrocos consiliarios.

Desde la Comisión se insiste en que cada arciprestazgo haga una valoración y memoria de los trabajos realizados durante el curso, a partir de un guión que se les ha facilitado. Esto nos permite ver la realidad de cada arciprestazgo y la relación que existe con la parroquia.

Dentro de los grupos parroquiales existen religiosos/as que trabajan aportando su experiencia personal, tanto en el campo pastoral como en el profesional. También los profesionales cristianos aportan su experiencia y colaboración en algunas parroquias y arciprestazgos de la diócesis.

La relación que existe en las parroquias rurales es personalizada con el señor párroco y el arcipreste, ya que no existe de momento organización alguna, los enfermos son atendidos por el mismo párroco.

● **Actividades.** La Delegación organiza un encuentro al año con motivo de la preparación del Día del Enfermo. Participaron unas 175 personas la mayoría de ellas responsables de grupos parroquiales o entidades dedicadas a los enfermos, este año sobre el tema del Voluntariado. A la vez se aprovecha para dar una información sobre las actividades de la Delegación.

El obispo responsable de la Pastoral de la Salud concluyó la jornada con una Eucaristía: en la homilía valoró como muy importante el papel del voluntariado al servicio del enfermo.

Con el fin de compartir un día de fe y amistad, como ya es habitual, la Comisión de Parroquias organiza una romería a Montserrat, en la que, este año, participamos 560 personas, entre enfermos, familiares y voluntarios de parroquias. La Misa Conventual sitúa la peregrinación en el centro de la jornada. La acogida del P. Abat, Sebastià Bardole, junto con el obispo encargado de la Pastoral de la Salud en la diócesis de Barcelona, Mons. Jaume Traserra, que presidió la Eucaristía, dieron un relieve especial a la jornada. En la homilía dirigida especialmente a los enfermos, destacó el sentido de la enfermedad y su aceptación. Fue un día lleno de gozo para los enfermos y acompañantes. Una vez más el voluntario dio su testimonio con el acompañamiento de los enfermos en silla de ruedas o con las limitaciones propias de personas mayores.

● **Celebración del Día del Enfermo.** El Día del Enfermo, a nivel diocesano, se celebró en el Coto de Lengua. Nos acompañó el Sr. Cardenal Mons. Ricard M^a Carles, quien presidió la Eucaristía. Asistieron enfermos acogidos en el centro, voluntarios de parroquias, religiosas y religioso. En el ofertorio unos símbolos sobre el tiempo y el espacio abiertos a la solidaridad con los más necesitados ayudaron a centrar el tema.

También las distintas parroquias de la diócesis celebraron el Día con encuentros, charlas y otras actividades, finalizando todas ellas con una Eucaristía o con el sacramento de la Unción.

Desde la Catedral de Barcelona, también se celebró el Día del Enfermo promovido por esta Delegación. El Sr. Cardenal celebró la Eucaristía. En la homilía una vez más potenció y agradeció tanto la labor desinteresada de los voluntarios desde sus parroquias como el papel del profesional de las instituciones.

● **Formación. Curso del Día del Enfermo** (se adjunta programa). Participaron unas 30 personas. El tema «Voluntariado y Pastoral de la Salud», situó muy bien el papel del voluntario cristiano al servicio del enfermo.

Curso sobre «El Voluntariado cristiano al servicio del enfermo». Desde hace cinco años se viene impartiendo este curso. Hay buena participación. Se ha previsto incluir nuevos temas relacionados con el acompañamiento a la familia y la muerte digna.

Cursos en los arciprestazgos. La Delegación ofrece una información adecuada a los arciprestazgos que lo solicitan.

Se trata de unos cursos básicos a dos niveles:

Primer nivel

- Fundamentación de la Pastoral de la Salud.
- La comunicación con el enfermo.
- Los enfermos en la parroquia.

Segundo nivel

- Dolor y esperanza. Aspectos teológicos.
- Necesidades psíquicas, espirituales y religiosas en la enfermedad.
- Celebración de la fe:
 - Plegaria.
 - Eucaristía.
 - Exéquias.
 - Día del Enfermo.

Para el próximo curso tenemos en proyecto preparar un tercer nivel con temas tan sugerentes como:

- Eutanasia y Testamento Vital.
- Acompañamiento a los familiares de enfermos, en situaciones difíciles.

Estos cursos nos permiten establecer una relación más estrecha dentro del arciprestazgo y a la vez con las parroquias. Entre el primer y segundo nivel se han llevado a cabo 32 cursos y han pasado por los mismos más de 1.000 personas.

En la actualidad hay varios arciprestazgos que ellos mismos llevan a cabo una formación continuada. La Delegación colabora en la realización, mediante material, charlas, etc.

También cada año y como formación un representante de la comisión de parroquias es invitado a dar una charla en el Seminario diocesano a los jóvenes en su etapa de formación al ministerio sacerdotal. Es un encuentro muy positivo ya que a partir de aquí hay un interesante coloquio.

Así mismo los estudiantes de Teología del centro salesiano Martí Codolar, se les informa de las actividades que realiza la Delegación diocesana y la comisión de parroquias.

Estos encuentros facilitan a la Delegación dar a conocer todos los trabajos que se llevan a cabo a nivel diocesano, arciprestal y parroquial. Se valoran como muy positivas estas charlas, ya que a partir de aquí se crea un clima para el diálogo y conocer con más profundidad la Pastoral de la Salud.

● **Medios de comunicación.** Con motivo del Día del Enfermo, ha habido colaboraciones con los diferentes medios de comunicación social: prensa, radio, T.V., Hoja dominical, y, a la vez, se informa de las diferentes actividades pastorales que la Comisión de Parroquias y la Delegación llevan a cabo.

VITORIA**Iter recorrido**

En el iter recorrido en nuestra Diócesis hubo algunos factores que dieron origen en primer lugar al naci-

miento y luego al desarrollo de los Grupos de Pastoral de la Salud en nuestras parroquias.

Estos creemos que son los más importantes y decisivos:

- La creciente y unánime conciencia pastora generalizada en los ambientes eclesiales, principalmente de las Comunidades Parroquiales sobre la necesidad de conceder el valor de PRIORIDAD PASTORAL al colectivo de enfermos de la familia parroquial.
- La proclamación por parte del Concilio Vaticano II (en su mensaje final a los pobres, enfermos y los que sufren) «*como los preferidos del Reino de Dios*», lo cual exigió la correspondiente atención prioritaria a dicho sector.
- La ratificación o confirmación de todo lo anterior por la Asamblea Diocesana de la Diócesis de Vitoria del año 1991, que en sus conclusiones, señala como objetivo primero y prioritario pastoral el sector de los más marginados entre los que se encuentran en primer lugar los enfermos.
- La Pastoral sanitaria promovida desde su creación, hace ya 30 años por el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española con proyección muy positiva sobre nuestras Comunidades parroquiales.
- Con todos estos antecedentes surgieron y se desarrollaron en nuestra Diócesis los Grupos Parroquiales de PS, que en una primera fase se llamaron de Visitadores de Enfermos y actualmente de Pastoral de la Salud.
- Surgieron estos grupos más de abajo a arriba que a la inversa. Se escuchó a la realidad que generó la necesidad de dichos grupos.
- Para potenciar todo este movimiento parroquial de P.S. se organizaron desde la Delegación Diocesana, encuentros de Responsables parroquiales, charlas de formación, mesas redondas, encuentros de oración, celebración del Día del Enfermo...

Proyecto actual de trabajo

- La celebración del Congreso IGLESIA Y SALUD de Madrid, septiembre del 94, marca una etapa nueva en la PS de la Iglesia española. A partir de ahí, intentamos que nuestro trabajo se inspire en las líneas centrales del CONGRESO. Ya para entonces trabajaban los Grupos. Para dar a conocer el Congreso editamos un cuadernillo para las parroquias de la Diócesis. Posteriormente organizamos charlas y encuentros a lo largo del 94-95 con intervenciones, entre otras, de D. Rudensindo Delgado y D. José Antonio Pagola.
- Desde el espíritu del Congreso y los RETOS que nos plantea se ha programado y realizado un PROYECTO de PS en las parroquias.

Segundo nivel

- Dolor y esperanza. Aspectos teológicos.
- Necesidades psíquicas, espirituales y religiosas en la enfermedad.
- Celebración de la fe:
 - Plegaria.
 - Eucaristía.
 - Exéquias.
 - Día del Enfermo.

Para el próximo curso tenemos en proyecto preparar un tercer nivel con temas tan sugerentes como:

- Eutanasia y Testamento Vital.
- Acompañamiento a los familiares de enfermos, en situaciones difíciles.

Estos cursos nos permiten establecer una relación más estrecha dentro del arciprestazgo y a la vez con las parroquias. Entre el primer y segundo nivel se han llevado a cabo 32 cursos y han pasado por los mismos más de 1.000 personas.

En la actualidad hay varios arciprestazgos que ellos mismos llevan a cabo una formación continuada. La Delegación colabora en la realización, mediante material, charlas, etc.

También cada año y como formación un representante de la comisión de parroquias es invitado a dar una charla en el Seminario diocesano a los jóvenes en su etapa de formación al ministerio sacerdotal. Es un encuentro muy positivo ya que a partir de aquí hay un interesante coloquio.

Así mismo los estudiantes de Teología del centro salesiano Martí Codolar, se les informa de las actividades que realiza la Delegación diocesana y la comisión de parroquias.

Estos encuentros facilitan a la Delegación dar a conocer todos los trabajos que se llevan a cabo a nivel diocesano, arciprestal y parroquial. Se valoran como muy positivas estas charlas, ya que a partir de aquí se crea un clima para el diálogo y conocer con más profundidad la Pastoral de la Salud.

● **Medios de comunicación.** Con motivo del Día del Enfermo, ha habido colaboraciones con los diferentes medios de comunicación social: prensa, radio, T.V., Hoja dominical, y, a la vez, se informa de las diferentes actividades pastorales que la Comisión de Parroquias y la Delegación llevan a cabo.

VITORIA**Iter recorrido**

En el iter recorrido en nuestra Diócesis hubo algunos factores que dieron origen en primer lugar al naci-

miento y luego al desarrollo de los Grupos de Pastoral de la Salud en nuestras parroquias.

Estos creemos que son los más importantes y decisivos:

- La creciente y unánime conciencia pastora generalizada en los ambientes eclesiales, principalmente de las Comunidades Parroquiales sobre la necesidad de conceder el valor de PRIORIDAD PASTORAL al colectivo de enfermos de la familia parroquial.
- La proclamación por parte del Concilio Vaticano II (en su mensaje final a los pobres, enfermos y los que sufren) «*como los preferidos del Reino de Dios*», lo cual exigió la correspondiente atención prioritaria a dicho sector.
- La ratificación o confirmación de todo lo anterior por la Asamblea Diocesana de la Diócesis de Vitoria del año 1991, que en sus conclusiones, señala como objetivo primero y prioritario pastoral el sector de los más marginados entre los que se encuentran en primer lugar los enfermos.
- La Pastoral sanitaria promovida desde su creación, hace ya 30 años por el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española con proyección muy positiva sobre nuestras Comunidades parroquiales.
- Con todos estos antecedentes surgieron y se desarrollaron en nuestra Diócesis los Grupos Parroquiales de PS, que en una primera fase se llamaron de Visitadores de Enfermos y actualmente de Pastoral de la Salud.
- Surgieron estos grupos más de abajo a arriba que a la inversa. Se escuchó a la realidad que generó la necesidad de dichos grupos.
- Para potenciar todo este movimiento parroquial de P.S. se organizaron desde la Delegación Diocesana, encuentros de Responsables parroquiales, charlas de formación, mesas redondas, encuentros de oración, celebración del Día del Enfermo...

Proyecto actual de trabajo

- La celebración del Congreso IGLESIA Y SALUD de Madrid, septiembre del 94, marca una etapa nueva en la PS de la Iglesia española. A partir de ahí, intentamos que nuestro trabajo se inspire en las líneas centrales del CONGRESO. Ya para entonces trabajaban los Grupos. Para dar a conocer el Congreso editamos un cuadernillo para las parroquias de la Diócesis. Posteriormente organizamos charlas y encuentros a lo largo del 94-95 con intervenciones, entre otras, de D. Rudensindo Delgado y D. José Antonio Pagola.
- Desde el espíritu del Congreso y los RETOS que nos plantea se ha programado y realizado un PROYECTO de PS en las parroquias.

He aquí algunas opciones y rasgos principales:

- Esta delegación se propuso acentuar la animación de las Comunidades y sus pastores, de los compañeros Capellanes para que se sientan interpelados, como las primeras Comunidades, y sitúen a los ENFERMOS en su pastoral preferencial.
- Esfuerzo por crear un equipo parroquial de agentes de PS. Que además un miembro del equipo forme parte del Consejo de Pastoral parroquial a todos los efectos.
- Es una realidad admitida por todos que los agentes de PS deben tener una formación continuada. Que no basta con la buena voluntad. Que junto a las charlas, encuentros, mesas redondas, etc., constatamos la buena aceptación y provecho de los «dossiers» recibidos en las Jornadas de Delegados. Es un material imprescindible para los grupos, aunque algún tema haya sido un poco repetitivo. Contribuye directamente a la *formación permanente*.
- Junto a esto, intentamos aportar ideas para que en los programas catequéticos y catecumenales en la parroquia:
 - El dolor, la enfermedad y la muerte se iluminen desde la fe y la esperanza cristiana.
 - Que se asuman estas realidades desde actitudes creyentes, ya que hoy *no* se educa para ello, sino que se oculta la enfermedad.
- Otro de los retos actuales es la acción evangelizadora desde una pastoral sanante con los enfermos más desasistidos:
 - Los enfermos mentales.
 - Los enfermos terminales.
 - Los ancianos enfermos.

Esto supone en el agente de PS el conocimiento-seguimiento de estos enfermos con una cercanía sencilla y humilde desde el amor y la fe en JESÚS SANANTE.

- En el discurrir de nuestra Delegación y para una pastoral de conjunto se intenta colaborar con otros grupos sensibles y comprometidos (Asafes, Afares, etc...) en organización de charlas, etc.
- Otro reto importante son los JÓVENES. No acabamos de concretar y conectar con el «mundo joven» que quiere comprometerse para presentarle alguna alternativa posible de cara a los Enfermos. Acercarles a equipos de referencia, para que ellos no vayan «por libre».

● Crisis de los Visitadores parroquiales.

De todos es conocida esta realidad que todos padecemos.

Sin embargo, existe una importante y rica tradición de Visitadores de Grupos Parroquiales de Pastoral de la Salud. La crisis se debe a que:

- La sociedad va cambiando, más pluralismo.
- Los hospitales están más secularizados.
- Personas alejadas que no desean ser visitadas, etc.

Este tema hay que estudiarlo a fondo y reconducirlo. Está claro que las visitas se han de hacer de otra forma. No deben ser indiscriminadas, ni hacerlas cualquiera. Se necesita preparación: preparar y prepararse. Cierta especialización y organización-coordinación del Grupo.

Todo esto sin prisas y sin angustiar ni anular a nadie.

Con coordinación entre el Servicio Religioso del Hospital y también con las Asistencias sociales de la zona o de la parroquia.

Se podría crear un Equipo de zona que prepare bien las visitas y después pueda evaluarlas.

Pensamos que así las visitas serían eficaces —haciendo bien al enfermo— y sobre todo al que de verdad necesita ser visitado.

Pero todo esto está por hacer. Es un reto actual.

ANEXO

Presencia y acción de Religiosos/as en PS en la Parroquia.

La presencia y acción de Religiosas (no hay Religiosos) en nuestras parroquias, es decir, en trabajo coordinado con nuestros Grupos Parroquiales de PS es muy pequeña. Calculamos que unas doce religiosas.

Echamos en falta un mayor contacto y colaboración de la FERS con nuestra Delegación Diocesana de PS y con nuestras parroquias. Es una de nuestras tareas pendientes.

Papel de los Profesionales sanitarios en PS en la Parroquia.

En pocas palabras. En estos momentos no tenemos implantado el PROSAC (otra pendiente) y es prácticamente nula la presencia y el papel de los Profesionales sanitarios en nuestras parroquias.

DESDE LAS VICARÍAS Y ARCIPRESTAZGOS

SEVILLA

La Vicaría Sevilla-2 está compuesta por seis arciprestazgos. Abarca a todas las barriadas periféricas de la

He aquí algunas opciones y rasgos principales:

- Esta delegación se propuso acentuar la animación de las Comunidades y sus pastores, de los compañeros Capellanes para que se sientan interpelados, como las primeras Comunidades, y sitúen a los ENFERMOS en su pastoral preferencial.
- Esfuerzo por crear un equipo parroquial de agentes de PS. Que además un miembro del equipo forme parte del Consejo de Pastoral parroquial a todos los efectos.
- Es una realidad admitida por todos que los agentes de PS deben tener una formación continuada. Que no basta con la buena voluntad. Que junto a las charlas, encuentros, mesas redondas, etc., constatamos la buena aceptación y provecho de los «dossiers» recibidos en las Jornadas de Delegados. Es un material imprescindible para los grupos, aunque algún tema haya sido un poco repetitivo. Contribuye directamente a la *formación permanente*.
- Junto a esto, intentamos aportar ideas para que en los programas catequéticos y catecumenales en la parroquia:
 - El dolor, la enfermedad y la muerte se iluminen desde la fe y la esperanza cristiana.
 - Que se asuman estas realidades desde actitudes creyentes, ya que hoy *no* se educa para ello, sino que se oculta la enfermedad.
- Otro de los retos actuales es la acción evangelizadora desde una pastoral sanante con los enfermos más desasistidos:
 - Los enfermos mentales.
 - Los enfermos terminales.
 - Los ancianos enfermos.

Esto supone en el agente de PS el conocimiento-seguimiento de estos enfermos con una cercanía sencilla y humilde desde el amor y la fe en JESÚS SANANTE.

- En el discurrir de nuestra Delegación y para una pastoral de conjunto se intenta colaborar con otros grupos sensibles y comprometidos (Asafes, Afares, etc...) en organización de charlas, etc.
- Otro reto importante son los JÓVENES. No acabamos de concretar y conectar con el «mundo joven» que quiere comprometerse para presentarle alguna alternativa posible de cara a los Enfermos. Acercarles a equipos de referencia, para que ellos no vayan «por libre».

● Crisis de los Visitadores parroquiales.

De todos es conocida esta realidad que todos padecemos.

Sin embargo, existe una importante y rica tradición de Visitadores de Grupos Parroquiales de Pastoral de la Salud. La crisis se debe a que:

- La sociedad va cambiando, más pluralismo.
- Los hospitales están más secularizados.
- Personas alejadas que no desean ser visitadas, etc.

Este tema hay que estudiarlo a fondo y reconducirlo. Está claro que las visitas se han de hacer de otra forma. No deben ser indiscriminadas, ni hacerlas cualquiera. Se necesita preparación: preparar y prepararse. Cierta especialización y organización-coordinación del Grupo.

Todo esto sin prisas y sin angustiar ni anular a nadie.

Con coordinación entre el Servicio Religioso del Hospital y también con las Asistencias sociales de la zona o de la parroquia.

Se podría crear un Equipo de zona que prepare bien las visitas y después pueda evaluarlas.

Pensamos que así las visitas serían eficaces —haciendo bien al enfermo— y sobre todo al que de verdad necesita ser visitado.

Pero todo esto está por hacer. Es un reto actual.

ANEXO

Presencia y acción de Religiosos/as en PS en la Parroquia.

La presencia y acción de Religiosas (no hay Religiosos) en nuestras parroquias, es decir, en trabajo coordinado con nuestros Grupos Parroquiales de PS es muy pequeña. Calculamos que unas doce religiosas.

Echamos en falta un mayor contacto y colaboración de la FERS con nuestra Delegación Diocesana de PS y con nuestras parroquias. Es una de nuestras tareas pendientes.

Papel de los Profesionales sanitarios en PS en la Parroquia.

En pocas palabras. En estos momentos no tenemos implantado el PROSAC (otra pendiente) y es prácticamente nula la presencia y el papel de los Profesionales sanitarios en nuestras parroquias.

DESDE LAS VICARÍAS Y ARCIPRESTAZGOS

SEVILLA

La Vicaría Sevilla-2 está compuesta por seis arciprestazgos. Abarca a todas las barriadas periféricas de la

capital. El Sr. Vicario, D. Manuel de los Santos, colabora en la coordinación de la Pastoral de la Salud. El Departamento Diocesano de PS es el encargado de preparar los temas de formación que se estudian después en los grupos parroquiales. La responsable del Departamento, Amalia Rodríguez Bernal, coordina las seis Vicarías de Sevilla y acude a muchas reuniones para llevar el seguimiento de los grupos y comprobar el avance en su formación para un mejor servicio. La coordinadora de la zona 2, M.^a del Carmen López, acude a todas las reuniones arciprestales, así como en todas las ocasiones en que los grupos tienen celebraciones, mesas redondas, etc.

Los seis arciprestazgos de la Vicaría-2 comprenden unas 56 parroquias; todas ellas tienen grupos de PS que se reúnen semanal o quincenalmente para orar por sus enfermos, por los grupos y por todos los problemas que se presenten. Estos grupos siguen un plan de formación, como se ha dicho anteriormente, con los temas preparados por el Departamento junto con los del día del enfermo de cada año. También se estudian los Evangelios, otros libros y, concretamente este año, los relacionados con el Congreso de Caridad y Pobreza recién celebrado en Sevilla.

Cada uno de los arciprestazgos tiene un responsable sacerdotes y un coordinador seglar que suelen reunirse cada mes o dos meses con sus correspondientes responsables parroquiales para poner en común sus trabajos, conocer sus avances y sus dificultades y todo lo extraordinario que haya podido acontecer; con ello se refuerzan las relaciones de unos barrios con otros y se conoce la problemática de cada uno. También tienen algunas reuniones lúdicas por Navidad o fin de curso donde se celebra la Eucaristía y después se convive un rato tomando unos refrescos.

Algunos arciprestazgos, más periféricos, tienen una especial problemática por la marginación, la pobreza y la edad avanzada de muchos de sus habitantes que, prácticamente los convierte en enfermos a casi todos. Allí hay muchísimos casos que tratar, muchísima injusticia que denunciar y se echan en falta unos cauces legales que permitan hacer oír nuestra voz.

Los visitantes son pocos y no les alcanza el tiempo para atender bien a tantos como lo necesitan. Gracias a la colaboración de muchas religiosas de diversas congregaciones, según los barrios, se pueden hacer las visitas algo más frecuentemente. Para los casos en que junto con la asistencia espiritual, es necesaria la material, la colaboración de Cáritas, aportando sus medios económicos, resulta imprescindible.

Nuestros encuentros, a nivel de Vicaría, son tres consejos al año con motivo del comienzo de curso, seguimiento de trabajo, y fin de curso. A ellos concurren el Sr. Vicario, las responsables de PS de la Diócesis y de la Vicaría y los sacerdotes y seglares responsables de los arciprestazgos.

Con este plan de trabajo la PS de la Vicaría, con la ayuda del Espíritu Santo, va marchando aceptablemente.

ZARAGOZA

En el año 1984 fui invitada por el Vicario de la II Vicaría D. Vicente Ruiz a asistir a las reuniones del Consejo Interparroquial del Arciprestazgo de la Margen Izquierda del Ebro (MIDE) como representante de las religiosas sanitarias de la zona (trabajo como enfermera en el H. Royo Villanova, situado en dicha zona).

Como religiosa sanitaria, tuve la llamada interior de colaborar en la Pastoral de la Salud, y a través de dicho Consejo Interparroquial pude convocar a las personas de las Parroquias, que ya trabajaban en esta Pastoral, así como invitando a otras que pudieran estar interesadas. El día 10 de abril de 1986 nos reunimos para conocernos, valorar las actuaciones hechas hasta ese momento y lo que se pudiera hacer por las distintas Parroquias. Asistió el Vicario D. Vicente Ruiz, el Arcipreste D. César Royo, la Secretaria Diocesana de Pastoral de la Salud H. Matilde Martín, tres sacerdotes, 8 religiosas y 24 personas de las distintas parroquias.

Fue un encuentro muy positivo. Se detectó gran inquietud por trabajar en este campo de pastoral.

Vimos la importancia que tienen los enfermos en la comunidad Parroquial y por lo tanto su atención no puede limitarse a la efectuada por el grupo de visitadoras. Es toda la comunidad la que se tiene que responsabilizar.

- Se vio la necesidad de dar un empuje a esta acción tan propia de la Iglesia.
- Formar un Equipo Coordinador en el Arciprestazgo, como existe en otras formas de Pastoral.
- Este Equipo Coordinador tiene que ayudar a la formación de los agentes de Pastoral y servir de puente entre el Secretariado Diocesano y las Parroquias de la MIDE.

En la Asamblea del Arciprestazgo de finales de abril del mismo año de 1986 se hizo la propuesta de constituirnos como Coordinadora con los objetivos anteriormente citados.

El día del Enfermo de 1986 se celebró en cinco Parroquias de las ocho que forman el Arciprestazgo.

El día 20 de mayo nos reunimos 10 personas de las ocho Parroquias. Se valoró y estudió las actividades que podrían llevarse a cabo el próximo curso como Coordinadora.

Nos marcamos unas pautas de acción:

- Reunión de la Coordinadora una vez al mes.
- Formación continuada una vez al mes.
- Hacer una llamada para que se incorporen más personas a esta Pastoral, implicando también a los sacerdotes.
- Concienciar a las visitadoras que van de parte de la parroquia.

capital. El Sr. Vicario, D. Manuel de los Santos, colabora en la coordinación de la Pastoral de la Salud. El Departamento Diocesano de PS es el encargado de preparar los temas de formación que se estudian después en los grupos parroquiales. La responsable del Departamento, Amalia Rodríguez Bernal, coordina las seis Vicarías de Sevilla y acude a muchas reuniones para llevar el seguimiento de los grupos y comprobar el avance en su formación para un mejor servicio. La coordinadora de la zona 2, M.^a del Carmen López, acude a todas las reuniones arciprestales, así como en todas las ocasiones en que los grupos tienen celebraciones, mesas redondas, etc.

Los seis arciprestazgos de la Vicaría-2 comprenden unas 56 parroquias; todas ellas tienen grupos de PS que se reúnen semanal o quincenalmente para orar por sus enfermos, por los grupos y por todos los problemas que se presenten. Estos grupos siguen un plan de formación, como se ha dicho anteriormente, con los temas preparados por el Departamento junto con los del día del enfermo de cada año. También se estudian los Evangelios, otros libros y, concretamente este año, los relacionados con el Congreso de Caridad y Pobreza recién celebrado en Sevilla.

Cada uno de los arciprestazgos tiene un responsable sacerdotes y un coordinador seglar que suelen reunirse cada mes o dos meses con sus correspondientes responsables parroquiales para poner en común sus trabajos, conocer sus avances y sus dificultades y todo lo extraordinario que haya podido acontecer; con ello se refuerzan las relaciones de unos barrios con otros y se conoce la problemática de cada uno. También tienen algunas reuniones lúdicas por Navidad o fin de curso donde se celebra la Eucaristía y después se convive un rato tomando unos refrescos.

Algunos arciprestazgos, más periféricos, tienen una especial problemática por la marginación, la pobreza y la edad avanzada de muchos de sus habitantes que, prácticamente los convierte en enfermos a casi todos. Allí hay muchísimos casos que tratar, muchísima injusticia que denunciar y se echan en falta unos cauces legales que permitan hacer oír nuestra voz.

Los visitantes son pocos y no les alcanza el tiempo para atender bien a tantos como lo necesitan. Gracias a la colaboración de muchas religiosas de diversas congregaciones, según los barrios, se pueden hacer las visitas algo más frecuentemente. Para los casos en que junto con la asistencia espiritual, es necesaria la material, la colaboración de Cáritas, aportando sus medios económicos, resulta imprescindible.

Nuestros encuentros, a nivel de Vicaría, son tres consejos al año con motivo del comienzo de curso, seguimiento de trabajo, y fin de curso. A ellos concurren el Sr. Vicario, las responsables de PS de la Diócesis y de la Vicaría y los sacerdotes y seglares responsables de los arciprestazgos.

Con este plan de trabajo la PS de la Vicaría, con la ayuda del Espíritu Santo, va marchando aceptablemente.

ZARAGOZA

En el año 1984 fui invitada por el Vicario de la II Vicaría D. Vicente Ruiz a asistir a las reuniones del Consejo Interparroquial del Arciprestazgo de la Margen Izquierda del Ebro (MIDE) como representante de las religiosas sanitarias de la zona (trabajo como enfermera en el H. Royo Villanova, situado en dicha zona).

Como religiosa sanitaria, tuve la llamada interior de colaborar en la Pastoral de la Salud, y a través de dicho Consejo Interparroquial pude convocar a las personas de las Parroquias, que ya trabajaban en esta Pastoral, así como invitando a otras que pudieran estar interesadas. El día 10 de abril de 1986 nos reunimos para conocernos, valorar las actuaciones hechas hasta ese momento y lo que se pudiera hacer por las distintas Parroquias. Asistió el Vicario D. Vicente Ruiz, el Arcipreste D. César Royo, la Secretaria Diocesana de Pastoral de la Salud H. Matilde Martín, tres sacerdotes, 8 religiosas y 24 personas de las distintas parroquias.

Fue un encuentro muy positivo. Se detectó gran inquietud por trabajar en este campo de pastoral.

Vimos la importancia que tienen los enfermos en la comunidad Parroquial y por lo tanto su atención no puede limitarse a la efectuada por el grupo de visitadoras. Es toda la comunidad la que se tiene que responsabilizar.

- Se vio la necesidad de dar un empuje a esta acción tan propia de la Iglesia.
- Formar un Equipo Coordinador en el Arciprestazgo, como existe en otras formas de Pastoral.
- Este Equipo Coordinador tiene que ayudar a la formación de los agentes de Pastoral y servir de puente entre el Secretariado Diocesano y las Parroquias de la MIDE.

En la Asamblea del Arciprestazgo de finales de abril del mismo año de 1986 se hizo la propuesta de constituirnos como Coordinadora con los objetivos anteriormente citados.

El día del Enfermo de 1986 se celebró en cinco Parroquias de las ocho que forman el Arciprestazgo.

El día 20 de mayo nos reunimos 10 personas de las ocho Parroquias. Se valoró y estudió las actividades que podrían llevarse a cabo el próximo curso como Coordinadora.

Nos marcamos unas pautas de acción:

- Reunión de la Coordinadora una vez al mes.
- Formación continuada una vez al mes.
- Hacer una llamada para que se incorporen más personas a esta Pastoral, implicando también a los sacerdotes.
- Concienciar a las visitadoras que van de parte de la parroquia.

- Información al Secretariado de Pastoral de la Salud de las actividades que han ido realizando.
- Asistencia de la Responsable de la Coordinadora al Consejo interparroquial (más tarde se conseguiría que la responsable del Equipo de la parroquia asistiera al Consejo de Pastoral de la parroquia).

Se forman grupo de visitadores/as de enfermos en todas las parroquias.

Desde el curso de 1986-87 se ha tenido charla mensual en las que se han tratado temas médico-psicológico-espirituales, dados por especialistas y con asistencia de 60-70 personas.

Los grupos de las parroquias en líneas generales funcionan:

- Reunión mensual.
- Confección de ficheros.
- Reparto del trabajo por zonas, enfermos nuevos, ancianos.
- Encuentros de oración, base evangélica de este trabajo.
- La responsable asiste a la reunión de la Coordinadora.

En noviembre de dicho 1986 se empezó a ir a las parroquias que nos lo pedían a informar de la Pastoral de la Salud, fuimos por varias de la ciudad y de algunos pueblos.

A los enfermos, en Navidad, se les lleva una felicitación y un obsequio.

Se vio la necesidad de tener un encuentro de oración de todas las visitadoras y acordamos tener una tarde de retiro que sería en el Noviciado de Santa Ana.

El día 17 de enero de 1991 fui invitada por parte de D. Elías Yanes, para asistir a una reunión con representantes de la Pastoral Sanitaria el día 31 de enero. De esta reunión salió un nuevo Equipo de Pastoral de la Salud a nivel diocesano. Quedó encargado de reunirnos D. José Joaquín Pérez, y tras varias reuniones se perfiló la organización del Secretariado. A mí se me encargó la responsabilidad de la Pastoral de la Salud en las parroquias de la Vicaría II.

Esta Vicaría II está compuesta por los Arciprestazgos de Torrero, Las Fuentes, La MIDE y San José.

La tarea que me propuse era formar grupos de visitadores/as de enfermos en todas las parroquias de la Vicaría y formar Coordinadoras por Arciprestazgo.

Tras distintas conversaciones con el entonces Vicario D. Juan José Omella, conseguimos reunir en los distintos Arciprestazgos a las personas que ya trabajaban en la Pastoral de la Salud y a otras interesadas. Así tuvimos las reuniones:

- Día 23 de enero de 1992 en San José, quedando responsable de la Coordinadora D. Manuel Larraz (sacerdote).

- Día 22 de enero de 1992 en Las Fuentes. Responsable D.^a Ramona Navarro (ama de casa).
- Día 12 de febrero en Torrero. Responsable Hna. Josefa Cutillas.

A estas reuniones asistió el Vicario D. Juan José Omella, los Arciprestes y sacerdotes.

Posteriormente se tuvo reunión con los responsable de los cuatro Arciprestazgos. Se valoró como actuaciones más importantes:

- Ayudar a la formación de grupos de visitadores en las parroquias que no había.
- Repartir una pequeña encuesta sobre el tema del día del Enfermo, para luego ponerla en común por Arciprestazgos.

El día 29 de abril de 1992 tuvimos el primer encuentro de toda la Vicaría para poner en común dicha encuesta y exponer cómo se iba a celebrar el día del Enfermo en una parroquia de cada Arciprestazgo. Un ponente dio una charla alusiva al tema de la encuesta.

Tengo que decir que a partir de marzo de 1992 se empiezan a dar charlas formativas en los cuatro Arciprestazgos.

En reunión de septiembre del Equipo de Vicaría se queda de acuerdo que en los Arciprestazgos de Torrero, San José y Las Fuentes serán las charlas cada dos meses y en la MIDE todos los meses.

También vimos la importancia de comenzar el curso con una tarde de retiro en octubre, donde nos ayudarán con una charla Espiritual el Vicario, tiempo de reflexión, Eucaristía y finalmente convivencia compartiendo la merienda. Se viene haciendo desde octubre de 1992 y son unas 200 personas las que asisten, entre ellos varios sacerdotes.

En el curso 1992-93 ya se tienen perfilados los objetivos por Arciprestazgos y la programación de las charlas de las cuales se pone a vuestra disposición folletos informativos.

Seguimos teniendo estos dos encuentros de Vicaría: reunión previa al día del Enfermo, para poner en común el resultado del trabajo del tema que se nos manda del Secretariado Nacional y el Retiro de principio de curso.

Creemos que es muy positiva la coordinación por Arciprestazgos y luego la coordinación por Vicarías.

DESDE EQUIPOS PARROQUIALES DE CIUDADES

SEVILLA - SAN JACINTO

Nuestra parroquia, situada en el popular barrio de Triana y con una población de unas 8.000 personas,

- Información al Secretariado de Pastoral de la Salud de las actividades que han ido realizando.
- Asistencia de la Responsable de la Coordinadora al Consejo interparroquial (más tarde se conseguiría que la responsable del Equipo de la parroquia asistiera al Consejo de Pastoral de la parroquia).

Se forman grupo de visitadores/as de enfermos en todas las parroquias.

Desde el curso de 1986-87 se ha tenido charla mensual en las que se han tratado temas médico-psicológico-espirituales, dados por especialistas y con asistencia de 60-70 personas.

Los grupos de las parroquias en líneas generales funcionan:

- Reunión mensual.
- Confección de ficheros.
- Reparto del trabajo por zonas, enfermos nuevos, ancianos.
- Encuentros de oración, base evangélica de este trabajo.
- La responsable asiste a la reunión de la Coordinadora.

En noviembre de dicho 1986 se empezó a ir a las parroquias que nos lo pedían a informar de la Pastoral de la Salud, fuimos por varias de la ciudad y de algunos pueblos.

A los enfermos, en Navidad, se les lleva una felicitación y un obsequio.

Se vio la necesidad de tener un encuentro de oración de todas las visitadoras y acordamos tener una tarde de retiro que sería en el Noviciado de Santa Ana.

El día 17 de enero de 1991 fui invitada por parte de D. Elías Yanes, para asistir a una reunión con representantes de la Pastoral Sanitaria el día 31 de enero. De esta reunión salió un nuevo Equipo de Pastoral de la Salud a nivel diocesano. Quedó encargado de reunirnos D. José Joaquín Pérez, y tras varias reuniones se perfiló la organización del Secretariado. A mí se me encargó la responsabilidad de la Pastoral de la Salud en las parroquias de la Vicaría II.

Esta Vicaría II está compuesta por los Arciprestazgos de Torrero, Las Fuentes, La MIDE y San José.

La tarea que me propuse era formar grupos de visitadores/as de enfermos en todas las parroquias de la Vicaría y formar Coordinadoras por Arciprestazgo.

Tras distintas conversaciones con el entonces Vicario D. Juan José Omella, conseguimos reunir en los distintos Arciprestazgos a las personas que ya trabajaban en la Pastoral de la Salud y a otras interesadas. Así tuvimos las reuniones:

- Día 23 de enero de 1992 en San José, quedando responsable de la Coordinadora D. Manuel Larraz (sacerdote).

- Día 22 de enero de 1992 en Las Fuentes. Responsable D.^a Ramona Navarro (ama de casa).
- Día 12 de febrero en Torrero. Responsable Hna. Josefa Cutillas.

A estas reuniones asistió el Vicario D. Juan José Omella, los Arciprestes y sacerdotes.

Posteriormente se tuvo reunión con los responsable de los cuatro Arciprestazgos. Se valoró como actuaciones más importantes:

- Ayudar a la formación de grupos de visitadores en las parroquias que no había.
- Repartir una pequeña encuesta sobre el tema del día del Enfermo, para luego ponerla en común por Arciprestazgos.

El día 29 de abril de 1992 tuvimos el primer encuentro de toda la Vicaría para poner en común dicha encuesta y exponer cómo se iba a celebrar el día del Enfermo en una parroquia de cada Arciprestazgo. Un ponente dio una charla alusiva al tema de la encuesta.

Tengo que decir que a partir de marzo de 1992 se empiezan a dar charlas formativas en los cuatro Arciprestazgos.

En reunión de septiembre del Equipo de Vicaría se queda de acuerdo que en los Arciprestazgos de Torrero, San José y Las Fuentes serán las charlas cada dos meses y en la MIDE todos los meses.

También vimos la importancia de comenzar el curso con una tarde de retiro en octubre, donde nos ayudarán con una charla Espiritual el Vicario, tiempo de reflexión, Eucaristía y finalmente convivencia compartiendo la merienda. Se viene haciendo desde octubre de 1992 y son unas 200 personas las que asisten, entre ellos varios sacerdotes.

En el curso 1992-93 ya se tienen perfilados los objetivos por Arciprestazgos y la programación de las charlas de las cuales se pone a vuestra disposición folletos informativos.

Seguimos teniendo estos dos encuentros de Vicaría: reunión previa al día del Enfermo, para poner en común el resultado del trabajo del tema que se nos manda del Secretariado Nacional y el Retiro de principio de curso.

Creemos que es muy positiva la coordinación por Arciprestazgos y luego la coordinación por Vicarías.

DESDE EQUIPOS PARROQUIALES DE CIUDADES

SEVILLA - SAN JACINTO

Nuestra parroquia, situada en el popular barrio de Triana y con una población de unas 8.000 personas,

está dirigida por una Comunidad de Dominicos. Cuenta con un grupo de Pastoral de la Salud que comenzó sus actividades en el curso 85-86, si bien los componentes del mismo hemos cambiado a lo largo de este tiempo. Actualmente, está formado por nueve personas.

Tras una primera fase dedicada fundamentalmente a su propia formación y a la visita a los enfermos, el grupo, dentro de su evolución y manteniendo siempre estas actividades, se planteó la *necesidad de potenciar la formación, concienciación y sensibilización del resto de la Comunidad Parroquial en temas de Salud y Enfermedad*. Esta necesidad surgió, por un parte, de la constatación de la falta de preparación para afrontar el dolor y el sufrimiento que generalmente existe en la sociedad y, por otra, del convencimiento de que el grupo actúa siempre como enviado de la Comunidad Parroquial.

Para intentar lograr este objetivo, se iniciaron algunas actuaciones:

- Con motivo de la celebración del Día del Enfermo, se ha venido ofreciendo la posibilidad de acudir a los distintos grupos interesados en tratar la Catequesis de cada año. A lo largo de estos últimos, se ha encontrado distinta respuesta, existiendo una mayor acogida en los de Catequesis de Adultos, Catequesis de Infancia, Escuela de Catequistas, Orden Seglar y algunos otros, con menos asiduidad.
- En ocasiones, se tiene contacto con otros grupos tales como Cáritas o Pastoral Familiar, con lo que se comparten asuntos y preocupaciones. Conjuntamente con ellos, se organizó hace unos cuatro años, una Asamblea en la que se explicó la actividad que desarrolla cada uno.
- En el Boletín Informativo de la Parroquia de marzo de 1997, se publicó un pequeño artículo titulado: «Quiénes somos, qué hacemos: Pastoral Sanitaria», en el que brevemente se describían las actividades de la Pastoral de la Salud y como se lleva a cabo en el grupo concreto de San Jacinto.
- Por otro lado, mediante la participación en el Consejo de Acción Pastoral y en el resto de actividades de la Parroquia, se intenta hacer presente el mundo de la salud y la enfermedad, integrándolo en el conjunto de las acciones pastorales.

Hemos de decir que, en todo momento, hemos contado con el apoyo y la colaboración tanto del párroco como del resto de la Comunidad de Dominicos, para el desarrollo de nuestra labor.

Poco a poco, se va notando un cambio de mentalidad en parte de la Comunidad. Se va teniendo asumida la necesidad de que exista un grupo de Pastoral de la Salud y se empieza a distinguir sus funciones, de la labor puramente «asistencialista» a las personas enfermas, pero la participación e integración en nuestra tarea aún es pequeña.

La parroquia hace mención especial en las Eucaristías de todos los miércoles del año, que se aplican a los en-

fermos. En general las celebraciones, tanto las Eucaristías como las que tienen lugar en los tiempos litúrgicos fuertes, creemos que tienen un carácter sanante, en el sentido de propiciar una relación personalizada y solidaria, libre y abierta al Amor de Dios. Nos confirma nuestra impresión, el que muchas personas que no pertenecen geográficamente a la parroquia, viven su fe en ella, algunas comprometiéndose en actividades concretas y otras simplemente participando en las celebraciones.

Así mismo, detectamos ciertos *signos de sensibilización e interés*, muchas veces sin que la propia Comunidad sea consciente de ellos.

Podemos citar algunos:

- Ha existido una preocupación por eliminar las barreras arquitectónicas que impedían el acceso a minusválidos, instalando una rampa y manteniendo puertas exteriores abiertas, para salvar desniveles y obstáculos.
- Algunos grupos han incluido entre sus actividades, temas relacionados con salud y enfermedad. Como ejemplo, Pastoral Familiar organizó unas jornadas sobre «Juventud y Familia», en las que desarrolló el tema de la anorexia nerviosa. De igual forma, uno de los grupos de jóvenes, dentro de su programa de formación, trató el tema del dolor y el sufrimiento.
- De otra parte, contamos con profesionales sanitarios, comprometidos en diversas actividades de la Comunidad, que llevan la presencia de la parroquia al hospital, cuando hay enfermos ingresados.
- También nos consta que algunos componentes del Grupo Joven, son a su vez miembros de FRATER (Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos), participando activamente en esta asociación. Uno de ellos, publicó en el Boletín ya citado, un artículo sobre la situación de personas con minusvalía.
- En el mismo Boletín Informativo, se ha dado cabida también a un escrito enviado por una componente de ADAC (Asociación para las deficiencias del crecimiento y el desarrollo), exponiendo sus actividades y problemática.
- En la zona existe un comedor de transeúntes, en el que una gran proporción de las personas que acuden son enfermos mentales, y con el que colabora asiduamente la parroquia, participando voluntarios que los atienden.

Por último, una ONG, Acción Verapaz, está iniciando su actuación entre nosotros. En sus preocupaciones y proyectos de desarrollo, ocupa un lugar importante la Salud en el Tercer y Cuarto Mundos.

De todas formas, somos conscientes de que aún queda mucho por hacer. Sería necesario seguir potenciando una mayor relación, conocimiento y coordinación entre los grupos, así como una mayor participación.

Aún así, mantenemos la esperanza de que algún día todo esto será realidad en nuestra parroquia.

DESDE EQUIPOS PARROQUIALES DE PUEBLOS PEQUEÑOS

SANTA MARÍA DE LAS NIEVES. ALANIS DE LA SIERRA (SEVILLA)

Nuestro equipo nace como el fruto de unos encuentros de oración, que se venían celebrando desde hacía dos años, una vez al mes con el sacerdote.

Somos un equipo muy joven en lo referente al camino recorrido como tal en este área de la Pastoral de la Salud, como compromiso cristiano, el trabajar con los enfermos y todo lo que les rodea (familiares, personal sanitario, etc.), ya que era una de las parcelas olvidadas y abandonadas de la acción pastoral parroquial.

Las actividades de nuestro equipo durante el curso son en primer lugar la formación en todo lo referente a la Pastoral de la Salud, segundo la visita y el acompañamiento a enfermos y familiares en nombre de la Iglesia de Jesucristo, de la que formamos parte y a la que pertenecemos y, tercero, nuestros encuentros a nivel arcipresbital con otros equipos parroquiales.

Por primera vez, y en el pasado curso, en la Celebración del Día del Enfermo, que también es una de nuestras actividades a llevar a cabo, recibieron el sacramento de la Unción un total de 47 personas (30 en la parroquia, dentro de la Eucaristía de este día, y 17 en sus casas). Previamente se celebraron e impartieron unas catequesis sobre dicho sacramento.

Nos reunimos cada quince días. Y en nuestras reuniones, dedicamos un tiempo en primer lugar a la oración; otro a compartir las experiencias de quiénes visitamos y acompañamos a los enfermos y familiares; y otro momento lo dedicamos a la formación.

El material de formación que estamos tratando y reflexionando es OPCIÓN PREFERENCIAL POR LOS ENFERMOS. Hemos terminado la primera etapa y en este curso comenzaremos la segunda, sin abandonar las otras actividades.

Hay otra actividad que no hemos mencionado hasta ahora, y es nuestra preocupación por los enfermos hospitalizados de nuestra parroquia y sus familiares que están junto a ellos. Tenemos una relación con ellos mediante los capellanes de los hospitales de la capital de provincia.

El equipo está formado por un total de trece personas la mayoría mujeres, entre ellas algunas enfermas. También contamos con la presencia, en medio de nosotros, del sacerdote de nuestra parroquia, que nos anima y ayuda, y hasta el día de hoy es el responsable de nuestro equipo.

También en el curso pasado hemos hecho un trabajo conjunto de reflexión y estudio con el equipo de Cáritas Parroquial sobre Caridad y Pobreza, del Congreso que se está celebrando en nuestra diócesis.

Y, finalmente, estamos en contacto con la Asociación

de Diabéticos que a nivel local se ha constituido, por medio de nuestro sacerdote que es su secretario. Y, con la comarcal de la que es vicepresidente.

GARCIAZ (CÁCERES)

Su población es de unos 1.050 habitantes aproximadamente. Su situación geográfica y orográfica está entre las proximidades a las llanuras de Trujillo y las faldas de la Sierra de las Villuercas, lugar donde se alberga el Monasterio de Guadalupe.

De su historia del pasado, hoy se conserva en Garciaz, una pequeña Ermita dedicada a la Virgen de la Caridad. Es parte de lo que fue un sencillo hospital, creado por un grupo de personas de la localidad. Así reza «Cofradía de la Santa Caridad, constituida en el año 1.574 por once varones». «Ítem, que los nuestros Visitadores y Oficiales visiten la cárcel pública de esta villa dos veces en cada semana, y así mismo... sean obligados a visitar los enfermos pobres cada día».

¿Cómo surge, ahora, este pequeño grupo de Pastoral de la Salud o Visitadoras de enfermos?

Comenzó en el año 1991 con motivo de la visita que hizo D. Demetrio García, Delegado Diocesano de la Pastoral de la Salud. Nos animó y nos habló de los enfermos. Entonces nos animamos y empezamos a trabajar con los enfermos que había en el pueblo.

Estamos un grupo de 21 Visitadoras y atendemos a *unos cuarenta enfermos, responsabilizándonos cada pareja de tres enfermos.*

Esta labor que hacemos, la gente del pueblo, nos dicen que es una obra buena, que está bien; otros, nos consideran como personas pesadas, que vamos a molestar.

Los enfermos que normalmente los visitamos dos veces al mes, se sienten muy contentos y nos dicen que vamos más veces. Les gusta que les comentemos cosas que pasan en el pueblo, y especialmente los que no salen de casa, nos preguntan por «fulana», «mengana», por lo que ellos conocen...

También, nos comentan ¡cómo está la juventud!, que en sus tiempos no había nada de estas cosas que hay ahora. Nosotras les decimos que hay también juventud buena y que hacen muchas cosas.

Nos acercamos a los enfermos con mucho cariño, con mucho amor, con mucha delicadeza. Vamos a escucharles y a ver qué nos dicen ellos. Y, contestamos a lo que nos preguntan. Les hablamos de Dios, cuando sale la conversación y unas veces sale de una manera y otras veces de otra; también cuando ellos nos preguntan.

Durante el curso tenemos una reunión mensual con los sacerdotes, el primer jueves de cada mes, a la vez que también ese día se les lleva la comunión a los que lo desean.

El Día del Enfermo lo celebramos con la invitación que los sacerdotes hacen a la Comunidad desde la Misa

DESDE EQUIPOS PARROQUIALES DE PUEBLOS PEQUEÑOS

SANTA MARÍA DE LAS NIEVES. ALANIS DE LA SIERRA (SEVILLA)

Nuestro equipo nace como el fruto de unos encuentros de oración, que se venían celebrando desde hacía dos años, una vez al mes con el sacerdote.

Somos un equipo muy joven en lo referente al camino recorrido como tal en este área de la Pastoral de la Salud, como compromiso cristiano, el trabajar con los enfermos y todo lo que les rodea (familiares, personal sanitario, etc.), ya que era una de las parcelas olvidadas y abandonadas de la acción pastoral parroquial.

Las actividades de nuestro equipo durante el curso son en primer lugar la formación en todo lo referente a la Pastoral de la Salud, segundo la visita y el acompañamiento a enfermos y familiares en nombre de la Iglesia de Jesucristo, de la que formamos parte y a la que pertenecemos y, tercero, nuestros encuentros a nivel arcipresbital con otros equipos parroquiales.

Por primera vez, y en el pasado curso, en la Celebración del Día del Enfermo, que también es una de nuestras actividades a llevar a cabo, recibieron el sacramento de la Unción un total de 47 personas (30 en la parroquia, dentro de la Eucaristía de este día, y 17 en sus casas). Previamente se celebraron e impartieron unas catequesis sobre dicho sacramento.

Nos reunimos cada quince días. Y en nuestras reuniones, dedicamos un tiempo en primer lugar a la oración; otro a compartir las experiencias de quiénes visitamos y acompañamos a los enfermos y familiares; y otro momento lo dedicamos a la formación.

El material de formación que estamos tratando y reflexionando es OPCIÓN PREFERENCIAL POR LOS ENFERMOS. Hemos terminado la primera etapa y en este curso comenzaremos la segunda, sin abandonar las otras actividades.

Hay otra actividad que no hemos mencionado hasta ahora, y es nuestra preocupación por los enfermos hospitalizados de nuestra parroquia y sus familiares que están junto a ellos. Tenemos una relación con ellos mediante los capellanes de los hospitales de la capital de provincia.

El equipo está formado por un total de trece personas la mayoría mujeres, entre ellas algunas enfermas. También contamos con la presencia, en medio de nosotros, del sacerdote de nuestra parroquia, que nos anima y ayuda, y hasta el día de hoy es el responsable de nuestro equipo.

También en el curso pasado hemos hecho un trabajo conjunto de reflexión y estudio con el equipo de Cáritas Parroquial sobre Caridad y Pobreza, del Congreso que se está celebrando en nuestra diócesis.

Y, finalmente, estamos en contacto con la Asociación

de Diabéticos que a nivel local se ha constituido, por medio de nuestro sacerdote que es su secretario. Y, con la comarcal de la que es vicepresidente.

GARCIAZ (CÁCERES)

Su población es de unos 1.050 habitantes aproximadamente. Su situación geográfica y orográfica está entre las proximidades a las llanuras de Trujillo y las faldas de la Sierra de las Villuercas, lugar donde se alberga el Monasterio de Guadalupe.

De su historia del pasado, hoy se conserva en Garciaz, una pequeña Ermita dedicada a la Virgen de la Caridad. Es parte de lo que fue un sencillo hospital, creado por un grupo de personas de la localidad. Así reza «Cofradía de la Santa Caridad, constituida en el año 1.574 por once varones». «Ítem, que los nuestros Visitadores y Oficiales visiten la cárcel pública de esta villa dos veces en cada semana, y así mismo... sean obligados a visitar los enfermos pobres cada día».

¿Cómo surge, ahora, este pequeño grupo de Pastoral de la Salud o Visitadoras de enfermos?

Comenzó en el año 1991 con motivo de la visita que hizo D. Demetrio García, Delegado Diocesano de la Pastoral de la Salud. Nos animó y nos habló de los enfermos. Entonces nos animamos y empezamos a trabajar con los enfermos que había en el pueblo.

Estamos un grupo de 21 Visitadoras y atendemos a *unos cuarenta enfermos, responsabilizándonos cada pareja de tres enfermos.*

Esta labor que hacemos, la gente del pueblo, nos dicen que es una obra buena, que está bien; otros, nos consideran como personas pesadas, que vamos a molestar.

Los enfermos que normalmente los visitamos dos veces al mes, se sienten muy contentos y nos dicen que vamos más veces. Les gusta que les comentemos cosas que pasan en el pueblo, y especialmente los que no salen de casa, nos preguntan por «fulana», «mengana», por lo que ellos conocen...

También, nos comentan ¡cómo está la juventud!, que en sus tiempos no había nada de estas cosas que hay ahora. Nosotras les decimos que hay también juventud buena y que hacen muchas cosas.

Nos acercamos a los enfermos con mucho cariño, con mucho amor, con mucha delicadeza. Vamos a escucharles y a ver qué nos dicen ellos. Y, contestamos a lo que nos preguntan. Les hablamos de Dios, cuando sale la conversación y unas veces sale de una manera y otras veces de otra; también cuando ellos nos preguntan.

Durante el curso tenemos una reunión mensual con los sacerdotes, el primer jueves de cada mes, a la vez que también ese día se les lleva la comunión a los que lo desean.

El Día del Enfermo lo celebramos con la invitación que los sacerdotes hacen a la Comunidad desde la Misa

del domingo anterior. Y, las Visitadoras vamos a las casas, se lo decimos a los enfermos, les animamos para que vayan a Misa ese día. El que no puede ir solo, vamos a por él en coche. Se ponen muy contentos. Después de Misa, ese día les hacemos unos aperitivos y el grupo de niños de la localidad se visten con el traje regional y cantan y bailan, y a ellos les gusta mucho.

Breve experiencia de los sacerdotes

Nuestra sencilla experiencia de sacerdotes ante esto que vamos viendo, como lo vamos viendo y como lo vamos acompañando.

Somos dos sacerdotes, que llevamos compartiendo nuestro ministerio juntos desde hace unos veintidós años. Hace tres años que llegamos a este pueblo y le atendemos junto con otros tres más, residiendo en el de mayor población, Madroñera, que tiene unos 3.200 habitantes aproximadamente.

García y algún otro pueblo, los tenemos a unos 18 kilómetros del lugar donde residimos.

Nuestro objetivo inmediato ha sido sentirnos partícipes de las cosas suyas, y que este grupo de Visitadoras, se sintieran integradas en el crecer y madurar de la Comunidad en la triple dimensión de *Anuncio, Celebración y Caridad*.

Desde estas tres dimensiones se programa a principio de curso la marcha de la Comunidad y se revisa al final.

Acompañamos al grupo, como ellas dicen, principalmente en ese encuentro mensual, dedicando una parte del mismo a compartir alguna experiencia, pues la vida en el pueblo pequeño es tan cercana y espontánea, que fácilmente se pasa por los hechos sin percibir su riqueza o pobreza.

Otra parte del encuentro la dedicamos a desarrollar con la lectura y el diálogo *el temario de formación, que cada año se nos brinda desde la Comisión Diocesana*.

Potenciamos la participación Arciprestal, que en este campo como en otros, se camina con la animación de Coordinadoras. Igualmente, ayudamos a que se sientan partícipes en los encuentros y jornadas que programa la Delegación Diocesana.

DESDE LA PRESENCIA DE RELIGIOSOS/AS Y DE PROFESIONALES SANITARIOS

PLASENCIA (CÁCERES)

Soy Remedios de Luis, religiosa de la Sagrada Familia de Burdeos. Un Instituto con dos Vocaciones: una *apostólica* y otra *contemplativa*. Nuestro carisma es «*ser y hacer familia*». Esta misión la realizamos a través de distintas tareas: en el mundo de la educación, en la sani-

dad y a través de cualquier tarea parroquial y social. Estamos presentes en todos los continentes.

De niña soñé una noche que Jesús me llamaba a seguirle. La tarea que me encomendaba era «cuidar a los enfermos pobres en misiones», o sea, religiosa-enfermera-misionera.

El sueño se hizo realidad, cuando contaba 17 años después de recibir un día al Señor, sentí en mi interior una fuerte llamada a seguirle. Recordé inmediatamente el sueño de mi infancia y dije al Señor que «sí», fiándome plenamente de su amor y le di gracias. Un año más tarde, después de un proceso de discernimiento con mi director espiritual, entré en el Instituto.

Mi experiencia al lado de los enfermos y familia ha sido tan profunda y rica, «he recibido tanto de los enfermos». Me han hecho madurar como persona. Ha madurado mi fe y de verdad me han evangelizado. Todos los días doy gracias a Jesús por este hermoso regalo de poder servirle en las personas de mis hermanos los enfermos.

En Valencia estuve muchos años en la Clínica de Nuestra Señora de la Esperanza. Allí surgió la idea, en un pequeño grupo formado por dos capellanes, dos religiosas, una de ellas era yo, y algunos laicos valencianos dedicados a visitar enfermos en hospitales. Comenzamos a reunirnos para ver qué podíamos hacer e iniciar una Pastoral Hospitalaria. Contábamos con datos estadísticos: unos diez millones de enfermos pasaban al año por los hospitales españoles. Nos preguntamos: «¿Qué hacemos como Iglesia por la evangelización de este mundo tan complejo de la Sanidad?»

Lo primero fue escribir a la Conferencia Episcopal Española para que alguno de los obispos estuviera al frente de esta pastoral. Nuestros ruegos y los de otros tantos llegaron al Padre de la Misericordia y el año 1970 fue nombrado Mons. Iguacén, obispo entonces de Barbastro.

En 1971, contando con la ayuda de Dios, nos lanzamos a organizar una Jornadas de Pastoral Hospitalaria Regional. Contábamos con el asesoramiento del P. Redrado, hermano de San Juan de Dios. Se celebró en la Facultad de Medicina de Valencia, participó gente de toda España. También asistieron profesores y alumnos de los últimos cursos de Medicina, igual que las alumnas de algunas escuelas de Enfermería. Realmente fue un éxito. Estuvieron presentes Mons. Iguacén y el Arzobispo de Valencia elogiando toda la tarea realizada. De aquí surgió la creación de la Delegación Diocesana de Pastoral de la Salud que con sus altos y bajos sigue su andadura.

De Valencia marché a Perú para fundar una *misión* en un lugar remoto del norte. Esta experiencia de tanta profundidad y riqueza espero contárosla y compartirla con vosotros y vosotras en otra ocasión.

Al volver a España estuve trabajando en un pueblo de Andalucía, en el Hospital de la S.S. de Linares. En el 81 me pidieron venir a Plasencia a trabajar en el Hospital de

del domingo anterior. Y, las Visitadoras vamos a las casas, se lo decimos a los enfermos, les animamos para que vayan a Misa ese día. El que no puede ir solo, vamos a por él en coche. Se ponen muy contentos. Después de Misa, ese día les hacemos unos aperitivos y el grupo de niños de la localidad se visten con el traje regional y cantan y bailan, y a ellos les gusta mucho.

Breve experiencia de los sacerdotes

Nuestra sencilla experiencia de sacerdotes ante esto que vamos viendo, como lo vamos viendo y como lo vamos acompañando.

Somos dos sacerdotes, que llevamos compartiendo nuestro ministerio juntos desde hace unos veintidós años. Hace tres años que llegamos a este pueblo y le atendemos junto con otros tres más, residiendo en el de mayor población, Madroñera, que tiene unos 3.200 habitantes aproximadamente.

García y algún otro pueblo, los tenemos a unos 18 kilómetros del lugar donde residimos.

Nuestro objetivo inmediato ha sido sentirnos partícipes de las cosas suyas, y que este grupo de Visitadoras, se sintieran integradas en el crecer y madurar de la Comunidad en la triple dimensión de *Anuncio, Celebración y Caridad*.

Desde estas tres dimensiones se programa a principio de curso la marcha de la Comunidad y se revisa al final.

Acompañamos al grupo, como ellas dicen, principalmente en ese encuentro mensual, dedicando una parte del mismo a compartir alguna experiencia, pues la vida en el pueblo pequeño es tan cercana y espontánea, que fácilmente se pasa por los hechos sin percibir su riqueza o pobreza.

Otra parte del encuentro la dedicamos a desarrollar con la lectura y el diálogo *el temario de formación, que cada año se nos brinda desde la Comisión Diocesana*.

Potenciamos la participación Arciprestal, que en este campo como en otros, se camina con la animación de Coordinadoras. Igualmente, ayudamos a que se sientan partícipes en los encuentros y jornadas que programa la Delegación Diocesana.

DESDE LA PRESENCIA DE RELIGIOSOS/AS Y DE PROFESIONALES SANITARIOS

PLASENCIA (CÁCERES)

Soy Remedios de Luis, religiosa de la Sagrada Familia de Burdeos. Un Instituto con dos Vocaciones: una *apostólica* y otra *contemplativa*. Nuestro carisma es «*ser y hacer familia*». Esta misión la realizamos a través de distintas tareas: en el mundo de la educación, en la sani-

dad y a través de cualquier tarea parroquial y social. Estamos presentes en todos los continentes.

De niña soñé una noche que Jesús me llamaba a seguirle. La tarea que me encomendaba era «cuidar a los enfermos pobres en misiones», o sea, religiosa-enfermera-misionera.

El sueño se hizo realidad, cuando contaba 17 años después de recibir un día al Señor, sentí en mi interior una fuerte llamada a seguirle. Recordé inmediatamente el sueño de mi infancia y dije al Señor que «sí», fiándome plenamente de su amor y le di gracias. Un año más tarde, después de un proceso de discernimiento con mi director espiritual, entré en el Instituto.

Mi experiencia al lado de los enfermos y familia ha sido tan profunda y rica, «he recibido tanto de los enfermos». Me han hecho madurar como persona. Ha madurado mi fe y de verdad me han evangelizado. Todos los días doy gracias a Jesús por este hermoso regalo de poder servirle en las personas de mis hermanos los enfermos.

En Valencia estuve muchos años en la Clínica de Nuestra Señora de la Esperanza. Allí surgió la idea, en un pequeño grupo formado por dos capellanes, dos religiosas, una de ellas era yo, y algunos laicos valencianos dedicados a visitar enfermos en hospitales. Comenzamos a reunirnos para ver qué podíamos hacer e iniciar una Pastoral Hospitalaria. Contábamos con datos estadísticos: unos diez millones de enfermos pasaban al año por los hospitales españoles. Nos preguntamos: «¿Qué hacemos como Iglesia por la evangelización de este mundo tan complejo de la Sanidad?»

Lo primero fue escribir a la Conferencia Episcopal Española para que alguno de los obispos estuviera al frente de esta pastoral. Nuestros ruegos y los de otros tantos llegaron al Padre de la Misericordia y el año 1970 fue nombrado Mons. Iguacén, obispo entonces de Barbastro.

En 1971, contando con la ayuda de Dios, nos lanzamos a organizar una Jornadas de Pastoral Hospitalaria Regional. Contábamos con el asesoramiento del P. Redrado, hermano de San Juan de Dios. Se celebró en la Facultad de Medicina de Valencia, participó gente de toda España. También asistieron profesores y alumnos de los últimos cursos de Medicina, igual que las alumnas de algunas escuelas de Enfermería. Realmente fue un éxito. Estuvieron presentes Mons. Iguacén y el Arzobispo de Valencia elogiando toda la tarea realizada. De aquí surgió la creación de la Delegación Diocesana de Pastoral de la Salud que con sus altos y bajos sigue su andadura.

De Valencia marché a Perú para fundar una *misión* en un lugar remoto del norte. Esta experiencia de tanta profundidad y riqueza espero contárosla y compartirla con vosotros y vosotras en otra ocasión.

Al volver a España estuve trabajando en un pueblo de Andalucía, en el Hospital de la S.S. de Linares. En el 81 me pidieron venir a Plasencia a trabajar en el Hospital de

la S.S. viviendo en una comunidad de Inserción de un Barrio, el Rosal de Ayala y en la parroquia Cristo Resucitado, donde llevo 17 años.

En el conjunto de la pastoral parroquial había un grupo de mujeres que el sacerdote las reunía una vez al mes. Motivadas desde la palabra de Dios y la oración, visitaban a los enfermos del barrio en nombre de la comunidad parroquial. Pasado algún tiempo y contando con el sacerdote me encargué yo del grupo. Continuamos trabajando un pequeño libro que los hermanos de San Juan de Dios habían editado: «¿Qué es la pastoral sanitaria?». Posteriormente editaron otro: «Pastoral de enfermos en parroquias y hospitales», que también trabajamos con mucho interés. Algunas tuvieron que hacer un curso de alfabetización para poderlo estudiar, pues todas querían tener su libro y leerlo. Ha sido una experiencia muy bonita con estas mujeres.

En el año 80 se editó en Bruselas: «La comunidad cristiana y los enfermos». En el que se confirma el valor de la Pastoral Sanitaria que se realiza desde las comunidades parroquiales. Nuestro grupo fue tomando conciencia de que tenía que crecer. Hicimos nuestro proyecto de vida. Nos revisábamos periódicamente. Y empezamos a sentir la necesidad de una mayor formación. Conocí a Filiberto, entonces Delegado de Pastoral de la Salud de León. Le invité a venir a Plasencia. Nos iluminó en muchos aspectos. Mutuamente nos enriquecimos. A este encuentro invitamos a personas de otras parroquias de la ciudad. Vinieron bastantes.

En la visita pastoral hablé con el Sr. Obispo. Al preguntarle sobre la naturaleza sanitaria en la parroquias mostró su extrañeza y desconocimiento del tema. Sobre esa cuestión, me dijo: «ya se encargarán los sacerdotes de visitar a los enfermos».

Seguí hablando con el entonces Vicario General, D.

Demetrio García, hoy Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud, insistiendo a tiempo y a destiempo, a la vez que pedía a Jesús que les iluminara y se hiciera algo a nivel de diócesis. Por fin llegó el momento, él convocó a todos los sacerdotes del arciprestazgo para que enviaran a todos los voluntarios de las parroquias donde daríamos una charla informativa sobre la Pastoral Sanitaria en las parroquias. En aquel encuentro hubo mujeres que se decantaron por ser visitadoras de enfermos. En el año 86, se constituyó la Coordinadora interparroquial compuesta por: un sacerdote, capellán del Hospital, dos religiosas sanitarias y un responsable por cada una de las once parroquias de la ciudad de Plasencia.

Empezamos a funcionar preparando junto el Día del Enfermo, lo vinimos haciendo durante bastantes años en la Catedral, en el santuario de Nuestra Señora del Puerto, movilizándolo a mucha gente; Policía Municipal, Cruz Roja, Ayuntamiento y otras asociaciones para que nos ayudaran. También la Prensa y la Radio estuvieron presentes. Se preparaba muy bien para que los enfermos y ancianos disfrutaran de su DÍA. Hoy en día los sacerdotes han tomado conciencia que lo deben celebrar en sus parroquias.

Desde entonces me he movido por la diócesis, antes con el que fue Vicario General y que ahora es Delegado, haciendo cursos de sensibilización, iniciación, profundización a los distintos grupos, temas relacionados con la Pastoral de Salud. Con motivo del Día del Enfermo recorreremos la diócesis.

Cada día doy gracias a Dios porque el mundo de los enfermos está mejor atendido, porque las comunidades parroquiales van tomando conciencia de su tarea evangelizadora en el mundo de la salud y de la enfermedad, acompañando las distintas etapas de sus feligreses, *siendo comunidades sanas y sanadoras*.

BancSabadell



La Pastoral de la Salud en las Parroquias

Conclusiones

FRANCISCO AZCONA
SAN MARTÍN

Comisión
de Pastoral Sanitaria Parroquial.
Director de la Oficina
de Estadística y Sociología.
Conferencia Episcopal Española

Los expertos en Pastoral Sanitaria señalan que funciona bien la pastoral de enfermos en las parroquias. La institución parroquial sigue cumpliendo hoy un papel importante en este quehacer.

La Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial, dependiente del Secretariado Nacional de Pastoral sanitaria, y que coordina la Dra. Amalia Rodríguez Bernal, ha llevado a cabo una encuesta que intenta recoger el verdadero alcance y presencia de esta pastoral en las parroquias de España.

Sus resultados, suficientemente analizados a la luz de la estadística, nos muestran el pulso de la Pastoral Sanitaria en los organismos vivos que son las comunidades parroquiales.

A partir de ahora resultará difícil hablar de la actividad pastoral con los enfermos en las parroquias, sin hacer mención a los datos que el presente estudio nos ofrece. Estudio que, repetimos, impulsado por la Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial, ha coordinado Francisco Azcona San Martín, Director de la Oficina de Estadística y Sociología de la Conferencia Episcopal Española.

Ya continuación de ello, publicamos las Conclusiones a las que el subsector de Pastoral Sanitaria ha llegado

en el recientemente celebrado Congreso Nacional sobre la Parroquia Evangelizadora.

Creemos que ambos documentos suponen un magnífico material para quienes nos movemos en este campo. LABOR HOSPITALARIA así lo estima y por eso no ha dudado en ofrecérselo a sus lectores.

Los expertos en Pastoral Sanitaria señalan que se da un resurgir de la pastoral de enfermos en las parroquias. La institución parroquial sigue cumpliendo hoy un papel importante en este quehacer.

La Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial elaboró un cuestionario con el fin de conocer la realidad actual de la pastoral de enfermos en las parroquias y poder, sobre esa base, elaborar las orientaciones y programar las acciones para responder a las necesidades reales de esta pastoral. Las encuestas cumplimentadas recibidas son la base de este informe.

SENSIBILIZACIÓN DE LAS PARROQUIAS EN LA PASTORAL SANITARIA

Se da una sensibilización general, de cara a la atención a los enfermos. La mayor parte de las parroquias se enteran habitualmente de los enfermos, se les visita incluso. Esto no quiere decir una visita a todos los enfermos, sino que, habitualmente, se visita a los enfermos, está organizado el servicio. Hay conciencia y, voluntad de visitarlos.

Solamente el 1,1 % de las parroquias dicen no visitar a los enfermos; son especialmente parroquias urbanas que no se enteran de la existencia de los mismos. Se trata de un elemento pastoral importante y tradicional.

La visita domiciliaria es muy importante y la única que se realiza en una tercera parte de las parroquias, mien-

tras que 2/3 partes lo hacen conjuntamente en casa y en el hospital. La visita a los enfermos de la parroquia, únicamente en sus casas, es, significativamente más alta, en las parroquias rurales, en aquellas que o no se enteran de los enfermos o lo hacen por medio de familiares, en aquellas que visitan a los enfermos solamente los sacerdotes o solamente los visitadores y en aquellas que no difunden el testimonio evangélico de los enfermos en la parroquia. Sin embargo, la visita a los enfermos, tanto en casa como en el hospital, es más frecuente en las parroquias urbanas, de 5 a 10.000 habitantes, y en aquellas en las que se realiza esta visita por el sacerdote y los visitadores.

Menos frecuente que la visita a los enfermos es la educación a la comunidad parroquial, mediante catequesis y otros medios, sobre la realidad del dolor y la enfermedad en la vida humana. Ésta se realiza sólo ocasionalmente. El dolor y la enfermedad es algo que escandaliza al hombre, por sí mismo, hace falta una educación religiosa para ver su sentido. Es una prueba que el hombre tiene que pasar para encontrar a Dios Padre. Sin embargo, en la gran mayoría de las parroquias (68,8 %) sólo se lleva a cabo esa educación ocasionalmente. El 10 % de las parroquias no lo hacen nunca. Este porcentaje se eleva al 36,1 % en aquellas parroquias que no se enteran de la existencia de los enfermos. Esa educación es más frecuente en las parroquias de Castilla, del Sur y del Noroeste y menos en las de Navarra, País Vasco y Aragón a excepción de Tuel; también en las de la zona Este: Levante y Cataluña.

Una tercera parte dice que existen barreras arquitectónicas que dificultan el acceso de los enfermos a la iglesia y a las dependencias de la parroquia. De ellas, la mitad afirma que no se ha hecho nada para eliminar esas barreras, mientras que la otra mitad dice que se está tratando de eliminarlas. Tienen conciencia de que existen pero no se hace nada por eliminarlas, con porcentajes significativamente más altos, en la zona Norte y Sur; mientras que en el Noroeste y en el Este estos porcentajes son menores, tratan de eliminar esas barreras con más intensidad en el Este y con menos intensidad que la media nacional en Andalucía, Castillas, Norte y Noroeste de España.

Para el 59,2 % de las parroquias españolas no existen barreras arquitectónicas que dificulten el acceso de los enfermos a la Iglesia y a las dependencias de la parroquia. Al menos ésa es la impresión de quienes respondieron a la encuesta. Hay menos barreras, o menos conciencia de que existen, en las parroquias pequeñas y en la zona del Noroeste español (piensan que no existen el 79,8 % de las parroquias de esta zona). Mientras que en la zona Este son muchas menos las parroquias que, proporcionalmente, dicen que no existen tales barreras.

Resumiendo este apartado:

- Se observa una sensibilización generalizada, al respecto a la visita tradicional a los enfermos; convendría revisar la manera como se realiza esa visita, ya que es muy frecuente y puede ser un instrumento de pastoral importante.

- Parece que hay que dar más importancia a la educación a la comunidad parroquial sobre la realidad del dolor y la enfermedad en la vida humana.
- También conviene insistir en tratar de eliminar las barreras arquitectónicas que dificultan el acceso de los enfermos a la iglesia y dependencias de la parroquia y en concienciar sobre su existencia.

RASGOS O CARACTERÍSTICAS DE LA PASTORAL SANITARIA EN LAS PARROQUIAS

CONCRECIÓN DEL COMPROMISO

Casi en la mitad de las parroquias hay una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo (48,8%). Esta preocupación parece ser mayor en las parroquias entre 1.000 y 10.000 habitantes, en las que visitan a los enfermos los sacerdotes y los visitantes y en las que se valora y difunde el testimonio evangélico de los enfermos. Esta preocupación parece ser mayor en la zona Este de España (56,4%) y menos en la Noroeste (39,5%).

Algo más de la tercera parte de las parroquias dicen que en ellas no se da una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo (38,6%). Esta falta de preocupación parece alcanzar a un número excesivo de parroquias, por lo que éste puede ser uno de los objetivos pastorales.

Dos de cada cinco parroquias dicen que se intenta canalizar los problemas socio-sanitarios de los enfermos, a fin de conseguir las prestaciones que proceden. Un número similar de parroquias dicen que no realizan tales intentos. El resto no sabe o no contesta.

Todavía es menor la proporción de parroquias comprometidas en la solución de los problemas sanitarios de su territorio. Las que así lo manifiestan alcanzan el 32,1%, mientras que el 47,2% de ellas dicen que no tienen este tipo de compromisos. El compromiso a este nivel es mayor en las parroquias del Norte que en las del Este y Sur.

Vemos que la sensibilización general sobre la defensa de los derechos del enfermo no es muy grande y desciende cuando se trata de la concreción del compromiso. Quizá una buena política de Pastoral nos obligaría a insistir en estos aspectos.

PASTORAL SACRAMENTAL

Dos de cada tres parroquias llevan la comunión a los enfermos con alguna regularidad: bien mensual o bien semanalmente. El resto llevan la comunión sólo al-

guna vez o en fechas especiales. Las parroquias tienen, pues, establecido el servicio para llevar la comunión a los enfermos. En las zonas urbanas este servicio es más frecuente que en las rurales, también tienen más enfermos. En las parroquias pequeñas el servicio de comunión es menos frecuente. Casi todas las parroquias cumplen, de alguna manera, con este servicio sacramental tradicional.

Mientras que en la zona del Noroeste de España es más frecuente la comunión esporádica, en las zonas de Castilla y del Sur son más las parroquias que realizan este servicio semanalmente. La frecuencia mensual está más extendida en el Este y en el Norte.

Un 10% de las parroquias celebran la Eucaristía en casa del enfermo, mientras que la mayoría de las parroquias no lo hacen. Parece estar más extendida la celebración en el Norte y en Castilla que en el Este y en el Sur.

La Unción de los enfermos en su casa está muy extendida y alcanza a la mayoría de las parroquias (92,8%), pero de todos ellos, casi la mitad solamente la administran «in extremis».

La celebración comunitaria de la Unción de los enfermos va ganando terreno, pero todavía no alcanza a la mitad de las parroquias. La preparación de esta celebración se realiza en una cuarta parte de las parroquias. De ellas, la mitad solamente preparan a los que reciben la Unción y la otra mitad a toda la comunidad.

Vemos, pues, que casi todas las parroquias llevan la comunión a los enfermos y dan la Unción en su casa. Otros aspectos sacramentales que significarían una pastoral más desarrollada, como las celebraciones comunitarias de la Unción, la educación de la comunidad en el dolor y las preparaciones de las celebraciones comunitarias, son escasas. Esto nos está indicando por dónde debemos seguir en la pastoral: sin dejar lo tradicional, conviene insistir en estos otros elementos.

RESPONSABILIDAD DEL SEGLAR

Teniendo en cuenta la presencia de los seglares en los diversos aspectos de la Pastoral Sanitaria, podemos establecer varios tipos de parroquias:

- El 15% de las parroquias dan una acogida fuerte al seglar en la Pastoral de Enfermos. Así en el 15% de las parroquias se enteran habitualmente de la existencia de enfermos por medio de visitantes; en el 15% de las parroquias lleva la comunión un ministro extraordinario; en el 14,5% de las parroquias un seglar es responsable y animador del grupo de pastoral de enfermos. Por estos indicadores vemos que la responsabilidad del seglar, en un grado bastante alto, alcanza a ese porcentaje de las parroquias españolas.
- Hay otro tipo de parroquias en las que la corresponsabilidad es menor, pero alcanza unos niveles dignos de

tenerse en cuenta. Este segundo círculo de corresponsabilidad alcanzaría en torno al 35 o 40 % de las parroquias. Así, el 4,7 % de las parroquias se entera habitualmente de los enfermos por medio de la familia. En el 42 % de las parroquias visitan a los enfermos tanto los sacerdotes como los visitantes o conjuntamente. En el 38 % de las parroquias existe algún grupo organizado por la parroquia específicamente para la atención parroquial de los enfermos. Se ve, pues, otro tipo de corresponsabilidad menor que abarca a un círculo mayor de parroquias.

- En el resto de las parroquias el sacerdote realiza prácticamente todas sus labores. El papel del sacerdote es importantísimo en esta pastoral de enfermos, ya que el 96 % de las parroquias visita a los enfermos, en el 83 % lleva la comunión a los enfermos él personalmente.

Por regiones, las parroquias con mayor participación de laicos son más frecuentes en el Sur y en el Este. Con menos participación de los laicos en el Norte, Noroeste y en Castillas.

DIMENSIÓN COMUNITARIA

Parece que la dimensión comunitaria de la pastoral de enfermos está más desarrollada en un número de parroquias que no sobrepasa la cuarta parte. Más bien, podríamos decir que se sitúa entre el 13 % y el 23 %. Así, en el 23 % de las parroquias se celebra, al menos una vez al año, la Unción de los enfermos de manera comunitaria. Esta Unción comunitaria se administra a los enfermos y ancianos limitados y, en algunos casos (12,6 %), sólo a los enfermos. Pero la preparación de esa celebración de la Unción comunitaria sólo se realiza, con catequesis para todos los que lo van a recibir y para toda la comunidad, en el 13 % de las parroquias. Asimismo, solamente en el 15,9 % de las parroquias se educa con frecuencia a la comunidad parroquial sobre el dolor y la enfermedad.

Esa dimensión comunitaria parece alcanzar a menos parroquias en la zona del Noroeste, Sur, Norte y Castillas. Por el contrario, alcanza mayor número de parroquias en la zona de Cataluña y Levante.

INTEGRACIÓN DEL ENFERMO

Queremos saber en este apartado si las comunidades parroquiales integran al enfermo como a un miembro activo de ellas, personalizándolo, o, por el contrario, tratan al enfermo como si fuese una cosa, algo a lo que hay que atender, o como un objeto con el que hay que desarrollar una acción pastoral.

La primera impresión es que existen dos niveles de integración: hay un tipo de integración que supera abun-

dantemente la mitad de las parroquias: se cuenta con el enfermo, se difunde su testimonio, se le informa, se le tiene presente en la oración de la comunidad y se le pide que rece por intenciones concretas. Este ya es un grado de integración en la vida comunitaria. Se le valora, se le tiene en cuenta y al mismo tiempo se solicita su colaboración con la propia comunidad.

Hay otro tipo de integración en la vida parroquial a través de grupos organizados. Este tipo de integración del enfermo llega a muchas menos parroquias. Se sitúa en torno al 16,8 % de las mismas. Son las que tienen enfermos en grupos de pastoral sanitaria o en otros grupos de la parroquia, integrándolos como miembros activos en organizaciones permanentes.

Esta integración del enfermo en grupos organizados es mayor en las parroquias urbanas (25 %); en las parroquias grandes, de 5 a 10.000 habitantes (oscila entre el 21 % y el 29 % en las parroquias); en aquellas que tienen visitantes de enfermos (27-29 %), en las zonas de Castilla (20 %) y de Cataluña y de Levante (22 %). Es menor en el Sur de España (13 %) y, sobre todo, en la zona del Noroeste (4 % de las parroquias).

En cuanto a la integración del enfermo en la vida parroquial, descubrimos una relación intensa entre esos factores:

- Aquellas parroquias en las que se recoge, valora y difunde el testimonio evangelizador de los enfermos son, al mismo tiempo, las que manifiestan una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo, intentan canalizar sus problemas sociosanitarios a fin de conseguir las prestaciones que procedan, están comprometidas en las soluciones de los problemas sanitarios de su territorio, se les informa de las actividades de la parroquia, se les tiene habitualmente presentes en la oración de la comunidad, se les pide que recen por intenciones concretas; sus enfermos están más integrados en los grupos de Pastoral Sanitaria o en otros grupos de la parroquia, existen más grupos organizados por la parroquia específicamente para la atención pastoral de los enfermos; al mismo tiempo, son las parroquias que tienen organizados grupos de contacto o reuniones con miembros de otros sectores pastorales. Al asociarse todos estos factores, podemos concluir que esas parroquias tienen conjuntamente todas esas características.
- Vemos también asociados todos estos factores: las parroquias que no recogen, ni valoran, ni difunden el testimonio evangélico de los enfermos son, al mismo tiempo, las que no celebran comunitariamente la Unción de los enfermos de la parroquia y, si la celebran, no la preparan; no educan a la comunidad parroquial mediante catequesis y otros medios sobre la realidad del dolor y la enfermedad en la vida humana; son las parroquias que no muestran una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo; que no intentan canalizar sus problemas socio-sanitarios a fin

de conseguir las prestaciones que procedan; que no están comprometidas en la solución de los problemas sanitarios de su territorio; son las parroquias en las que no se informa de las actividades de la parroquia a los enfermos, que no se les tiene habitualmente presentes en la oración de la comunidad, que no se les pide que recen por intenciones concretas; que no tienen enfermos integrados en grupos de Pastoral Sanitaria o en otros grupos de la parroquia; tampoco tienen organizados grupos para la atención pastoral de los enfermos, ni tienen grupos de contacto o reuniones con miembros de otros sectores pastorales. Serían los signos de una pastoral más bien descuidada o que únicamente alcanza a los elementos tradicionales y meramente sacramentales o de visita a los enfermos.

En conclusión, haciendo una tipología desde este punto de vista de la integración del enfermo en la parroquia, señalo tres tipos:

- Parroquias, en torno al 15 % de las mismas, en las que esa integración es mayor, en las que la Pastoral Sanitaria llega a unos límites más altos.
- Otro círculo más extenso, que supera la mitad de las parroquias, en las que se dan unos grados de integración interesantes y dignos de tenerse en cuenta, sin que sean altos.
- Un tercer círculo en el que no se aprecian signos de integración del enfermo.

Pastoralmente convendría que estas parroquias, situadas en círculos de integración menor, caminasen hacia una mayor integración.

ORGANIZACIÓN DE LA PASTORAL SANITARIA EN LAS PARROQUIAS

GRUPOS ORGANIZADOS DE PASTORAL DE ENFERMOS

En la encuesta preparada para el Congreso de Parroquia Evangelizadora, se hizo una pregunta similar a la que aquí se estudia. Las respuestas eran solamente sí o no. Según esta encuesta, el 37,6 % de las parroquias tienen algún grupo organizado específicamente para la atención pastoral de los enfermos. El 59,1 % de las mismas no tienen ningún grupo para esa atención pastoral de los enfermos. El 3,3 % de las parroquias no contestaban a esta pregunta. Así pues, una de cada tres parroquias cuenta con esos grupos organizados para la atención de enfermos, mientras que dos de cada tres no los tienen.

En nuestra encuesta, la pregunta contemplaba más posibilidades de respuestas, por lo que podemos tener más elementos de conocimiento. El 23 % de las parroquias dice que tienen ya, y que están en funcionamiento esos grupos organizados por la propia parroquia específicamente para la atención pastoral de los enfermos. El 7,6 % de las parroquias dicen que han comenzado ya a organizarlos; están en la fase inicial. Además, existe un 7,2 % de las parroquias en las que no hay grupos específicamente parroquiales, pero algunos movimientos y asociaciones de Iglesia se ocupan de ello, como la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Mínaválidos, la Legión de María, la Hospitalidad de Lourdes, la Conferencia de San Vicente de Paúl y otros. Sumando estas respuestas en las que se manifiesta la existencia de grupos, bien típicamente parroquiales o de otros movimientos que trabajan también en la parroquia, bien en pleno funcionamiento o comenzando su organización, contamos con el 37,8 % de las parroquias con ese servicio en marcha. Las respuestas a nuestra encuesta son sorprendentemente similares a las de la encuesta de Parroquia Evangelizadora. El dato podemos, pues, darlo por reforzado en el doble estudio y en la doble encuesta.

Por otra parte, el 23,4 % de las parroquias manifiestan que no tienen ningún grupo organizado en la parroquia específicamente para la atención pastoral de los enfermos y que, además, no hay personas que se ocupen de atender a los enfermos en nombre de la misma. En esas parroquias no existe ningún elemento organizativo en la pastoral de enfermos. Es la carencia total de organización de este servicio.

El 14,4 % de las parroquias dicen que no tienen organizado ningún grupo específico para la atención a los enfermos, pero hay algunas personas que se ocupan de atenderlos en el nombre de la misma. Al menos, alguno actúa a título personal y alguna atención se lleva a cabo, aunque sin una organización estricta.

Para el 7,9 % de las parroquias no existe grupo organizado, pero Cáritas se ocupa de atender a los enfermos. Existe alguna atención, aunque genérica y no específicamente de enfermos, a través de Cáritas.

Para el 10 % de las parroquias españolas no existe ningún grupo organizado específicamente para esa pastoral de enfermos pero, al menos, se tiene intención de organizarlo. No existe la organización pero sí la intención.

Sumando todos estos porcentajes nos encontramos con que el 55,7 % de las parroquias no tiene organizada la pastoral de enfermos. A éstas hay que añadir parte de los que dicen que no saben contestar a esta respuesta, que suben el 6,5 % de las parroquias, ya que si lo tuvieran sabrían responder porque la pregunta es concreta. Sumando todo esto nos encontramos con una respuesta prácticamente idéntica en las dos investigaciones mencionadas.

Estos datos me sugieren, en primer lugar, que existe

un movimiento hacia la organización de estos grupos: varias parroquias tienen intención de hacerla, otras están comenzando esa organización y aproximadamente una cuarta parte están ya satisfechas con el funcionamiento de esos grupos. Este elemento organizativo está entrando en las parroquias, el momento es bastante bueno y la mentalidad apropiada. Habrá que insistir en este aspecto, ya que esto, sin duda, influye en una Pastoral Sanitaria más estable y duradera.

En segundo lugar, se constata la existencia de dos extremos, numéricamente similares, en torno al 23 % de las parroquias cada uno. Uno es el de aquellas parroquias en las que no existe ningún grupo organizado, pero además no hay personas que se ocupen de atender a los enfermos. La atención es prácticamente rudimentaria o nula. El otro grupo es el de las parroquias en las que ya existen y funcionan ese grupo organizado específicamente para la pastoral de enfermos. ¿Quiénes son, en concreto, las parroquias en las que dominan esas características contrapuestas? ¿Qué factores se asocian con cada uno de ellos?

Existen ya y funcionan esos grupos parroquiales específicos, con más intensidad, en las parroquias urbanas (38 % de las mismas), en las parroquias grandes (37,42 %), en las que tienen enlaces (40,9 % de las mismas), en las que tienen visitadores (46 y 55 % de las mismas), en las de la zona Norte (28 %) y en las de Cataluña y Levante (27 % de las mismas tienen esos grupos).

Por otra parte, no se da ninguna atención al enfermo, ni en grupos ni individualmente, especialmente en las parroquias rurales y pequeñas (en torno al 40 % de las mismas), en las que sólo visita el sacerdote (41,6 % de éstas), en las que no se recogen ni valoran los testimonios de los enfermos (32,5 %), en las que no hay integración del enfermo en la comunidad ni compromiso de ésta por solucionar sus problemas, en las de la zona del Noroeste (el 41 % de las parroquias de esta zona dicen que no se da ninguna atención a los enfermos, como no sea la tradicional de la visita del sacerdote).

Analizando el tercio largo de parroquias que tienen organizado el grupo de pastoral de enfermos, se comprueba que en casi la mitad de ellas (el 16,3 %) el responsable y animador del grupo es un sacerdote; en el 14,5 % de las parroquias el responsable y animador del grupo es un seglar y en el 6,8 % un religioso o religiosa. De nuevo nos encontramos con ese 15 % de parroquias en las que se observa una integración muy importante de seglares y otros miembros distintos del sacerdote.

La periodicidad de las reuniones del grupo nos muestran, de alguna manera, su vitalidad y su cohesión. Mientras que en el 11,8 % de las parroquias el grupo solamente se reúne ocasionalmente, lo que indica una organización muy elemental, en el resto la reunión de grupos está más organizada y tiene o bien una frecuencia mensual (para el 13,5 % de las parroquias) o quincenal (para el 6,6 % de las parroquias) o semanal (4,5 %).

El contenido de las reuniones de grupo nos muestra también su orientación y su diversidad de funcionamiento. Nos encontramos con que no hay una estructura dominante en estas reuniones. Más bien parecen vivir de una manera espontánea, sin coordinación general, cada uno según su propio saber y entender. Aquí cabría una labor importante de coordinación y de ayuda a estos grupos ya organizados, para vitalizarlos y ayudarlos. La Comisión Vocacional o Diocesana de Pastoral Sanitaria puede encontrar aquí un terreno muy apropiado para su acción con grupos ya organizados, con una estructura de funcionamiento muy variada, pero, al mismo tiempo, con una realidad y un dinamismo dignos de ser impulsados.

Para la mayor parte de las parroquias que tienen estos grupos, esto es, para el 16,8 % de las mismas, el contenido predominante de las reuniones de grupo es variado, posiblemente sin plan, sin una coordinación. Para el 8,5 % de las mismas, el contenido de esas reuniones es la revisión de actividades, para el 5,7 % de ellos es el intercambio de experiencias, para el 2,1 % de las parroquias es la formación y para el 1,2 % es la oración. Todavía existe un pequeño grupo de parroquias, el 0,6 %, en el que el contenido de esas reuniones es otro diverso.

RELACIÓN CON OTROS ORGANISMOS PARROQUIALES

El hecho de que el grupo de pastoral parroquial tenga relación con otros grupos parroquiales, quiere decir, en primer lugar, que existen también otros grupos en la parroquia y que, además, existe una coordinación o al menos un contacto y relación.

El grupo de pastoral de enfermos tiene un representante en el Consejo de Pastoral en el 24 % de las parroquias. Esto está indicando que la mayoría de las parroquias que tienen el grupo de pastoral de enfermos vivo y en funcionamiento está representado en el Consejo de Pastoral

Es tenido, pues, muy en cuenta en esas parroquias y entra, diríamos, en el núcleo central de su organización de pastoral. Estos porcentajes son más altos en las parroquias urbanas (40,7 % de ellas), en las grandes (40-43 %), en las que tienen enlaces (41 %), en las que tienen visitadores (el 50 %), en las de Castilla, Norte y Este de España (en torno al 28-29 % de ellas tienen un representante del grupo de Pastoral Sanitaria en el Consejo de Pastoral). Esta presencia es menor en el Sur (19 %) y menor todavía en las parroquias del Noroeste (10 % de las mismas).

Es algo más elevado el porcentaje de parroquias en las que el grupo de enfermos tienen contactos con otros sectores pastorales, tales como catequesis, liturgia, caríatas, etc. Alcanza el 28 % de las mismas. Recordando que el 37,6 % de las parroquias tienen grupos específicos, nos encontramos con que casi el 10 % de éstos no tienen

contactos con otros sectores pastorales. Su causa puede ser: o porque no existen otros grupos parroquiales, o porque no existe una coordinación, o porque los grupos de enfermos tienen una vida centrada en sí mismos. Es un campo de acción pastoral que conviene atender.

CONCLUSIÓN

Concluyendo todo lo expuesto, podemos distinguir cuatro tipos de parroquias respecto a la Pastoral Sanitaria:

- Un tipo de parroquias en la que esta pastoral es viva, dinámica y hasta misionera. Alcanza aproximadamente el 15 o 20 % de las parroquias españolas.
- Otro tipo de parroquia en las que se dan signos de vitalidad respecto a la Pastoral Sanitaria. Son parroquias que están caminando, que luchan por encontrar su sitio y organizar la Pastoral Sanitaria. Las calificaríamos de intermedias dentro de la vitalidad pastoral. Este tipo de parroquias alcanza, aproximadamente, al 30 o 35 % de las parroquias españolas, que, sumadas a las anteriores, darían un porcentaje en torno al 50 o 60 % de las mismas.
- Encontramos otras parroquias totalmente tradicionales en las que apenas se ven otros signos de vitalidad que los de siempre. Son parroquias en las que el dinamismo de la Pastoral Sanitaria no ha encajado todavía, que no se comprometen con la problemática del enfermo. Este tipo de parroquias alcanza el 35 o 40 % de las parroquias españolas.
- Finalmente, aquellas en las que no se da ninguna pastoral de enfermos. Éstos no cuentan para las parroquias. Son el 10 % de las mismas.

Esta realidad es estimulante, ya que significa un avance importante en los últimos años, avance que conviene impulsar. Por otra parte, es un reto para los agentes de pastoral porque queda mucho terreno por caminar, muchas mentalidades que cambiar, muchas realizaciones por mejorar.

En esta investigación se han descubierto variaciones significativas, tanto desde el punto de vista geográfico como desde el punto de vista numérico de las parroquias. Se han descubierto dónde están principalmente los elementos vitalizadores, dinámicos y misioneros. Se han descubierto los sitios donde tienen menos entrada estos signos de vitalidad. Los agentes de pastoral sabrán dónde incidir, hacia dónde dirigir su acción y cuál debe ser ésta.

Esperamos que el esfuerzo de esta encuesta y su interpretación sea aprovechado para mejorar la Pastoral

Sanitaria en las parroquias. Un avance en este sentido justificaría todos los esfuerzos.

Ficha técnica de la encuesta

- Unidad: la parroquia del territorio español (22.488 en total).
- Número de encuestas elaboradas: 2.072 parroquias.
- Distribución proporcional en 13 zonas geográficas.
- Distribución proporcional en macrodiócesis (Madrid/Barcelona), diócesis grandes, de tamaño medio con predominio industrial, de tamaño medio con predominio agrícola, pequeñas con predominio rural y diócesis muy pequeñas.
- Distribución proporcional según el número de habitantes por parroquia.
- Cumplimentación directa del cuestionario por parte de los encargados o de los Consejos Pastorales de parroquias.

ANEXO

LAS PARROQUIAS ENCUESTADAS

La elaboración estadística se realizó sobre 2.072 encuestas recibidas e introducidas en el ordenador. La unidad de este trabajo es la parroquia y no el número de habitantes de las mismas. Cada cuestionario corresponde a una parroquia, con independencia del número de sus habitantes. El número de parroquias supera en la actualidad las 22.000 en todo el territorio nacional. La introducción de los datos en el ordenador y la elaboración estadística corrió a cargo del equipo de la Oficina de Estadística y Sociología de la Iglesia quien realizó, para los resultados globales de todas las parroquias españolas, 380 tablas de correlaciones, en números absolutos y en porcentajes, además de las correspondientes a cada una de las nueve zonas en que se dividió la geografía española.

Especificamos, a continuación, las características de las parroquias encuestadas:

Distribución geográfica

Las encuestas recibidas y elaboradas en el año 1987 proceden de toda la geografía española, distribuida de la siguiente forma (ver tabla I).

TABLA I

Zonas geográficas	Parroquias encuestadas	Proporción en porcentajes
Zona Noroeste (Galicia, Oviedo y Santander)	264	12,74
Castilla-Duero (Ávila, Ciudad Rodrigo, Palencia, Salamanca y Valladolid)	213	10,28
Castilla-Centro (Albacete, Madrid, Sigüenza-Guadalajara)	185	8,93
Navarra y País Vasco (Pamplona, Tudela, Bilbao y San Sebastián)	216	10,42
Aragón, Soria y La Rioja (todas sus diócesis)	198	9,56
Levante (todas sus diócesis)	325	15,68
Cataluña (Barcelona, Lérida, Tarragona y Vic)	285	13,75
Canarias y Extremadura (todas las diócesis)	119	5,74
Andalucía (Almería, Cádiz, Ceuta, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla)	267	12,88
TOTAL	2.072	100

TIPOS DE DIÓCESIS EN CUESTA Y DISTRIBUCIÓN DE LAS ENCUESTAS

Previamente, distribuimos las diócesis españolas en cinco tipos teniendo en cuenta el tamaño de su población y las características socio-económicas (tabla II).

LO RURAL Y LO URBANO

Sabemos que el tipo de parroquia, urbana o rural, condiciona mucho toda su acción pastoral. Por eso, un elemento a tener en cuenta es esta característica. La proporción de encuestas en ambos tipos es equilibrada, aunque la proporción de parroquias urbanas es superior a la existente en la realidad. Las parroquias con 500 habitantes o menos, que en la realidad significan la mitad de las existentes en España, no tienen en este estudio ese peso

específico, sino que se ha rebajado a una cuarta parte, lo que es normal, ya que en la mitad de las parroquias pequeñas no existe párroco residente y es uno quien debe atender a varias de ellas.

De parroquias urbanas son el 45,8% de las encuestas elaboradas; de parroquias rurales el 51,9%. La proporción es similar a la muestra realizada este año 1988 para el estudio de la Parroquia Evangelizadora, con la diferencia de que en este estudio sobre la dimensión evangelizadora de la parroquia se ha tenido en cuenta un ítem

TABLA II

Tipos de diócesis	Parroquias encuestadas	Proporción en porcentajes
Macrodiócesis:		
Barcelona y Madrid	315	15,2
Diócesis grandes: Bilbao, Málaga, Oviedo, Sevilla, Valencia y Zaragoza	269	13
Tamaño medio con predominio industrial: Almería, Cádiz, Canarias, Murcia, Córdoba, Gerona, Granada, Huelva, Jerez, Mallorca, Alicante, Pamplona, San Sebastián, Santander, Santiago, Tarragona, Tenerife, Tuy y Valladolid	820	39,6
Tamaño medio con predominio agrícola: Astorga, Badajoz, Lérida, Mondoñedo, Orense, Segorbe y Jaén	187	8,7
Rurales: Albacete, Ávila, Burgos, Logroño, Cáceres, Cuenca, Lugo, Palencia, Plasencia, Salamanca, Segovia, Sigüenza, Tortosa, Vic y Zamora	370	17,9
Pequeñas diócesis: Barbastro, Ciudad Rodrigo, Guadix-Baza, Huesca, Ibiza, Jaca, Menorca, Osma-Soria, Solsona, Tarazona, Teruel y Urgell	115	5,6
TOTAL	2.072	100

TABLA III

Habitantes de las parroquias	Encuestas Pastoral Sanitaria en %	Encuestas Pastoral Evangelizadora en %
Menos de 500 habitantes	16,7	15
De 500 a 1.000	13,5	11,3
De 1.000 a 5.000	31,8	33,8
De 5.000 a 10.000	23,7	23,7
Más de 10.000	13,4	15,8
No sabe, no contesta	0,9	0,4
TOTAL	100	100

más: parroquias semi-rurales. La proporción de parroquias urbanas y rurales es idéntica si el 7% de las parroquias semi-rurales se han clasificado como parroquias urbanas en nuestro estudio sobre la Pastoral Sanitaria.

NÚMERO DE HABITANTES DE LAS PARROQUIAS

En este estudio no solamente hay respuestas de parroquias de todos los tamaños, sino que la proporción obtenida en nuestro estudio actual es idéntica a la obtenida en el de Parroquia Evangelizadora. La cuarta parte de las encuestas tenidas en cuenta.

En estos estudios, como decíamos, se ha reducido a la mitad la proporción de parroquias muy pequeñas, por la falta de párroco residente. No obstante, su presencia supera ligeramente la cuarta parte de las encuestas tenidas en cuenta (tabla III).

REPRESENTATIVIDAD DE LOS DATOS

A pesar de que la encuesta no se distribuyó con criterio científico de muestra, los resultados tienen un valor suficiente para el objetivo propuesto. Teniendo en cuenta el alto número de respuestas, 2.072 encuestas elaboradas, que duplica las que habitualmente se hacen en toda España para universos más amplios, teniendo en cuenta la variedad de características de las parroquias que han respondido en proporción equilibrada, tanto desde el punto de vista geográfico como numérico, podemos acercarnos a los datos globales españoles con una confianza suficiente que no superará el error del 2,50 o 3%. Los resultados obtenidos de esta manera, con estas características, difícilmente se diferenciarán en más o menos 2,5 o 3% de cualquier otra muestra elaborada con unos criterios estrictamente científicos.

Esta afirmación se ve probada en la pregunta 9: ¿Quién visita normalmente a los enfermos en nombre de la parroquia? En el estudio de Parroquia Evangelizadora se propuso una cuestión idéntica, aunque con alguna variación en los ítems. Las respuestas obtenidas son prácticamente idénticas: visitan a los enfermos el sacerdote y los visitadores conjuntamente el 42,6% según la encuesta de Parroquia Evangelizadora y el 42,9% según esta encuesta de Pastoral Sanitaria. Esas visitas las realizan únicamente los visitadores para el 5,4% de las parroquias encuestadas para el estudio de Parroquia Evangelizadora, y el 3,2% para esta encuesta. Se sitúan, en ambos estudios, en torno a la mitad de las parroquias en las que esas visitas las realiza únicamente el sacerdote.

Los resultados en otras dos preguntas repetidas en ambos estudios son también similares. Esto nos está demostrando que, a pesar de no haberse realizado conforme a una muestra científica previa, este estudio de Pastoral Sanitaria, por las características descritas, ofrece unos datos válidos y fiables para aplicarlos a la totalidad de las parroquias españolas.

CONCLUSIONES

Los congresistas del subsector de pastoral sanitaria ofrecemos la síntesis de nuestro trabajo y las conclusiones aprobadas por unanimidad.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PASTORAL DE ENFERMOS EN LAS PARROQUIAS

Al analizar la situación actual de la pastoral de enfermos en las parroquias, hemos constatado una serie de lagunas importantes junto a logros que nos hacen ver el futuro de esta pastoral con esperanza.

- Existe en algunas parroquias una falta de sensibilidad hacia esta pastoral de enfermos.
- Una gran parte de nuestras comunidades parroquiales desarrollan todavía hoy una pastoral de enfermos sacramentalista, centrada y reducida a visitar al enfermo, llevarle los sacramentos de la confesión y comunión y a ayudarlo a morir con los últimos auxilios.
- La Pastoral de enfermos parroquial sigue estando «clericalizada», si bien va aumentando poco a poco el número de los laicos que se incorporan como agentes de esta pastoral.
- Muchas de nuestras comunidades parroquiales siguen tratando a sus enfermos de forma paternalista, como destinatarios de sus cuidados y atenciones, pero siguen sin reconocerles el puesto central reservado a ellos por Jesús, el Señor, y sin integrarlos en ellas como miembros activos y plenos, como evangelizadores. Las barreras arquitectónicas de nuestras parroquias, y nuestra ceguera para darnos cuenta de ellas, siguen impidiendo el fácil acceso a los enfermos y minusválidos a las celebraciones y encuentros.
- Las comunidades cristianas no han asumido su misión de educar para vivir con sentido la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro físico y la muerte.
- Una gran parte de las parroquias desconocen los problemas y realidades sanitarias de la zona y la legislación sanitaria al respecto y, por ello, no se comprometen en las tareas de promover la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la asistencia sanitaria.
- Las parroquias descuidan en ocasiones la atención a los enfermos más necesitados y desasistidos y a sus familias: ancianos, enfermos, crónicos, terminales, mentales, minusválidos, alcohólicos, SIDA, etc.
- Existe también un grupo de parroquias que, reconociendo la dimensión profundamente humana y evangélica de esta pastoral, cuidan con esmero la visita a todos los enfermos, incluidos los alejados, celebran la unción comunitaria, promueven la creación de grupos y les ofrecen medios para formarse, se preocupan de los enfermos más necesitados y de sus familias, se insertan en los problemas sanitarios del barrio y tratan de integrar a los enfermos en la sociedad y en la comunidad cristiana como miembros plenos.

APORTACIONES DE LA COMUNIDAD PARROQUIAL AL ENFERMO Y SUS FAMILIARES

La comunidad parroquial evangeliza a los enfermos y sus familiares, aceptándoles y respetándoles como son y no tratándoles con falsa e inútil compasión sino como personas responsables y maduras, cuidándoles y asistiéndoles con solicitud, interesándose vivamente por

sus problemas, acompañándoles en su soledad, luchando por sus derechos, orando por ellos, y ayudándoles a vivir su situación en la fe con la Palabra, los sacramentos y el servicio desinteresado.

Una comunidad parroquial que evangeliza de este modo a los enfermos y sus familiares se convierte en una comunidad evangelizadora en medio del mundo: pues su solidaridad con los enfermos es uno de los signos privilegiados que Cristo ha confiado a su Iglesia para manifestar la llegada del Reino; es un signo expresivo y elocuente en un mundo como el nuestro que olvida o margina a los enfermos; y es un signo que autentifica a la comunidad y hace presente el amor cristiano en nuestra sociedad crecientemente secularizada.

APORTACIONES DEL ENFERMO A LA COMUNIDAD PARROQUIAL

El enfermo es evangelizado por la comunidad pero, a su vez, él la evangeliza y enriquece desde su enfermedad.

- El enfermo ayuda a la comunidad a ser realista en un mundo como el nuestro que vive de apariencias, porque ayuda a conocer mejor al ser humano con su fragilidad y limitación y con un caudal de energías muy considerable.
- El enfermo es una llamada a vivir valores evangélicos olvidados en la vida y en la práctica; la gratuidad de la existencia, la pobreza total, el desinstalarse y andar ligeros de equipaje, la fuerza del amor, la entereza en la prueba...
- El enfermo le enseña a relativizar valores y cosas que hoy se absolutizan y que están deshumanizando al ser humano: la eficacia a toda costa, la estima de las personas por lo que tienen y no por lo que son, el poder y el éxito...
- El enfermo es un rostro concreto de pobre que le invita, desde su situación, a la solidaridad humana, al amor servicial y desinteresado y a la reivindicación de sus derechos.
- El enfermo suscita interrogantes sobre el sentido de la vida, del sufrimiento, de la muerte... purifica la imagen que tiene de Dios y le muestra lo más original y llamativo del Dios cristiano: un Dios sufriente que comparte por amor hasta el fondo el dolor del hombre, y así lo salva. El enfermo es testigo del Misterio Pascual; del Cristo que surge vivo del fondo de la debilidad.
- El enfermo, cuando vive con sentido su enfermedad, es un testigo vivo de que es posible luchar contra la enfermedad y asumirla con amor, mantener la paz serena e incluso la alegría y madurar humana y cristianamente.
- El enfermo enseña a la comunidad cristiana su ser más auténtico (ser pobre y saberse débil y necesitado

de salvación) y le descubre y concreta su misión y la forma de desempeñarla (por medio de los pequeños y de los pobres).

ACTITUDES QUE HAY QUE POTENCIAR PARA QUE LA PARROQUIA PRESTE UN MEJOR SERVICIO Y SE DEJE EVANGELIZAR POR LOS ENFERMOS Y SUS FAMILIARES

La comunidad parroquial, para dejarse evangelizar por los enfermos y sus familiares y prestarles un mejor servicio, ha de acercarse a ellos y acompañarles con un profundo respeto, con alegría y gozo, en actitud de pobreza y de servicio, con autenticidad y sin máscaras, de forma desinteresada y gratuita, con gestos más que con palabras, compartiendo sus esperas y la Esperanza, comunitariamente y no de forma individualista, y apoyándose en la oración y en la fuerza del Espíritu.

ACCIONES A POTENCIAR EN LA COMUNIDAD PARROQUIAL PARA UN MEJOR SERVICIO A LOS ENFERMOS Y SUS FAMILIARES

Para lograr un mejor servicio a los enfermos y sus familiares la comunidad parroquial ha de potenciar las siguientes acciones:

- Conocer la realidad sanitaria de la comunidad y la situación de los enfermos, especialmente la de los más necesitados.
- Sensibilizar y mentalizar a todos los miembros de la comunidad sobre la pastoral de enfermos y su responsabilidad en la misma.
- Educar a los niños, jóvenes y adultos para vivir con sentido la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro, la muerte.
- Trabajar para que la comunidad parroquial sea una comunidad sana y sanadora.
- Conocer y descubrir a los enfermos, especialmente a los más necesitados y desasistidos, ayudarles y acompañarles en el proceso de su enfermedad.
- Integrar a los enfermos en la comunidad como miembros activos y plenos, reconociendo su misión insustituible y su valiosa aportación y dejándose evangelizar por ellos.
- Colaborar con otras instancias para integrarlos en la sociedad.
- Renovar profundamente la pastoral de los sacramentos de los enfermos.

- Organizar grupos de pastoral de enfermos, darlos a conocer y facilitarles la necesaria y adecuada formación.
- Estar atenta a los problemas y dificultades de la familia del enfermo, que está en el hospital o en su casa, así como del que ha fallecido, y ofrecerle la ayuda y apoyo que necesita.

ESTRUCTURAS Y CAUCES A UTILIZAR

Para llevar a cabo su misión en este campo de la salud y los enfermos, la comunidad parroquial ha de:

- Utilizar los cauces que ya existen: la predicación ordinaria, las reuniones de estudio y reflexión de los movimientos familiares, de enfermos y otros, los cursillos prematrimoniales, las celebraciones comunitarias con enfermos, la catequesis de niños y de jóvenes, la enseñanza religiosa en los colegios, las publicaciones de Iglesia, los programas de radio, etc.
- Promover la relación y colaboración con los servicios de asistencia religiosa de los centros hospitalarios.
- Coordinar sus acciones con los grupos de pastoral de enfermos del arciprestazgo o de la zona.
- Relacionarse y colaborar con los organismos diocesanos de Pastoral Sanitaria.

CONCLUSIONES

A partir de la situación que hemos constatado y de las reflexiones realizadas, los congresistas del «subsector de Pastoral Sanitaria» hemos aprobado las conclusiones siguientes:

- Que las *parroquias y demás comunidades* cristianas descubran y asuman su acción evangelizadora en el campo de la salud y de los enfermos.
- Que se esfuercen por conocer la realidad sanitaria y la situación de los enfermos, especialmente la de los más necesitados y desasistidos.
- Que asuman la tarea de educar a niños, jóvenes y adultos, sanos o enfermos, para vivir con sentido la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro físico o psíquico y la muerte, utilizando para ello los cauces a tu alcance: predicación, catequesis, enseñanza religiosa en los colegios, cursillos prematrimoniales, reuniones de matrimonios, celebraciones comunitarias con enfermos, publicaciones, programas de radio, etc.
- Que sean comunidades sanas y fuentes de salud para los enfermos, ofreciéndoles la Palabra de Dios que sana, haciéndoles experimentar que son aceptados y queridos como tales, y liberándoles de las consecuen-

cias más dolorosas de la enfermedad, como son el verse aislados, solos, inútiles y un estorbo para los demás.

- Que sean también fuente de salud para los sanos, liberándoles de sus egoísmos y de los miedos a la enfermedad y a los enfermos, gracias al contacto con éstos.
- Que sean, finalmente, fuente de salud para nuestro mundo difundiendo en él una mayor dosis de humanidad y enseñando a amar la vida que hemos recibido del amor de Dios.
- Que sensibilicen y mentalicen a todos los miembros de la comunidad sobre su responsabilidad de promover la salud y de atender y cuidar a los enfermos.
- Que cuiden con esmero la visita a los enfermos acercándose a ellos y acompañándoles en el proceso de su enfermedad con un profundo respeto, con alegría, en actitud de pobreza y de servicio, de forma desinteresada y gratuita, con gestos más que con palabras, compartiendo sus esperas y la Esperanza, y apoyándose en la oración y en la fuerza del Espíritu.
- Que renueven profundamente la celebración de los sacramentos de los enfermos y, en especial, el de la Unción, promoviendo un cambio de mentalidad sobre el mismo, celebrándolo siempre en el momento oportuno y, de vez en cuando, comunitariamente.
- Que integren a los enfermos en ellas como miembros activos y plenos, reconociendo y estimulando su presencia evangelizadora. Una comunidad no puede evangelizar sin contar con los enfermos. Sólo si tiene conciencia de esto, tratará de suprimir las barreras arquitectónicas y mentales que les impiden desempeñar su papel activo, y buscará los cauces adecuados para que participen activamente en la vida de la comunidad.
- Que colaboren en integrar a los enfermos en la sociedad.
- Que acojan y atiendan a los enfermos más necesitados y desasistidos de la comunidad: los ancianos enfermos, los crónicos, los terminales, los enfermos mentales, los enfermos alcohólicos y drogadictos, SIDA...
- Que se preocupen de las familias de los enfermos, hospitalizados o domiciliados, así como de las que

han sufrido la pérdida de un ser querido, y les ofrezcan la ayuda y el apoyo que necesitan.

- Que valoren, cuiden y coordinen a los miembros de la comunidad que atienden a los enfermos en nombre de la misma a fin de que no se sientan solos y aislados. Para ello han de:
 - Procurar que sean personas no sólo de buena voluntad sino con las cualidades que requiere el desempeño de una misión tan delicada.
 - Fomentar en ellos el sentido de Iglesia, es decir, que se sientan enviados por la comunidad que les confía la atención de «sus enfermos».
 - Facilitarles la formación que les ayude a madurar en la fe, a conocer el mundo del enfermo y a capacitarse para el desempeño de su misión.
 - Formar equipos o grupos de agentes de Pastoral Sanitaria para conocer a los enfermos, acercarse a ellos, servirlos, ayudarlos en la fe, sensibilizar a la parroquia y coordinar su acción con los enfermos.
- Que incorporen a los profesionales sanitarios cristianos al trabajo pastoral en las parroquias para dar a conocer las realidades sanitarias y las posibilidades de actuación en beneficio de la salud y de los enfermos desde la comunidad parroquial.
- Que celebren el *Día del Enfermo*, dando un protagonismo especial, tanto en su preparación como en la celebración, a los enfermos y a quienes los asisten. Que las *Delegaciones Diocesanas de Pastoral Sanitaria* promuevan la relación y colaboración de los grupos de pastoral sanitaria del arciprestazgo y de la diócesis entre sí y con los Servicios de Asistencia Religiosa de los Hospitales y Residencias Asistidas, así como encuentros y jornadas de intercambio de experiencias y de formación.
- Que la *Comisión Episcopal de Pastoral* ofrezca unas Orientaciones sobre la Pastoral Sanitaria en las Parroquias.
- Que el *Departamento de Pastoral Sanitaria* de la Comisión Episcopal de Pastoral elabore materiales sencillos de formación para los agentes de Pastoral Sanitaria de las parroquias.

VACUTRON

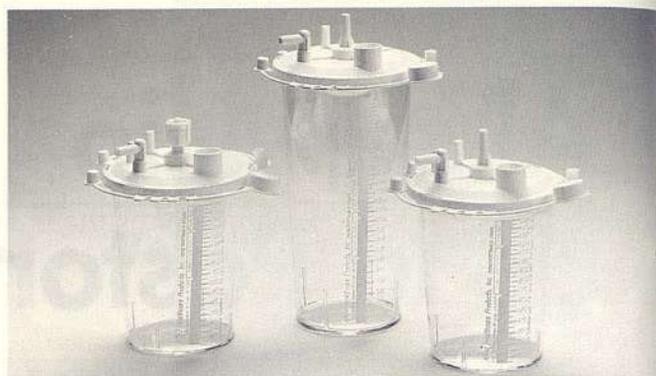
Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

HANDI-VAC

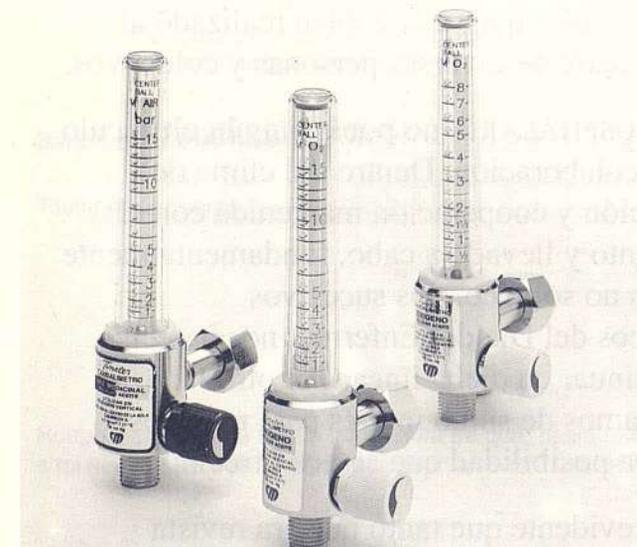
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO

