LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACIÓN Y PASTORAL DE LA SALUD

3

Hermanos de San Juan de Dios
Barcelona
Provincia de San Rafael

Año 54. Tercera época. Julio - Agosto - Septiembre 2002
Número 265. Volumen XXXIV

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

Editorial

LOS ENFERMOS EN LA PARROQUIA, UNA PRIORIDAD 163

LOS ENFERMOS EN EL CONTEXTO SANITARIO Y SOCIOSANITARIO HOY 166
Joan Viñas Salas

RETOS DE LAS NUEVAS SITUACIONES A LA PASTORAL DE LA SALUD EN LAS PARROQUIAS 178
Amalia Rodríguez Bernal

LA PASTORAL PARROQUIAL DE LA SALUD: LUCES Y SOMBRAS 184
Elisa Rodríguez Rodríguez

EXPERIENCIAS: LA PASTORAL DE LA SALUD EN LAS PARROQUIAS 196

LA PARROQUIA: COMUNIDAD SANANTE Y SANADORA 204
Miguel Payá Andrés

EXPERIENCIAS: LOS SACRAMENTOS DE LOS ENFERMOS EN LAS PARROQUIAS

La celebración de la Eucaristia en el mundo de la salud y de la enfermedad 212

La Unción de los enfermos, sacramento de la ternura de Dios 217

EL ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS EN EL DUELO, DESDE LAS PARROQUIAS 220
Ramón Martín Rodrigo

EVANGELIZAR DESDE LA FRAGILIDAD 229
José M.ª Marin Sevilla

Revista

Boletín de suscripción

Año 2003

Suscripción anual: cuatro números

España	Euros	30
Extranjero		
Países zona euro	Euros	45
Resto países	$	45

Apellidos _____ *Nombre* _____

Calle _____ *Número* _____ *Piso* _____ *Puerta* _____

Código Postal _____ *Población* _____ *Provincia o país* _____

Teléfono _____ *Profesión* _____

FORMA DE PAGO

(indique con una X la forma de pago que le interese)

- ☐ Por Giro Postal
- ☐ Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir ningún dato de los solicitados)
- ☐ Por cheque nominativo adjunto n.º _____ a favor de LABOR HOSPITALARIA

Banco o Caja de Ahorros:

Titular de la cuenta:

ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE CUENTA

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

_____, a _____ de _____ de _____

Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

Hermanos de San Juan de Dios
Dr. Antoni Pujadas, 40
Tel. 93 630 30 90
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA)
E-mail: curia@ohsjd.es
E-mail: revistas@ohsjd.es

http://www.ohsjd.es

Los Enfermos en la Parroquia, una prioridad

Las XXVII Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud, celebradas en Madrid el pasado mes de septiembre, han abordado el tema de «Los Enfermos en la Parroquia, una prioridad». Como ya es habitual en el funcionamiento del Departamento éste será el tema del Día del Enfermo del próximo año, 2003.

Durante cuatro días diferentes ponentes han ido desgranando las diversas vertientes que implica la atención a los enfermos desde la parroquia.

En primer lugar un acercamiento sociológico a una realidad que ahí está. Por mucho que nos enorgullezcamos de nuestros Servicios de Salud de las respectivas Comunidades Autónomas, lo cierto es que la gran mayoría de los enfermos se encuentran en sus hogares y son atendidos fundamentalmente por sus familias. Por mucho que se pueda comentar acerca de la crisis de una institución tan básica como ésta, la verdad es que sigue siendo la primera instancia de atención social y sanitaria del país.

Y la referencia fundamental en la vertiente religiosa de la familia es, sin ningún tipo de dudas, la parroquia. Así pues, no necesita ésta salir de su territorio para encontrarse con los enfermos; los tiene dentro.

No es un descubrimiento reciente. Hace años ya que funciona en el Departamento de Pastoral de la Salud una Comisión especializada para la Pastoral de la Salud en las parroquias. Y una Comisión que ha trabajado concienzudamente el tema, realizando encuestas, estudios y que, incluso, ha celebrado algunos Congresos sobre

el mismo. Pero, dada su importancia determinante, en la comprensión y extensión de la Pastoral de la Salud, parecía necesario no sólo dedicarle el tema, y consiguientemente, las Jornadas, a ello, sino reflexionar sobre los «retos de las nuevas situaciones a la Pastoral de la Salud en las parroquias».

Asimismo se ha profundizado en la dimensión teológica de la parroquia como comunidad llamada a ser «sanante y sanadora». Sólo una comunidad cristiana que posee estas características está legitimada para constituirse en agente evangelizador. Y, lógicamente, era necesario también analizar aspectos concretos tan determinantes como «los sacramentos de los enfermos en las parroquias».

Las Jornadas incorporaron un elemento, generalmente ignorado, pero de capital importancia en nuestra pastoral como el «acompañamiento a las familias en el duelo, desde las parroquias». Una realidad que tenemos habitualmente entre nosotros pero a la que solemos rodear de silencio y distancia. Muchas veces damos por finalizado nuestro acompañamiento con un solemne funeral, generalmente muy concurrido, pero con el que cerramos cualquier tipo de acompañamiento a una familia que ha perdido a un ser querido. No es fácil este acompañamiento; pero es un reto al que, cuando menos, deberíamos de intentar responder adecuadamente.
Por otro lado, este acompañamiento pertenece a las acciones tradicionalmente insertas en la acción pastoral de las primeras comunidades cristianas, e incluso en el marco del Antiguo Testamento (atención a las viudas y los huérfanos).

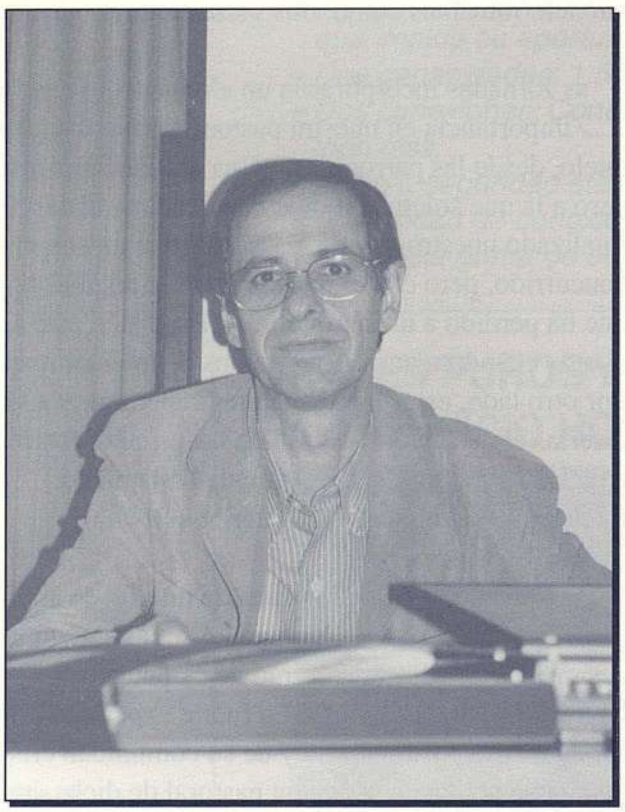
Finalmente, y no por su falta de interés, se abordó el papel del propio enfermo en el marco de la parroquia. Y se insistió en el papel activo que está llamado a desarrollar en ella. El enfermo no es únicamente un paciente —nunca mejor dicho— de nuestra acción pastoral. La fuerte experiencia vivida le capacita especialmente para ser en medio de su familia y de su comunidad cristiana un testigo y, en consecuencia, un agente activo de la acción pastoral de dicha comunidad.

La Pastoral de la Salud tiene un papel importantísimo en los centros sanitarios, en los hospitales, allí donde el hombre vive habitualmente los momentos críticos de su enfermar. Nunca se podrá ni se deberá esquivar la necesidad de proveer de un servicio de atención pastoral cualificado en esa situación. Pero tampoco nunca podremos olvidar que el mayor número de enfermos —crónicos, mentales, ancianos...— están en sus casas y la parroquia debe buscar el camino más adecuado para hacerse presente en las mismas. Y para llevar al enfermo a la parroquia constituyéndole en elemento evangelizador de primer orden en la misma.
Por ello, enfermos en la parroquia, son y deben ser siempre «una prioridad».

LH

Los enfermos en el contexto sanitario y sociosanitario hoy

Dr. Joan Viñas i Salas
Doctor en Medicina y Cirugía.
Presidente de PROSAC.



La parroquia es el lugar de encuentro del cristiano católico en la que se dan las condiciones para la educación en la fe y en la pastoral. La Iglesia nos presenta la oferta de Jesús en los Evangelios: llenar de sentido nuestra vida incluido el sufrimiento y la muerte.

Para el autor, una de las prioridades de la parroquia es la atención a los enfermos por lo que nos presenta en esta exposición el contexto sociosanitario en el que se encuentra la parroquia para realizar esta atención.

Si creemos que la parroquia es la *comunidad de comunidades,* el lugar de encuentro, el núcleo familiar del cristiano católico en donde vive, celebra y comparte su fe en Cristo Jesús, muerto y Resucitado, es en ella en la cual se deben dar las condiciones para la educación en la fe, en la pastoral y en la vivencia de un ser cristiano en el mundo en que nos ha tocado vivir.

La enfermedad, el sufrimiento, la muerte, son realidades existentes que no las hemos dejado anticuadas en el siglo pasado al cambiar de milenio. Seguimos enfermando, sufriendo y muriendo, y por lo que parece, así seguiremos los mortales humanos, aunque los avances científicos den pié a pensar lo contrario, ofreciendo a algunos falsas esperanzas, de las que hablaremos más adelante.

La característica principal que define y diferencia al ser humano de los animales es su conciencia de futuro, la capacidad de su inteligencia de pensar y programar su vida y no seguir los dictámenes de sus instintos. Ello implica la responsabilidad y obligatoriedad de tener un proyecto de vida y de darle un sentido a la misma, lo cual es fuente de sufrimiento y depresión para aquellos que no dan con ella o hierran en el camino de vida que escogen.

Si queremos seguir el mensaje de Jesús, sus enseñanzas, su ejemplo de vida y creemos que sólo Él tiene palabras de vida eterna, que Él nos ofrece el camino verdadero que conduce a la felicidad y a la vida en plenitud, y que sólo andándolo podemos seguir una vida feliz, con sentido, que llena nuestras aspiraciones interiores, entonces no podemos olvidar parte del mensaje y vida de Jesús. No podemos coger lo que nos parece bien y desechar aquella parte del mensaje que no nos gusta.

Ésta es la oferta que nos hace Jesús en los Evangelios y nos presenta la Iglesia, llenar de sentido nuestra vida, incluido el sufrimiento y la muerte, y por ello ofreceros una vida feliz, aunque hayamos de pasar por puertas estrechas y subir caminos en lugar de dejarnos llevar por ofertas de caminos fáciles y puertas anchas.

Si leemos los Evangelios encontramos en ellos muchísimas referencias a los enfermos, muchísimas acciones de Jesús hacia ellos. Por tanto, toda acción evangelizadora pasa necesariamente por tener bien cubierta la Pastoral de la Salud.

Por tanto, la comunidad parroquial debe tener como una de sus prioridades, si quiere ser seguidora de Jesús sin alterar su mensaje, si quiere ser servidora de la comunidad de sus ciudadanos que tiene asignados, la atención a los enfermos.

Resulta evidente que para «repensar» la Pastoral de la Salud en la Parroquia, para su programación con mayor efectividad y adaptada a las necesidades de las personas a las que sirve, es necesario conocer el contexto sociosanitario en que nos movemos y vivimos hoy.

Analizaré el contexto socio-sanitario en el que nos movemos hoy que es el que se encuentra la comunidad parroquial al realizar, de manera ordenada, coherente y programada, y por lo tanto con cierta eficacia, la pastoral de la salud.

Preguntarse sobre el medio en el cual vamos a realizar nuestra acción, tratar de conocerlo, saber la realidad del mismo, sus problemas, sus aspiraciones y necesidades es esencial antes de lanzarnos al trabajo.

CAMBIOS SOCIOECONÓMICOS DE FINALES DEL SIGLO XX Y COMIENZOS DEL XXI

La sociedad que hemos heredado del siglo XX es muy distinta de cómo la habíamos soñado. La caída del muro de Berlín que supuso el final del contrapoder al capitalismo ha ocasionado una grave crisis en el estado del bienestar lo que hace peligrar sus logros a favor de la protección de los menos favorecidos.

La sociedad del trabajo del siglo XXI es mucho más inestable y menos localista que hace 10 años. Se pide a los jóvenes que se formen para trabajar, pero no para siempre en el mismo empleo, sino que tengan capacidad de cambiar. Asimismo el lugar de trabajo es también movible. Hoy puedes trabajar en una ciudad y mañana en otra lejana, incluso en otro país. El proceso de globalización de la economía y la expansión de las comunicaciones especialmente con Internet han supuesto una revolución que si bien tiene elementos muy positivos que debemos aprovechar, mal usados aumentan las diferencias sociales entre ricos y pobres y crean mucha pobreza y personas en la cuneta que no pueden coger la «autopista» ni el «tren de alta velocidad».

Esto conlleva que las parejas sean más inestables. También viven la provisionalidad de todo lo actual, los cosas son perecederas rápidamente por aumentar el consumo, los compromisos también. Tener hijos se deja para cuando la pareja es ya bastante mayor. Se vive en pisos pequeños y se muda frecuentemente de vivienda por el trabajo. Además cada miembro de la pareja puede trabajar en ciudades distantes y pasarse incluso días sin verse.

Evidentemente que los padres se arreglan sin depender de sus hijos, más bien son éstos los que dependen de ellos hasta avanzada edad, cosa que no ocurría en los años 70 en que los hijos nos independizábamos cuanto antes. Hoy se vive independiente, estando la autoridad cuestionada, pero a costa de los padres.

Los abuelos jubilados en buen estado de salud se convierten muchas veces en los que atienden a los hijos de sus hijos, que pasan a depender de ellos en aspectos esenciales. Por ello, cuando faltan éstos de manera inesperada, o caen enfermos y son ellos los que requieren atención y asistencia por parte de la familia, entonces se produce el caos y representa un desastre familiar.

Los valores de la sociedad han cambiado. Anterior-

mente el anciano tenía un lugar central en la familia, hoy en día se le utiliza como acabo de mencionar, pero si no sirve para ello puede convertirse en un estorbo, que en ocasiones algunos intentan «aparcar» en el hospital para irse de vacaciones.

Se valoraba la familia estable como núcleo de la sociedad. Hoy se la tiene idealizada, sigue considerándose un ideal, pero casi inalcanzable. Las separaciones y divorcios son muy frecuentes, como más adelante describo, se aguanta poco pues los lazos que unen a las parejas son poco consistentes en su mayoría, basados más en aspectos lúdicos que en el propio Amor con mayúsculas, algo en lo que no se entrena a la juventud de hoy.

Por ello, cuando cae enfermo un miembro de la familia se crea un problema de sobre quién recae su atención.

Las expectativas de vida y de calidad de vida de la población del primer mundo son ilimitadas, y al mismo tiempo ha perdido cierta capacidad de aceptación de la adversidad y del sufrimiento.

Los avances científico-tecnológicos que constantemente nos llegan y podemos disfrutar, y que hasta hace pocos años nos llenaban de sorpresa y admiración-capacidad que actualmente incluso estamos perdiendo, pues ya consideramos como «normales», o incluso como un «atraso» el que no nos llegaran antes, nos crean el espejismo de que vencemos a la enfermedad y a la muerte.

Los filósofos de los dos últimos siglos casi lo vaticinaron. No es de extrañar que con el descubrimiento de los antibióticos se anunciara el fin de las infecciones en el primer tercio del siglo XX, o que ahora con la medicina genética nos estén anunciando vidas de más de 170 años sin casi envejecer.

Tampoco es de extrañar, por otra parte, que aquellas personas que han desechado de sus vidas toda referencia a la espiritualidad y religión y que crean sólo en lo que pueden ver y palpar —positivismo— ahora se encuentren engañadas y las enfermedades mentales y depresiones aumenten tanto que la OMS llega a anunciar que en el primer tercio del siglo XXI serán la primera causa de enfermedad del primer mundo.

Las personas que viven en los barrios en los que está la parroquia tienen estas ideas y esta mentalidad, esperanzas en sus vidas, dudas, sufrimientos, interrogantes. Los enfermos que están en sus casas tienen no sólo el dolor físico propio de la enfermedad que padecen, sino el sufrimiento psíquico de las dudas, la angustia, la pérdida de seguridad donde amarrarse, etc.

La enfermedad incluso es considerada como una injusticia por las personas y la salud como un derecho a exigir. La sociedad del confort no nos ayuda a tolerar el dolor y el sufrimiento. En los países del tercer mundo la tolerancia al dolor y muerte es mayor, pero ello no quiere decir que no lo sientan o que no sufran. Lo hacen igual, pero saben resistir mucho más.

La exigencia como derecho de justicia de no sufrir, de la máxima calidad de vida al coste que sea, la no tolerancia del dolor y sufrimiento, hace que la sociedad española busque que el sistema sanitario le dé la mejor asistencia posible al día más riguroso científico y tecnológico. Se huye hacia delante en lugar de «coger el toro por los cuernos» y encarar la vida en su globalidad, no parcialmente. Pues la felicidad es una manera de vivir que nos sigue, no la podemos ir a buscar de cara, es como nuestra sombra. En realidad la gente busca tranquilidad, paz, sosiego, seguridad.

Urge un cambio de valores para volver a la aceptación de lo inevitable, la limitación humana, la enfermedad y la muerte.

Por ello tenemos muchas cosas buenas que ofrecer a las personas. Tenemos a Jesús con su estilo de vida sano, con su manera de vivir abierta y entregada a los demás, con su coherencia interna y externa que le llevó a aceptar incluso el dolor, el sufrimiento y la muerte.

Pero mientras la sociedad no se impregne de valores cristianos, el valor creciente de la comodidad, insolidaridad, consumismo, hedonismo y egoísmo lleva al encarecimiento creciente del gasto sanitario que no se traduce proporcionalmente en satisfacción de la población. Urge un cambio de valores para volver a la aceptación de lo inevitable, la limitación humana, la enfermedad y la muerte. Pero no me toca a mi tratar este aspecto mucho más interesante.

Al salir de la parroquia a buscar los enfermos, al planificar la pastoral de la salud del barrio, nos encontramos pues con estas mentalidades, este esquema filosófico predominante, que tenemos que tener en cuenta para no errar en nuestros objetivos evangelizadores.

ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS

Sucede hoy en muchas familias que ni queriendo se puede atender a un pariente enfermo. Empezando por el espacio físico, pues la mayoría de las casas no cumplen los requisitos mínimos para poder atender a un enfermo. Caso de tener espacio digno para ello, ¿quién lo cuida, si todos los demás trabajan? Por todo ello es frecuente llevar al enfermo a un centro sanitario para que allí se hagan cargo de él.

Cuando ocurre una enfermedad aguda el problema es menor, aunque la convalecencia sea más conflictiva, pero lo que ya desestabiliza a muchas familias es la enfermedad crónica con alto grado de dependencia.

En casa hay pacientes con cirrosis, enfermos, diabéticos amputados, personas con trastornos neurológicos que precisan de ayuda y de la inexistencia de barreras arquitectónicas, trastornos mentales, ancianos con pluripatologías etc.

A centros socio-sanitarios acuden hoy muchas familias para ingresar a sus familiares enfermos crónicos. Ha sido un avance social su creación y su mayor vinculación al sistema sanitario. Se han creado ayudas temporales a domicilio, cuidadoras familiares, centros de día para atender a los enfermos crónicos cuando los demás trabajan, etc.

CONOCIMIENTO DEL ENTORNO

Hay que conocer la *realidad social del barrio,* que es distinta dependiendo de dónde esté ubicado. No es lo mismo en una ciudad que en un pueblecito. La atención de la Pastoral de la Salud en las parroquias debe tener muy en cuenta estos análisis sociológicos del barrio y de la cultura dominante en nuestra sociedad, si quiere hacer una evangelización adecuada. Un análisis de las condiciones de los enfermos en sus casas, de sus necesidades es esencial al programar la actividad pastoral. No es lo mismo una parroquia rural de una del centro de una ciudad o de la periferia.

Hay que conocer la realidad social del barrio.

Los barrios de las ciudades tienen distintas variables según su localización. En general:

- ***Casas antiguas en zonas céntricas de ciudades.*** Se están despoblando para abrir comercios, además las viviendas son caras, no siendo asequibles para los jóvenes. Pero en estos barrios quedan personas de edad avanzada, muchos de ellos alquilados que viven solos o acompañados por otra persona de su misma edad.

  No es raro que la policía halle ancianos muertos en sus domicilios al acudir ante la llamada de algún vecino, o incluso por el olor que despide al rellano (en Madrid más de 70 en este año). Cuando un anciano cae enfermo, si vivía solo ahora no puede seguir haciéndolo. Sus familiares se han acostumbrado a no tenerle en casa, incluso él mismo no desea muchas veces cambiar de vivienda e ir a casa de algún hijo. ¿Cómo resolver la situación? Las residencias de ancianos y los centros de día y los cuidadores familiares a domicilio han representado avances en este terreno.

- ***Los barrios periféricos*** es donde vive la gente más joven. En ellos el problema principal es la limitación de espacio de los pisos, que tienen muy pocos metros cuadrados y no hay habitación para el padre o la madre enfermos, o se tiene que improvisar una cama en el comedor, que para unos días es aceptable, pero cuando se cronifica el enfermo y se alarga el problema es grave.

  Además los hijos hoy en día suelen trabajar los dos miembros del matrimonio, quedando la casa sola sin nadie que pueda cuidar de los enfermos. Al contrario, si era el abuelo o abuela el que se encargaba de los nietos, de llevarlos al colegio, hacerles la comida, etc., ahora, ante la enfermedad de ellos a la familia se le dobla el problema, hijos pequeños y abuelos quedan con falta de cuidados. Si como hemos comentado hay un nada despreciable número de separados y divorciados, el problema se agrava.

- En los ***pueblos*** sucede algo parecido al centro de las grandes ciudades. Suelen quedar ancianos encargados del campo y colaboradores de sus hijos si éstos se han quedado en el pueblo a seguir la explotación familiar. No hace mucho operé a un señor de 70 años que vivía sólo en una casa del pueblo. Sus hijos estaban incluso fuera de España y nadie podía hacerse cargo de él. Esta situación no es rara.

ESTADO DE SALUD DEL TERRITORIO DE LA PARROQUIA

Además de conocer la realidad social de las necesidades de los enfermos para programar la acción pastoral evangelizadora hacia los enfermos, la Pastoral de la Salud no es sólo pastoral de enfermos. Debemos tomarnos en serio el cambio de denominación por el que optamos los delegados diocesanos hace más de 10 años. De Pastoral Sanitaria a Pastoral de la Salud.

Por ello debemos, al igual que la medicina debe hacer, hacer medicina preventiva, hacer nosotros Pastoral de la Salud, prevenir la enfermedad del cuerpo y espíritu de los ciudadanos que viven en el territorio que tenemos encargado para la acción pastoral evengelizadora de la parroquia, que debe ser integral si quiere ser de verdad anunciadora de la buena noticia de Jesús, el Cristo, el Salvador, que se encarnó, se hizo hombre como nosotros, para, a través de su predicación y coherencia de vida y palabra, estando dedicado al anuncio de la salvación a los que sufren, al género humano, sufrir por esta causa por amor la pasión, morir en el patíbulo de la Cruz y después resucitar glorioso, confirmando así en la fe la salvación y dando sentido a todo sufrimiento humano y a toda vida humana, incluida a la muerte, que ya no tiene la última palabra.

Por tanto, la parroquia no debe ser ajena a los problemas de salud del barrio, no ya individualmente de cada persona, sino del ambiente, del entorno en el que se vive.

Debemos estudiar si existen bolsas de pobreza en el

mismo. Si existe falta de sanidad, de salud. Si hay droga, qué tipos de droga, los locales de alterne que existen, las discotecas, etc. Los bares, donde puede consumirse alcohol en exceso o lugares adonde se dirigen personas que no saben adonde ir para matar el tiempo, muchas veces aburridos de una vida sin sentido.

Haciendo un mapa sanitario y de salud pública del barrio podremos planificar las acciones pastorales. Implicar en ellas a laicos y laicas, a religiosos y religiosas, yendo a pedir ayuda y colaboración y asesoramiento a las delegaciones diocesanas, en este caso especialmente a la de Pastoral de la Salud.

No se trata sólo de conocer los centros sanitarios de agudos, de crónicos, socio-sanitarios, de enfermos mentales, minusválidos, etc. que existen en el barrio o que se crean en él, sino también estos otros centros que pueden ser productores de mala salud, para programar actividades de prevención, recuperación y rehabilitación. El constituir en la parroquia un centro para los jóvenes puede evitar que éstos consuman alcohol en exceso, eduquen su sexualidad de manera sana, etc., y lo mismo con centros de ancianos.

La comunidad parroquial no puede quedarse tranquila una vez ha hecho este análisis. Debe rehacerse y reevaluarse periódicamente y debe adelantarse a los acontecimientos socio-sanitarios que vayan a producirse.

Así por ejemplo en una parroquia de Lleida capital este año pasado se abrió un centro socio-sanitario de más de 100 camas. El equipo de pastoral de la salud de esta parroquia, puesto en contacto con la delegación diocesana de pastoral de la salud y ésta con el obispo, programaron unas actividades de acción pastoral en este centro. Si no hubiera sido por esta acción conjunta y estas iniciativas de la parroquia, que ahora le ha cambiado mucho el perfil sanitario del barrio, hubieran quedado descubiertas gran parte de las necesidades nuevas de acción pastoral de esta parroquia, que está en vias de resolverse.

Resulta imposible en este breve espacio realizar un detallado análisis sociodemográfico de cada uno de los 3.153 municipios de más de 1.000 habitantes que tenemos en España (no ya de todos los pueblos menores, de los que no hay ni datos fácilmente asequibles). De todas maneras, ya que se me pide tratar este tema haré un resumen de los datos más importantes de nuestro país. Remito a quien quiera profundizar sobre ello que vaya a las oficinas oficiales de estadística de su ciudad, al Ayuntamiento de su pueblo, y solicite los datos de su barrio, que son datos públicos con obligación de darlos a todos los ciudadanos. Una buena recogida de los mismos está publicada en el Anuario Social de España del 2001 de la Fundación La Caixa, que además es accesible por Internet en la dirección www.estudios.lacaixa.es/anuariosocial. De ella recogeré algunos datos.

En España somos 40.503.129 habitantes según el padrón del 1 de enero del 2000. El 96 % de los mismos vivimos en municipios de más de 1.000 habitantes.

Densidad de la Población

(Número de habitantes por kilómetro cuadrado)

La densidad media española es de 80 habitantes por Km^2. Su distribución es muy desigual. La población se concentra en las provincias costeras e insulares, junto con las capitales más principales. Madrid con 649, País Vasco (296) y Canarias (230). Desiertos poblacionales son las dos Castillas, Aragón y Extremadura, con 22, 16, 25 y 26. Barcelona tiene 613 habitantes por km^2, aunque varía tambien por barrios.

Viven en municipios urbanos (de más de 10.000 habitantes) siete de cada diez españoles, es decir, las dos terceras partes, el 13,1 % semiurbanos (de 2.000 a 9.999 habitantes) y el 17,3 % en rurales (menos de 2.000 habitantes). Más urbanas son Madrid (93,5 %), Cataluña (77,1 %), Comunidad Valenciana (76,8 %), Murcia (75,6 %) y País Vasco (74,8 %). Las más rurales son Galicia (51,7 %), Castilla y León (35,4 %) y Canarias (33,6 %).

Edad Media

En el conjunto de España es de 39,2 años, habiendo crecido en poco tiempo 0,4 años. Es significativamente más alta en mujeres (40,5 años) que en los hombres (37,8). Las —CCAA con edades mayores son:

- Asturias . . . . . 42,7 años
- Castilla y Leon . . . . . 42,4 »
- Aragón . . . . . 42,2 »
- Galicia. . . . . 41,5 »

Mientras que las Comunidades Autónomas más jóvenes son:

- Canarias . . . . . 35,9 años
- Murcia. . . . . 36,5 »
- Andalucía . . . . . 36,6 »

Esta edad media varía por los nacimientos y migraciones, siendo el peor escenario las tasas de natalidad por debajo de la media española y con emigración.

Las provincias con edad poblacional más elevada son: Teruel, Soria, Zamora, Lugo y Ourense, todas ellas por encima de 44 años.

La Tasa de Natalidad

[(Nacidos vivos/total población) × 1.000 habitantes] es muy baja en España.

La media nacional es 9,1 nacimientos por mil habitantes, habiendo disminuido una décima en el último año. En la mitad sur de España la media es superior a la nacional. Murcia destaca con 13,3 nacimientos/1.000. Las más bajas son: Asturias 5,9, Galicia 6,8 y Castilla y

León con 6,9. Ourense con 5,3 y Lugo con 5,6 son las provincias más bajas.

La tasa de fecundidad

[(Nacidos vivos × 1.000 mujeres de 15 a 49 años] es también baja, del 35 por mil.

La Tasa de Mortalidad

[(Número de fallecidos/total población) × 1.000 habitantes] es baja en España, lo que indica un buen «estado de salud poblacional»: 8,9 defunciones × 1.000 habitantes habiendo crecido 2 décimas por el envejecimiento de la población en el último año.

Las más altas son:

- Asturias . . . . . 11,3 × 1.000
- Aragón. . . . . 11,0 »
- Castilla y León . . . . . 10,4 »
- Galicia. . . . . 10,3 »
- Castilla la Mancha y Estremadura. . . 9,9 »

La más baja es:

- Canarias . . . . . 7,0 × 1.000
- Madrid. . . . . 7,3 »

Por provincias Lugo con 13,4 y Ourense y Teruel con 13,2 por 1.000 son las más altas.

Los *problemas circulatorios* ocasionan el 37,2 % de las muertes y *el cáncer* el 25,7 %. En tercer lugar están las *enfermedades respiratorias* con el 10,6 % de las muertes. Las tres causas ocasionan el 73,5 % de las muertes. No hay diferencias entre CCAA.

El Sida en junio del 2000 había afectado a 14.174 personas en Madrid, 13.038 en Cataluña y 8.064 en Andalucía, sumando el 59,5 % del total. En España se han producido 1,5 casos por 1.000 habitantes, 2,7 en Madrid, 2,1 en Cataluña y País Vasco, y 2,0 en Baleares. Las tasas más bajas se dan en Castilla La Mancha, con 0,6 %, Extremadura, con 0,7 y Castilla y León con 0,8 %.

Los grupos de Pastoral de la Salud parroquiales deben integrar enfermos del sida y asistirles vigilando especialmente que no sean marginados.

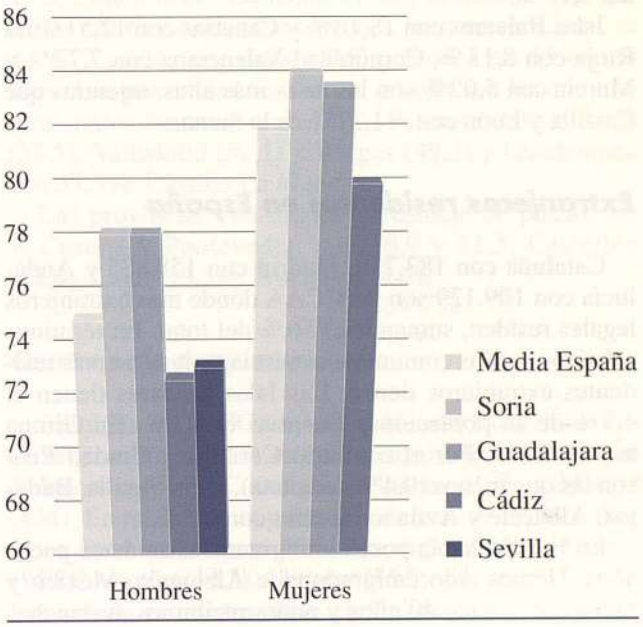
En el año 1999 se produjeron en España 97.811 accidentes de tráfico con víctimas, siendo mayor en Cataluña (23.651), Andalucía (12.927) y Madrid (12.125). En términos relativos Cataluña tiene 3,8 accidentes con víctimas por 1.000 habitantes, Baleares 4,1.

Las muertes por accidentes de tráfico fueron en Cataluña de 917, Andalucía 849, Galicia 558. Proporcionalmente hay más muertes en Navarra y Extremadura, con 21,1 y 13,2 muertos por cada 100 accidentes, aunque son las que menos muertos tienen por población, 2,5 por 1.000 en Extremadura y 1,8 por mil en Navarra, ya que se producen menos accidentes, aunque más graves. Globalmente en España se producen 3,7 muertes o heridos por 1.000 habitantes, siendo significativamente más altos en Islas Baleares con 5,8, Cataluña con 5,3 y Castilla y León, con 4,7.

La Esperanza de Vida

Número medio de años esperados de vida en el momento del nacimiento se calcula basándose en las probabilidades de muerte a diferentes edades. Los datos son de 1997 y 98.

ESPERANZA DE VIDA



España es uno de los paises con mejor esperanza de vida, siendo de 82,1 años en las mujeres y 75,2 en los hombres, es decir, 7 años menos.

En Andalucía, Comunidad Valenciana, Murcia, Extremadura, Canarias e Islas Baleares es signifiativamente menor. Soria es la provincia de mayor esperanza de vida para las mujeres con 84,1 años, León y Guadalajara con 83,6 años le siguen, mientras que la menor es Cádiz, con 80,1 años. Igual sucede en hombres, con Guadalajara (78,2 y Soria con 78,1 las que más años viven, mientras que los que menos Cádiz con 73,1 y Sevilla con 73,5 años. La diferencia entre Soria mujer y Cádiz hombre es de 11 años.

El crecimiento vegetativo

(Nacimientos/defunciones) es igual a 0 o incluso negativo. En global es de 6.477 personas en el año 1998, reduciéndose en relación al anterior.

Andalucía creció en 15.489 personas, Madrid en 11.152, Canarias en 5668, mientras que Galicia perdió

9.565 personas, Castilla y León 8825. También pierden ciudadanos Asturias, Aragón, País Vasco y Cantabria. Las Comunidades del norte pierden habitantes.

Movimiento migratorio

No estábamos acostumbrados a movernos demasiado incluso del mismo pueblo, lo cual era un drama familiar hace 30 años. Ahora en 1999 24,8 de cada 1.000 españoles han cambiado de residencia, con origen y destino siempre dentro del país. Del extranjero han entrado este mismo año 127.365 personas, un 56,8 % más respecto de 1998, aumentando exponencialmente en los últimos años. La tasa de migración (saldo por mil habitantes) es del 3,17 %.

Islas Baleares con 18,18 % y Canarias con 12,51 %, la Rioja con 8,13 %, Comunidad Valenciana con 7,72 % y Murcia con 5,02 % son las tasas más altas, mientras que Castilla y León con −1,37 % es la menor.

Extranjeros residentes en España

Cataluña con 183.736, Madrid con 158.885 y Andalucía con 109.129 son las CCAA donde más extranjeros legales residen, sumando el 56 % del total. En términos relativos son las comunidades insulares las que más residentes extranjeros tienen. Las Islas Baleares tienen el 4,7 % de su población y Canarias el 4,1 %. En Girona hay el 5,1 %. Por el contrario Córdoba y Ciudad Real son las que menos (0,4 % cada una), Jaen, Sevilla, Badajoz, Albacete y Ávila todas ellas con 0,5 %.

En España había pocos inmigrantes hasta hace pocos años. Hemos sido emigradores a Alemania, México y Sudamérica hace 40 años y ahora recibimos avalanchas de africanos y personas del este. Las parroquias deben incluir el análisis sociológico de esta realidad y tratar de formar a los visitadores de enfermos y los grupos de pastoral de la salud en la atención a la multiculturalidad, ofreciéndoles aquellos elementos culturales que es bueno conserven para no perder su identidad, pero ayudándoles a abandonar aquellos aspectos negativos, fundamentalistas, machistas, costumbres insanas y atentadoras contra los derechos humanos, enseñándoles la cultura de la salud y hábitos de vida saludables.

Tasa de Paro registrado

El porcentaje de población de 15 y más años registrada en el paro (INEM) a 30 de junio del 2001 era del 4,3 % en España. Más elevadas son las de Canarias (6,7 %), Extremadura (5,7 %), Andalucía (5,6 %) son superiores a la media, e Islas Baleares (2,2 %), Cataluña, Aragón y La Rioja con 3,0 % las que menos paro tienen.

La tasa de paro (número de parados por 100 personas activas) de finales del 2001 era del 13,0 % de media, siendo del 9 % de los hombres y de más del doble en mujeres y jóvenes.

La Tasa de Actividad o número de personas activas (ocupados y parados) por cada 100 personas en edad laboral (16 y más años) en el 2001, sacada de la Encuesta de Población Activa del INE es globalmente del 51,3 %, significativamente por debajo de la Unión Europea, siendo del 63,8 % de los hombres y 39,7 % de las mujeres. Asturias, Castilla y León y La Rioja, son las peores, y las más altas Girona e Islas Baleares.

Pensiones

- Contributivas (los que han cotizado durante su vi-da laboral) la reciben 2 de cada 3 personas de más de 65 años. Cataluña con 75,5 % y Galicia con 77,4 % son las que más, y Canarias, con 54 %, Castilla La Mancha (54,6 %) y Extremadura (54,7 %) las que menos.
- No contributivas (no han cotizado nunca o el tiempo suficiente) las perciben el 3,3 % de los españoles de más de 65 años. En Canarias es del 8,4 %.
- Asistenciales (ayudas económicas individualizadas de carácter periódico a favor de ancianos y enfermos o inválidos e incapaces para el trabajo) llegan al 0,4 %, siendo el doble en Andalucía.

Índice de infancia

[Número de niños (0 a 14 años) por 100 habitantes]
De cada 100 personas en España 14,8 tienen menos de 14 años, con la misma distribución territorial que la natalidad. Asturias, País Vasco, Castilla y León, Galicia y Aragón tienen menos niños, siendo Ourense con 10,9 % los más bajos de España.

Índice de juventud

Una de cada cuatro personas en España tienen una edad comprendida entre los 15 y 29 años, el 23,5 %. Luego de cada 100 personas en España 38 tienen menos de 30 años. Su distribución geográfica es semejante a la natalidad en la relación norte/sur. Teruel con 17,7 % y Soria con 18,3 % son las que menos juventud tienen.

Índice de dependencia

Es el número de niños (0 a 14 años) y mayores de 64 años por cada 100 adultos en edad de trabajar (15 a 64 años). Por cada 100 españoles en edad de trabajar hay 46 que se encuentran fuera del mercado del trabajo.Por cada dos adultos hay un niño y un jubilado.

Relación de dependencia más alta presentan Castilla-La Mancha (56,4 %), Extremadura (54,2 %), Castilla

y León (52,3 %) y Aragón (51,6 %), que son las de menor natalidad y más emigración. Teruel, con 66,7 %, Cuenca, con 63,6 %, Soria con 63,5 %, Zamora con 62,3 %, Ávila con 60,7 %, Ourense 59,7 % y Lugo con 59,6 % son las más dependientes. Por el contrario, Canarias (39,2 %), Madrid, con 40,7 % y País Vasco con 40,8 %. Álava con 38,8 % es la provincia con menor índice de dependencia.

Población de más de 65 años

Las que más tienen son: Cataluña (1.070.697), Andalucia con 1.040.226, Madrid con 755.212, Comunidad Valenciana, que tiene 666.605, Castilla y León con 545.423 y Galicia con 543.771. Destaca Barcelona con 792.036 y el de Madrid. La mayoría son mujeres por su mayor longevidad. Hay en España 1.000.000 más de mujeres que hombres mayores de 65 años. (3.911.266 frente a 2.829.637). De 100 personas 58 son mujeres y 42 hombres).

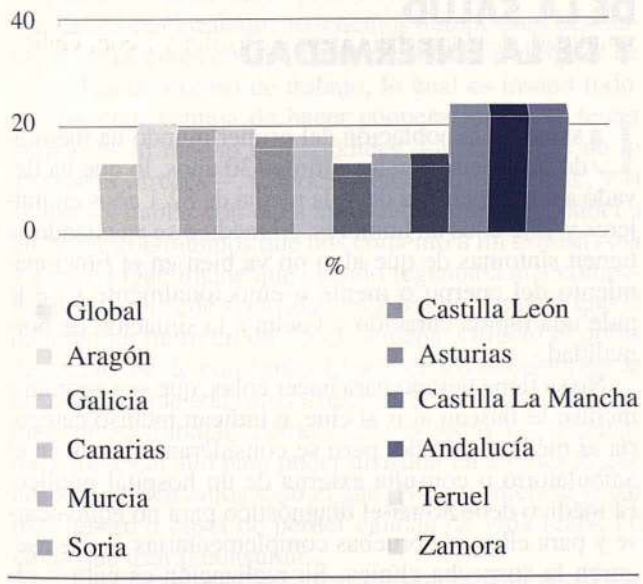
Con respecto al año anterior han aumentado en 236.125 personas, un 3,6 %, mayor que el de la población total, un 0,9 %.

Índice de vejez

(Número de mayores de 65 años por 100 habitantes.)

ÍNDICE DE VEJEZ

Media España: 16,8 % > 65 años



El 16,8 % de la población española tiene más de 65 años. Castilla y León 21,9 %, Aragón con 21,4 %, Asturias con 21,1 %, Galicia con 19,9 % y Castilla-La Mancha con 19,8 % son las de índices más altos, mientras que Canarias (11,6 %) Andalucía (14,2 %) y Murcia (14,4 %) las que menos. Teruel tiene 26,9 % y Soria y Zamora 26,7 % son las provincias con más viejos.

Plazas de Residencias

Cataluña 40.375 plazas, Madrid 29.745, Andalucía 27.282 y Castilla y León 24.614 son las que más plazas de residencias tienen. Mejor dotadas están Cantabria con 47,1 plazas por 1.000 habitantes de más de 65 años, Castilla y León 45,1, La Rioja 44,1, Aragón y Navarra 43,2, Madrid 39,4, Cataluña 37,7 y Castilla La Mancha 35,9 son las Comunidades con mejores dotaciones de plazas.

Las Comunidades con menos plazas son: Galicia con 14,5, Comunidad Valenciana (15,0), Murcia (17,4), Canarias (20,6) y Andalucía con 26,2. La media nacional es de 31,2 plazas por cada 1.000 personas de 65 o más años. Las provincias de Castilla y León son las que mejores ratios tienen: Soria (72,3), Palencia (63,1), Ávila (54,5), Valladolid (50,1) y Burgos (49,3) y Guadalajara con 57,3 de Castilla La Mancha.

Las provincias con menos porcentaje de plazas son A Coruña y Pontevedra, con 10,9 y 11,5, Castellón (13,0), Lugo (13,5) y Alicante (14,2).

Centros de mayores

Cataluña es la CCAA con más centros de mayores (1.286), sobresaliendo sobre las siguientes: Comunidad Valenciana (561), Castilla La Mancha (442) y Madrid (434). En relación a la población de más de 65 años destacan Extremadura con 16,5 centros por 10.000, Murcia (14,8), Aragón (14,3), Navarra (13,2) y Cataluña (12,0). Los peores resultados están en Galicia (1,1), Andalucía (3,0) y Cantabria (3,1). La media de España es de 7,8 centros de mayores por cada 10.000 habitantes de 65 años y más.

Centros hospitalarios

En España existen 851 centros hospitalarios en régimen de internado con 162.608 camas (datos de 1998). Cataluña, con 186 centros y 31.456 camas y Andalucía con 104 centros y 23.689 camas son las que destacan en términos absolutos.

Madrid, que cuenta con 80 centros, dispone de casi tantas camas como Andalucía (22.580). Por población Islas Baleares con 3,2 centros por 100.000 habitantes y Cataluña con 3,0 son las mejor dotadas, mientras que Andalucía, con 1,4 y Comunidad Valenciana con 1,5 las que menos.

Cataluña tiene de media 5,1 camas por 1.000 habitantes, Canarias y Aragón, con 5,0 son las de mejor ratio, mientras que la Comunidad Valenciana con 3,0, Andalucía y Castilla La Mancha con 3,2 las de peor tasa.

De titularidad pública son el 68,1 % de las camas, mayoritariamente en hospitales grandes, siendo los medios y pequeños más privados. La Rioja tiene el 94,6 % de camas públicas, Extremadura el 90,4 %, Aragón el 84,0 % las que más y Cataluña con el 59,1 %, junto con Navarra con el 38,6 % las que menos camas públicas tienen. En Barcelona dos de cada tres camas están adscritas a centros de titularidad privada. Es de destacar, por ejemplo, que Lleida tiene 738 camas públicas (1.410 totales), mientras que Tarragona tiene 1.613 públicas (3.609 totales) y Girona 1.622 públicas (2.744 totales), Girona tiene 565.599 habitantes, Tarragona 598.533 y Lleida 361.590.

También es interesante conocer la situación religiosa del barrio y ciudad. Ofreceré algunos datos generales:

Primero tomaremos como referencia la tasa de nupcialidad [(número de matrimonios/total población) × 1.000 habitantes] es del 5,1 por 1.000 habiendo aumentado dos décimas en el último año.

Más elevadas son las tasas al sur de Madrid y litoral mediterráneo: Murcia 5,7 y Comunidad Valenciana 5,6 y las más bajas Castilla y León con 4,1 por mil.

Matrimonio católico

De cada 100 matrimonios celebrados en España 76 lo hacen por el rito católico. Son las CCAA del sur de España las que muestran unos ratios más elevados de matrimonios católicos, todas ellas por encima del 80 % (Andalucía, Castilla La Mancha, Extremadura y Murcia). Al contrario Cataluña y las Comunidades Insulares las que más matrimonios civiles registran, uno de cada 3.

Los españoles llegan al matrimonio a los 30 años, mientras que las mujeres a los 28 años, habiéndolo retrasado en los últimos años. Esto explica la caída de la natalidad y fecundidad. No hay diferencias significativas en función del territorio.

Separaciones y Divorcios

En 1999 en España se han registrado 42.390 separaciones y 26.386 divorcios. Cataluña, con 14,1 separaciones por 10.000 habitantes, Murcia con 12,4, Islas Baleares con 12,2, Comunidad Valenciana 11,9 y Madrid con 11,5 son las que sobresalen de la media nacional de 10,5 separaciones y 6,6 divorcios. Castilla La Mancha con 7,1 Extremadura con 7,0 Galicia y la Rioja con 8,7, Navarra y Andalucía con 9 son las que menos separaciones tienen.

Declaraciones del IRPF a favor de la Iglesia Católica: (el 0,5239 %) del año 1997. (excepto País Vasco del que no se tienen datos).

El 36,6 % de las declaraciones (una de cada tres) asignan a la Iglesia Católica el 0,5 % del IRPF. Mayor en Castilla La Mancha 52,4 %, Murcia (49,8 %), Extremadura 49,6 %, Andalucía (45,9 %) y Castilla León (45,5 %). Por el contrario, la tasa más baja se registra en Cataluña dónde sólo 1 de cada 4 (25,3 % de declaraciones se asignan a la Iglesia católica.

En dinero Madrid con 3.727,1 millones de pesetas junto con Cataluña con 2.812,3 millones y Andalucía con 2.416.5 millones de pesetas son las comunidades autónomas que más dinero dan a la Iglesia.

El número de lugares de culto de otras religiones registrado en el año 2001 es de 190 en Andalucia, con Málaga, Sevilla y Cádiz con mayor número, 23 en Aragón, 19 de ellos en Zaragoza, 12 en Asturias, 21 en Islas Baleares, 59 en Canarias, 2 en Cantabria, 34 en Castilla y León, 35 en Castilla La Mancha, 272 en Cataluña. 226 de ellos en Barcelona, 88 en la Comunidad Valenciana, con 41 en Alicante y 42 en Valencia, 11 en Extremadura 40 en Galicia, con 21 en Pontevedra y 14 en A Coruña, 239 en Madrid. 25 en Murcia, 4 en Navarra, 16 en el País Vasco, 5 en La Rioja, 12 en Ceuta y 10 en Melilla, con un total de 1.098.

Al igual que existen estos datos generales, otros muchos se pueden encontrar relacionados con el barrio o pueblo en el que está ubicada la parroquia. Conocerlos es muy importante para la planificación de la actividad pastoral en general y de la Pastoral de la Salud en particular.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO Y VIVENCIA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

La salud de la población del primer mundo ha mejorado muchísimo en los últimos 30 años, lo que ha llevado a una esperanza de vida media de 82,1 años en mujeres y 75,2 años en hombres. Al médico se va cuando se tienen síntomas de que algo no va bien en el funcionamiento del cuerpo o mente o emocionalmente y se le pide una rápida curación y vuelta a la situación de normalidad.

No se tiene tiempo para hacer colas, que se soportan e incluso se buscan al ir al cine, o indican incluso categoría al médico privado, pero se consideran injustas en el ambulatorio o consulta externa de un hospital público. El médico debe afinar el diagnóstico para no equivocarse y para ello pide pruebas complementarias que le aseguren la sospecha clínica. Su realización es cara y requiere de más demora, mal tolerada.

No obstante, dentro del esquema mental del primer mundo, tecnificado, una prueba sofisticada tecnológica es psicológicamente casi medio curativa: —me han hecho hacer una resonancia, me han pasado por un aparato muy grande, etc.— El médico que prescribe pocas prue-

bas complementarias y además receta medicamentos baratos debe ser malo y anticuado, piensan algunos. Si además no tiene un buen coche, va muy bien vestido caro, entonces es que no se gana bien la vida, lo cual quiere decir que es malo.

Cuando se llega a un diagnóstico de enfermedad aguda y tratable, entonces el problema es menor. Se sufre pues se quiere estar sano cuanto antes mejor, pues no se tiene tiempo para estar enfermo. La enfermedad no la tenemos programada en la agenda y no cabe en ella.

Si se trata de ingresar en el hospital para someterse a una intervención quirúrgica que te restituirá casi al completo a la salud, el problema es menor y queda reducido a un número limitado de días. Con la ayuda de familiares y amigos se suele resolver. Además el enfermo puede luego fardar de la operación, sobre todo si ha sido difícil o con tecnología moderna.

Cuando la enfermedad es incurable y el paciente no puede volver a la situación de salud anterior, entonces surge un grave trastorno personal y familiar. Puede suceder que el ritmo de vida que llevaba antes obligado por el trabajo ahora ya no pueda seguir así: un infarto, por ejemplo, y ello puede llevar a disminuir los ingresos, o incluso a perder el empleo. Si habían adquirido hipotecas o préstamos cuando cumplen los plazos de devolución pueden quedarse incluso sin la vivienda.

El estilo de vida que llevamos es contradictorio

Queremos estar sanos pero llevamos una vida enferma. Estrés en el trabajo, no tenemos tiempo para descansar, o lo hacemos concentrados en unos días después de otros días de exceso de trabajo, lo cual es insano todo.

Una gran ventaja de hacer cooperación en el tercer mundo es lo mucho que aprendes —mucho más de lo que das u ofreces—. Conoces gente muy diferente, y si te abres a hablar con ellos aprovechas mucho. Conocí a un belga trotamundos que nos comentó a mi esposa Ana y a mi en Quelimane que cuando regentaba una compañía de guardias de seguridad en Paraguay intentó que le hicieran un muro en un fin de semana. Ofreció el doble de sueldo. No lo consiguió. El jefe de los trabajadores le dijo: «mire que son raros ustedes los europeos y norteamericanos; trabajáis como esclavos todas las semanas once meses al año para poder disfrutar en un mes lo que nosotros disfrutamos todo el año. No nos interesa ganar más dinero a costa de perder calidad de vida real», no cosas que usar o consumir.

Así pues, nosotros conducimos rápido para llegar antes, jugándonos un accidente. Comemos más de la cuenta y sufrimos de gota o de obesidad o de enfermedades de la buena vida. Otros son incapaces de ser castos y hoy sufren el Sida, otros caen en el mundo de la drogadicción para tener placer inmediato, fuman y beben y padecen cáncer de pulmón y cirrosis hepática.

Queremos estar sanos pero llevamos una vida enferma.

Todo ello es fruto de la falta de ideales claros de vida. Demasiadas veces nos dejamos llevar por los instintos y apetencias del cuerpo actuando contradictoriamente, obteniendo un beneficio inmediato a costa de un sufrimiento posterior, que suele ser irreversible, cuando hemos «estropeado» el cuerpo de manera irreparable. Una vez más el estilo de vida que nos propone Jesús en los Evangelios es sano y sanador, y salvador.

El enfermo en los hospital está atendido y cuidado por el personal, especialmente de enfermería. Necesita a los familiares por soporte moral y también para tener un mejor servicio, ya que el personal de los centros suele ser escaso y no pueden dedicarse mucho tiempo a cada paciente. Pero si no tienen al familiar, no suele pasar nada grave. Se le atiende en la fase aguda de la enfermedad.

El problema sucede cuando se acerca el día del alta. A muchos no les va nunca bien el irse, especialmente si se trata de pasar la convalecencia en su domicilio. Las excusas, muchas de ellas reales, son muchas: no hay condiciones, espacio, no tengo a nadie, mis hijos trabajan, mi mujer es mayor y no puede, —peor aún si es el hombre el que debe cuidar a su mujer—. No es raro que el hijo, pero sobre todo la hija, suelen ser mujeres las acompañantes de los enfermos hospitalizados en un altísimo porcentaje, tenga una edad de jubilación ya sobrepasada. A los 75 años cuidan a sus madres de 95 años, y se pasan días y días mal durmiendo, mal comiendo, con los pies hinchados, al lado de la cama de su madre o padre. No pocas caen enfermas en este periodo.

¿Qué hacer en estas situaciones? La Pastoral de la Salud tiene también que tener previstas estas realidades. Las parroquias en cuyos territorios hay centros sanitarios deben programar también la actividad pastoral de manera coordinada con la pastoral hospitalaria.

El enfermo en urgencias es otro drama de la España de hoy que persiste en el siglo XXI. Los errores en la organización del sistema sanitario español, el cual tiene muchos aspectos positivos, pero tiene errores también, han provocado que el acceso a una rápida asistencia de calidad técnica percibida como suficiente se dé entrando en el hospital por la puerta de urgencias, a veces la única posible, ante listas de espera interminables.

¿Qué nos encontramos en los servicios de urgencias de la mayoría de hospitales de nuestro país? Aglomeraciones, deshumanización, falta de intimidad, horas de espera, etc. Pero el enfermo sabe que lo pasará mal pero al final le harán pruebas y saldrá con un informe diag-

nóstico y tratamiento, o se quedará ingresado. Este aspecto tan nefasto de nuestro sistema sanitario debe también ser tenido en cuenta al programar la pastoral de la salud de una parroquia, evidentemente que coordinadamente con la hospitalaria.

SISTEMA SANITARIO EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XXI

Al ir entrando en el tercer milenio los españoles nos cuestionamos el sistema sanitario. Hoy en día la asistencia está transferida a las CCAA y es probable que pronto aumenten las actuales diferencias que existen en el país, y que siempre han existido, pues algunas provincias siempre han sido privilegiadas en relación a otras, y unas regiones sobre otras.

Nuestro Sistema Sanitario sigue siendo uno de los mejores del mundo, envidiado tanto por el primer mundo como por el tercero.

¿Cuáles son sus cualidades positivas?

- Ante todo se trata de un sistema universal y gratuito casi en su totalidad. Nadie en España se queda sin asistencia por falta de recursos por una enfermedad grave o urgente. Los trabajadores en activo pagamos un porcentaje de los medicamentos que nos prescribe el médico y no entra toda la asistencia, como la dental, ciertas prótesis, cierta cirugía, etc.
- La calidad de la asistencia es buena en su gran mayoría. En los últimos 15 años se ha reformado la asistencia primaria dotándola de médicos de familia con visión comunitaria de la asistencia lo que ha influido en la mejora del nivel de salud de la población.
- La asistencia hospitalaria es de calidad buena y bastante equitativa en todo el territorio nacional. Los hospitales realizan una medicina científica de calidad, muchos de ellos con docencia e investigación al más alto nivel.
- El coste de la asistencia sanitaria en España se considera muy eficiente; es decir, el cociente calidad/recursos disponibles es muy bueno. En otras palabras, con menos dinero se llega a dar mucha calidad. Otros países tienen un nivel sanitario inferior al nuestro y gastan mucho más dinero en sanidad. Todo ello cuando hablamos de cifras macroeconómicas.
- Existe un sistema social que responde a las necesidades más básicas de la población. Nadie se queda sin asistencia, ni sin techo cuando está enfermo, ni sin una mínima pensión de subsistencia.
- Existen residencias de ancianos y residencias asistidas y ayudas familiares para aquellos enfermos y familias que las necesitan.
- Se han creado unidades de hospitalización a domicilio, cirugía sin ingreso, etc., que hace que el enfermo esté menos tiempo en el hospital y pueda pronto volver a su ambiente. Ello requerirá atenciones específicas para las cuales el grupo de Pastoral de la Salud parroquial debe estar preparado.

Por el contrario el sistema sanitario español adolece de los *siguientes defectos:*

- La reforma de la asistencia primaria no se ha universalizado en todo el territorio nacional ni ha llegado con las mismas condiciones ni recursos allí donde se ha implantado.
- La asistencia primaria en los pueblos —zona rural— no es la misma que en las ciudades y zonas masificadas. En los últimos años en muchos centros primarios de salud los médicos de familia están sobresaturados de trabajo, ya no pueden realizar la medicina preventiva y salud pública necesaria, y sus consultas se han masificado, habiendo caído en la misma rutina y deshumanización del antiguo médico de cabecera de la seguridad social. Hemos retrocedido. Exigen, ¡qué menos!, 10 minutos por visita.
- La accesibilidad al médico de cabecera empieza a tener días de retraso. Hay que pedir hora y día, cuando antes te daban un número y podías acudir el mismo día.
- La accesibilidad al sistema especializado y hospitalario no es adecuada en muchas partes del territorio. Hay listas de espera para pruebas diagnósticas que es mucho peor que para intervenciones quirúrgicas no graves. Hay meses, incluso años de espera de determinadas intervenciones quirúrgicas.
- No se puede escoger aún el cirujano o especialista que te va a tratar; aunque haya mejorado este aspecto en algunos centros, en la mayoría el paciente va al servicio de..., y allí es visitado por el médico del equipo que toca y le opera otro, y probablemente le sigue otro, etc. Todo ello, evidentemente, en la medicina pública gratuita, que no en la privada. Ello ayuda a crear desconfianza en el profesional, resistencias a aceptar una secuela de la enfermedad, quejas y exigencias sobre el sistema sanitario y aumento de la patología psico-somática.
- Existen zonas de ineficiencia y de despilfarro de recursos en nuestro sistema sanitario. Algunos centros y dentro de ellos algunos servicios privilegiados están muy bien dotados y se les exige poco que demuestren el uso de los recursos que tienen a su alcance y disfrute, mientras que otros servicios y otros centros sanitarios parecen ser de un país distinto, careciendo a veces de recursos de lo más elemental. El horario y el rendimiento de algunos médicos es claramente mejorable.
- Existe desmotivación entre el personal sanitario, especialmente médicos y diplomados en enfermería. Los sueldos que perciben no se corresponden con el grado de exigencia social siempre hablando comparativamente en un mismo país, claro. Ahora que estamos en la Europa del Euro estas diferencias son mucho más notorias. Se dice que el sistema sanitario español es bajo en costos debido a ello, es decir, que cae sobre las espaldas de sus profesionales.
- Las ayudas familiares y las pensiones mínimas son muy escasas y demasiadas veces permiten sólo eso, subsistir.

- Existe un hospitalocentrismo, especialmente en la atención urgente con recursos diagnósticos, que hace haya una gran deshumanización en los servicios de urgencias de la mayoría de hospitales de referencia.
- Existe una descoordinación y no hay la suficiente interrelación entre la asistencia primaria y la hospitalaria, de manera que parece se trate de empresas distintas. Debe haber más recursos y coordinación con los centros sociales y sociosanitarios. Las altas prematuras para dejar camas libres están ocasionando serios problemas a personas mayores y enfermos sin las suficientes posibilidades adecuadas de ser bien atendidos en sus domicilios.

PERFILES DE LOS ENFERMOS EN SUS DOMICILIOS

Características de los enfermos de comienzos del siglo XXI:

- La mayoría no han integrado su fe en su vida. Viven su religión como una cosa más que poseen.
- La enfermedad no la han asumido. La consideran un accidente injusto.
- Pierden en sentido a sus vidas. Deben reelaborar toda su existencia y no están preparados para ello.
- Su vida se tambalea, sufren angustia vital. Sufren una depresión unida a la enfermedad.
- La sociedad les abandona a su suerte. Hasta ahora eran útiles y válidos, ahora son un estorbo y representan un coste añadido que impide el mayor desarrollo económico.
- Sufren una soledad profunda.

Socio-sanitariamente nos encontramos con perfiles diferentes de pacientes:

- Ancianos enfermos que viven solos en sus domicilios y no pueden valerse por sí mismos.
- Familias que no pueden atender a su miembro enfermo en su casa.
- Familias en que la enfermedad de uno de sus miembros las ha desestabilizado.
- Enfermedades agudas que requieren de atención intensa pero de tiempo limitado.
- Enfermedades crónicas que requieren dependencia de por vida de otras personas.
- Minusvalías que limitan las posibilidades de independencia.
- Enfermos en centros sanitarios que no tienen adonde dirigirse al salir de los mismos.

Todo ello dentro de modelos familiares distintos:

- Familias jóvenes que viven independientes de sus progenitores.
- Familias jóvenes que viven dependientes de sus progenitores.
- Familias ancianas que carecen de recursos.
- Medio rural más personalizado.
- Medio urbano despersonalizado.

RESUMEN

He querido hacer un repaso de las caracteristicas socio-sanitarias de la población española de comienzos del siglo XXI, que es la receptora de nuestra atención pastoral de la parroquia y directamente de la Pastoral de la Salud.

La mayoría de los enfermos están en sus domicilios. Sus necesidades, especialmente espirituales son inmensas, el campo de labor pastoral es inagotable. No hay parroquia en la cual no haya enfermos necesitados de atención humana, emocional y espiritual. La parroquia debe descubrirles y atenderles.

Hemos podido constatar que no hay dos parroquias iguales, que es necesario e imprescindible conocer la realidad socio-sanitaria de la población a la que sirve la parroquia para luego poder programar las actividades pastorales respondiendo a sus necesidades, tal y como nos irán recordando los otros ponentes y ha quedado recogido en múltiples escritos sobre Pastoral de la Salud, especialmente el Libro del Congreso Iglesia y Salud, que todos tendríamos de releer periódicamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Anuario «la Caixa» 2001. www.estudios.lacaixa.es/anuariosocial.*
2. *Congreso Iglesia y Salud.* Ed. Edice. 1995.
3. *La Pastoral de la Salud en la Parroquia.* Labor Hospitalaria.

Retos de las nuevas situaciones a la Pastoral de la Salud en las parroquias

AMALIA RODRÍGUEZ BERNAL

Doctora en Medicina y Cirugía. Delegada de Pastoral de la Salud. Sevilla

La Dra. Amalia Rodríguez nos invita en su exposición a descubrir cuáles son los retos de la Pastoral de la Salud en las parroquias.
En primer lugar, realiza un recorrido histórico sobre el avance que ha hecho esta pastoral desde 1985 y a partir de ahí, plantea algunos de los retos a los que se enfrenta la Pastoral de la Salud en este nuevo siglo.

La primera vez que el Departamento Nacional de Pastoral de la Salud de la CEE se planteó como tema de reflexión la Pastoral de la Salud en las Parroquias fue en la X Reunión Nacional de Delegados Diocesanos. Corría el año de 1985 y en la sociedad española se había abierto un importante debate sobre los sucesivos borradores de la futura Ley General de Sanidad que sería promulgada el 25 de Abril del siguiente año (1986).

Una cuestión importante que se planteaba era la potenciación de la Atención Primaria de Salud. Esto suponía, el acercamiento de los recursos humanos y técnicos, a los lugares de residencia, haciendo hincapié en la prioridad de la promoción de la salud, sobre la asistencia sanitaria y contemplando así mismo, la rehabilitación y reinserción social como medios necesarios para elevar el nivel de salud de la población

La asistencia hospitalaria, que hasta entonces había tenido un desarrollo primordial y que era prácticamente la única existente, quedaba relegada a un segundo plano e indicada para situaciones que requirieran sin otra alternativa, el ingreso hospitalario. En estas circunstancias, la permanencia sería por el menor tiempo posible, pasando a ser ésta, un parámetro de medición de la calidad asistencial.

Paralelamente, desde la Iglesia, la Pastoral Sanitaria se entendía como Pastoral Hospitalaria, pues la convicción existente era que los enfermos estaban en el hospital.

El cambio del modelo de asistencia suponía la mayor permanencia de los enfermos en sus domicilios. La Reunión Nacional de Delegados Diocesanos de 1985, nos sirvió para ir tomando conciencia de que tenía que cambiar nuestra visión y planteamiento sobre cómo debía ser actualizada la presencia de la Iglesia junto a los enfermos y la relevancia que tendría que ir adquiriendo en los años venideros la Pastoral de la Salud en las Parroquias.

Es a partir de entonces, cuando se inicia una reflexión en la Iglesia española, sobre el papel de las comunidades cristianas en la evangelización del mundo de la salud y de la enfermedad, el Congreso «Parroquia Evangelizadora» (1988), el Día del Enfermo'90, el Congreso «Iglesia y Salud» (1994) y las Primeras y Segundas Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud en las Parroquias (1998 y 2001) entre otras, son actividades que la acreditan.

Durante este tiempo han sido importantes el avance y los logros que han quedado recogidos en las la Jornadas de Pastoral de la Salud en las Parroquias y a las cuales remito (n.º 259 Rev. LH pág. 10).

Hoy intentaremos plantear algunos retos que se nos presentan para los próximos años, y que pueden quedar englobados en un gran apartado que podemos denominar:

PASAR
DE UNA *«PASTORAL DE ENFERMOS»*
A UNA *«PASTORAL DE LA SALUD»*

NUEVA CONCEPCIÓN DEL GRUPO DE PASTORAL DE LA SALUD EN LAS PARROQUIAS

Los avances que se han dado en nuestras parroquias van principalmente, en la línea de una toma de conciencia de que la mayor parte de los enfermos viven la experiencia de enfermedad en sus domicilios, y que por ello hay que *organizar la «presencia» de la comunidad junto a los enfermos y sus familias.* Para ello se han constituido grupos parroquiales de Pastoral de la Salud cuya función primordial, y a veces casi exclusiva, es la «visita a los enfermos».

Hay que organizar la «presencia» de la comunidad parroquial junto a los enfermos y sus familias.

Esta visita pastoral está facilitando la oferta de un sentido, el testimonio del amor misericordioso de Dios y el alentar la esperanza cristiana de los enfermos y sus familias, mediante el acompañamiento, la celebración de la fe a través de la Oración y los Sacramentos o la ayuda de característica asistencial, la mayoría de las veces prestada en coordinación con Cáritas.

No obstante, está siendo urgente a mi entender, que los Equipos Parroquiales de Pastoral de la Salud asuman nuevas *funciones,* además de las ya «tradicionales». A lo largo de la exposición, intentaremos ir desarrollando algunas de ellas.

Estos grupos deberían concebirse como multifuncionales. Integrados por personas que van a llevar a cabo distintas actividades, aunque todas ellas van a estar unidas en el objetivo común de evangelizar el mundo de la salud desde la parroquia y por lo tanto, no deberían ser considerados, exclusivamente como «grupos de visitadores».

Los Equipos Parroquiales de Pastoral deben asumir nuevas funciones.

Si el objetivo fundamental es la evangelización, debe adquirir gran importancia la *formación de los miembros del —grupo en su dimensión humana, teológico-pastoral y espiritual* para que su actuación sea la de *auténticos*

agentes de pastoral—. (Conclusiones 21 Jornadas de Pastoral de la Salud en las Parroquias)

Asimismo, será muy conveniente la inclusión de profesionales sanitarios cristianos que pertenezcan a la parroquia, o bien trabajen en el Centro de Salud de la demarcación.

Su función en el grupo, no tiene por qué ser la visita, sino que pueden:

— Ayudar a la sensibilización, información, discusión de problemas que se plantean en el mundo sanitario o en la realidad asistencial concreta de los enfermos de la zona sanitaria donde está ubicada la parroquia.

— Colaborar en la educación para la salud integral de la comunidad.

En definitiva, entender así la evangelización supone un estilo diferente de promover la acción pastoral y al mismo tiempo, asumir que es *responsabilidad de toda la comunidad.*

EL CONGRESO «IGLESIA Y SALUD» INVITA A DESCUBRIR LA FUERZA SANANTE DE LA COMUNIDAD Y NOS LLAMA A CONSTRUIR COMUNIDADES QUE SEAN FUENTES DE VIDA

El Plan Pastoral de la CEE (2002-2005) en (I. 4.13) remite a

... crear climas acogedores y cálidos para todos los cristianos... no como refugios de huida, sino como hogares de encuentro y fortalecimiento...

F. Álvarez, nos recuerda en su libro «El Evangelio de la Salud» que

«la comunidad es rica en recursos saludables, porque es hogar de salud, espacio visible de libertad, que propone un estilo de vida saludable y es lugar de acogida para los diferentes y excluidos».

Las conclusiones de las Segundas Jornadas de PSP proponen como objetivos:

1. Promover en las diócesis, comunidades parroquiales con conciencia de comunidad sanante, que al estilo de Jesús de Nazaret muestren su talante sanante y sanador.

2. Fortalecer la tarea sanadora de los grupos de Pastoral de la Salud en las Parroquias en dos sentidos:

   Hacia dentro de la comunidad parroquial mediante

   — El establecimiento de una colaboración mutua con otros grupos parroquiales (Liturgia, Cáritas, Catequesis, Pastoral Familiar y Juvenil, etc.) que les ayude a «descubrir en toda acción pastoral de la Iglesia la componente sanitaria» (Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud).

   — La inserción de la Pastoral de la Salud en los Consejos Pastorales.

   Hacia fuera a través de

   — El acercamiento a la realidad sanitaria, (Centros de salud, centros socio-sanitarios, Servicios Sociales, entidades civiles o eclesiásticas cuyos fines sean la promoción o ayuda mutua de los enfermos y sus familiares) la valoración de sus servicios y el ofrecimiento de nuestra colaboración.

INTEGRAR AL ENFERMO EN LAS COMUNIDADES CRISTIANAS PARROQUIALES COMO MIEMBRO DE PLENO DERECHO: SACERDOTE, PROFETA Y REY

■ Para ello, el primer requisito será *conocerlos.* No sólo al que está imposibilitado en su casa, ingresado en el hospital, o reside en un centro asistencial, sino a todo aquel que padece y vive la experiencia de enfermedad y la limitación que ésta conlleva aunque le permita salir, trabajar, relacionarse.

■ Conocerlos significa compartir sentimientos, vivencias, reacciones, sentido, su relación con Dios... *y acercarles la vida de la comunidad cristiana...*

Debemos integrar al enfermo en las comunidades cristianas parroquiales como miembro de pleno derecho.

■ Pero es preciso también, *reconocer, favorecer y estimular su presencia, su palabra, su testimonio y su compromiso evangelizado.* Para que interpele a la comunidad y ésta pueda verse conmovida, acusada, zarandeada...

■ Esto, nos lleva a un requisito, imprescindible y para el que quizás todavía, no tenemos una sensibilidad

suficiente, *hacer sitio al enfermo en el seno de la comunidad.*

El Plan Pastoral de la CEE (II. 3.47), refiere:

...comunión de corazones... una mirada del corazón hacia el misterio infinito, sentir al hermano como uno que me pertenece, ver lo que hay de positivo en el otro y saber darle espacio...

- Eliminar barreras físicas y mentales, que le permita incorporarse y comprometerse en los sectores pastorales que desee (juventud, familia, catequesis, misiones)
- Facilitar su presencia viva en la Liturgia: lecturas, ofrendas, oración de los fieles, participación en la preparación del Día del Enfermo, celebración comunitaria del Sacramento de la Unción.

JUNTO A LOS MÁS NECESITADOS Y DESASISTIDOS

El nuevo modelo de atención sanitaria ha supuesto la desinstitucionalización de enfermos que requieren una gran inversión de recursos socio-sanitarios. Nuestro Sistema Sanitario, enfocado más para la resolución de procesos agudos, no contempla la atención de estas necesidades que recaen sobre unos Servicios Sociales poco desarrollados y con presupuestos escasos.

Esta situación está llevando a ciertos colectivos tales como: enfermos crónicos, ancianos enfermos, enfermos en situación terminal, minusválidos físicos y psíquicos, enfermos mentales, drogadictos y enfermos margínales con SIDA a una desasistencia. (Día del Enfermo'88)

Jesús Conde nos decía con motivo del Día del Enfermo'98. (Rev. LH n.º 246)

«Estas patologías comportan no sólo deficiencias o carencias orgánicas o psíquicas, sino también otras de índole social hasta el punto de afectar gravemente al reconocimiento efectivo y real de su condición de personas así como a su integración como ciudadanos de pleno derecho en el conjunto de la sociedad.»

Y en consecuencia, si no se atienden, llevará a la persona a una situación de marginación.

La presencia de la Iglesia junto a los enfermos no puede ser solamente religiosa y sacramental, sino que tiene que dar respuestas de manera integral a todas sus necesidades, favorecer la humanización de la asistencia promover la defensa de sus derechos y su dignidad.

En las Primeras Jornadas de Pastoral de la Salud en las Parroquias quedó reflejado entre las «dificultades», el hecho de que algunas parroquias *se sienten desbordadas por los problemas socio-sanitarios* de algunos enfermos. Personas que son conocidas, vecinos del barrio o del pueblo, que tienen rostros concretos y que se caracterizan por ser:

La Iglesia tiene que dar respuestas de manera integral a todas sus necesidades, favorecer la humanización de la asistencia, promover la defensa de sus derechos y de su dignidad.

— Ancianos enfermos que viven solos y abandonados.

— Enfermos crónicos cuyas familias se encuentran faltas de medios económicos y de personas que le ayuden en los cuidados.

— Enfermos terminales que mueren bien asistidos técnicamente, pero necesitados de calor humano.

— Enfermos mentales a quienes se niega la comprensión y el cariño.

— Enfermos drogadictos y de SIDA que despiertan miedo y rechazo en torno a ellos.

Esta realidad nos está exigiendo,

— *Impulsar acciones prácticas y eficaces de asistencia* tales como, fomentar desde las comunidades parroquiales un voluntariado sociosanitario —en el que pueden tener un papel importante los jóvenes— que se dedique a la atención de estos colectivos de enfermos desasistidos en colaboración y coordinación con otras instituciones eclesiales o civiles dedicadas a su cuidado, (Cáritas, asociaciones de enfermos y familiares, residencias, centros de acogida, etc.)

Sin que olvidemos, que la presencia de la Iglesia en estas situaciones no puede ser meramente asistencial, sino fermento de transformación que ofrece al enfermo la misma Salud de Jesucristo, implicándolo en el proceso de curación, potenciando sus recursos, sanando su libertad herida... (F. Álvarez).

— *Concienciar a la sociedad:* Frente a la apatía e indiferencia, promover en (el barrio o el pueblo), una mayor sensibilización y solidaridad hacia los colectivos de enfermos desasistidos y denunciar las injusticias y abusos.

— *Romper el cerco de marginación social:* Deshacer prejuicios y actitudes marginadoras, crear cauces de integración social, hacerles sitio en la sociedad y en la comunidad cristiana, luchar contra toda exclusión injusta.

— *Abiertos a los enfermos más desasistidos de los países pobres,* y comprometidos con las campañas e iniciativas de las organizaciones que trabajan por mejorar sus condiciones de vida y salud.

EVANGELIZAR LA CULTURA DE LA SALUD

■ El Informe Iglesia y Salud emanado del Congreso del mismo nombre y refrendado por la LXIV Asamblea Plenaria de la CEE (1995) propone como línea de fuerza para impulsar hoy una evangelización fiel a Jesucristo y al contenido sanador de su acción pastoral:

«Ofrecer un modelo de salud más fiel a los valores evangélicos y una iluminación ética de los problemas sanitarios».

■ El Plan de Pastoral CEE para el cuatrienio (2002-2005) señala entre las prioridades pastorales (11. 3. 57), que ante:

... las nuevas pobrezas: drogadicción, SIDA, abandono de mayores, marginación y discriminación social...

... los problemas nuevos que reclaman una respuesta ética... desequilibrio ecológico, potencialidades de la ciencia... biotecnología... amenaza de la vida... desestructuración de la familia... banalización de la sexualidad humana...

La contribución noble y sincera de la Iglesia para iluminar éticamente estos problemas y animar a los católicos a que se impliquen en construir la sociedad según su fe, es un ejercicio de verdadera caridad.

La Parroquia como estructura más cercana a los fieles, y lugar donde se vive en la práctica la fe, se convierte en el lugar idóneo para ir haciendo realidad esta evangelización de la cultura actual de la salud.

Es por ello, que el equipo de Pastoral de la Salud de la parroquia tiene que asumir su tarea de impulsar y promover, que desde los sectores pastorales encargados de la educación en la fe y del acompañamiento en la vida, tales como (Catequesis, Pastoral Juvenil, Pastoral Familiar, de la Tercera Edad), se aborde, reflexione y enseñe, lo que dicho de forma sencilla y en un lenguaje adaptado al ámbito parroquial a mi me gusta denominar «tener una visión cristiana de la vida ante las realidades que tienen que ver con la salud y la enfermedad».

La Parroquia como estructura más cercana a los fieles se convierte en el lugar idóneo para ir haciendo realidad esta evangelización de la cultura actual de la salud.

Esto exige promover el conocimiento de todos los fieles sobre:

— Cuál es el concepto actual de salud.

— Qué lugar ocupa la salud en la escala de valores.

— Qué se entiende por calidad de vida.

— Qué estilos de vida se promueven como saludables.

— Qué lugar ocupa la persona enferma o en situación de decrépito en nuestra sociedad.

— Qué actitudes y comportamientos se derivan de ellos.

— Qué implicaciones éticas tiene todo esto para la comunidad cristiana si lo iluminamos con la Palabra de Dios...

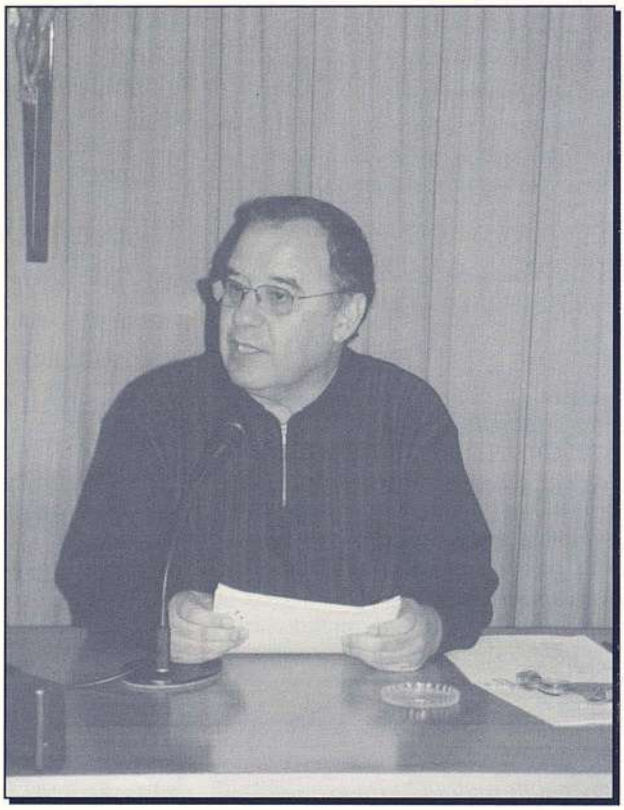
Al mismo tiempo, tenemos que ir haciendo nuestros, dando a conocer, repitiendo, divulgando, en una palabra «inculturando», pensamientos, reflexiones, aforismos, lemas, que han ido surgiendo, y madurando en nuestras reuniones, encuentros, jornadas, de Pastoral de la Salud en los distintos ámbitos: nacional, interdiocesanos, locales y por qué no, parroquiales.

Y para concluir, yo quisiera recordar un artículo de D. JAVIER OSÉS, allá por el año 85 donde decía que la salud nunca es un fin sino un medio que nos permite servir mejor a los demás y que tuvo amplia resonancia en revistas de tirada nacional.

O aquella otra idea de J. A. PAGOLA cuando dice que para él, «seguir a Jesucristo, es la manera más sana y positiva de vivir».

La Pastoral parroquial de la Salud: luces y sombras

PEDRO JARAMILLO RIVAS
Licenciado en Teología y Doctor en Sagrada escritura.
Vicario General de Ciudad Real



Según el autor, es mucho lo que se ha reflexionado en Pastoral de la Salud acerca de su realización en el ámbito parroquial, en el que fue siempre tradicional la pastoral de enfermos, con más o menos organización y participación. Hay que remitirse, por tanto, a todas esas aportaciones hechas con motivo de las habituales Asambleas o, muy especialmente y de manera muy pedagógica, con motivo del Día del Enfermo. Todo este rico y madurado material ha sido la fuente para las presentes reflexiones.

Volver a reflexionar sobre la Pastoral de la Salud en las parroquias indica, por una parte, la importancia de esta institución

secular en la promoción y encuentro de las diferentes dimensiones y acciones de la acción pastoral; y, por otra, el hecho de que aún no se ha realizado del todo la deseada integración entre parroquia y Pastoral de la Salud, o se ha realizado de manera poco satisfactoria (como, por otra parte ocurre con otros sectores de la pastoral).

De ahí que el Dr. Jaramillo presente las luces y sombras de esta mutua relación. Esta especie de esquema de trabajo: luces y sombras, que, a primera vista parece esclarecedor, no deja de entrañar dificultades. Hay, en efecto, muchas «luces ensombrecidas» y muchas «sombras iluminadas». Es difícil trazar una línea divisoria entre la «luz y las tinieblas» (como fue trazada ya en los orígenes: el día y la noche, porque también hay alba y ocaso). Nuestro caminar concreto es mucho más complejo, y en muchas luces hay sombras y en muchas sombras hay luces.

LA PASTORAL DE LA SALUD, CREADORA DE EJES FUNDAMENTALES DE LA PASTORAL PARROQUIAL

Una de las grandes ventajas de la pastoral parroquial es que, en su totalidad, no puede reducirse a ser una pastoral sectorial. La parroquia, en efecto, es una expresión particular de la completa y compleja misión de la Iglesia: «la comunidad parroquial se caracteriza, en primer término, por la 'globalidad de su misión' y, en este punto, es la unidad básica de la Iglesia particular» (Congreso de Parroquia Evangelizadora: «Parroquia, comunidad y misión»).

He ahí una primera gran luz y sombra a la vez, referida a la propia parroquia. La luz se llama ***globalidad;*** la sombra: ***inespecificidad.*** El contraste entre estas dos realidades lo expresa gráficamente el refrán castellano: «quien mucho abarca, poco aprieta». Es verdad, por ser muy abarcante, la pastoral parroquial puede ser muy poco «apretante». Puede convertirse, en efecto, en una especie de «cajón de sastre», donde todo cabe y donde nada cuadra.

Pero no necesariamente la multiplicidad (la parroquia, realidad completa y compleja) que lleva consigo la pastoral parroquial significa confusión e inespecificidad. Multiplicidad hay, efectivamente, en un cajón de sastre; pero también la hay en el cajón que guarda las piezas de un puzzle. La diferencia entre estas dos multiplicidades está precisamente en la existencia o no de un diseño sobre el cual ir encajando las piezas que mutuamente se necesitan y se complementan.

Cada una de las pastorales específicas puede y debe enriquecer el diseño global de la pastoral de una parroquia.

Las pastorales específicas, las distintas asociaciones y movimientos, los diferentes carismas y servicios... no son, separadamente y por su propia cuenta, el «diseño global» de la pastoral parroquial; son piezas del mismo, necesarias y mutuamente implicadas. Realizan parcialmente el diseño global y, entre todas, le dan una realización dinámica. Sin ellas, el diseño global sería una quimera; contra ellas, carecería de eclesialidad; con ellas, el diseño global no está ya alcanzado, pero se orienta por el buen camino.

Cada una de las pastorales específicas puede y debe enriquecer el ***diseño global*** de la pastoral de una parroquia. Y, una vez enriquecido, a ellas corresponde también una tarea de ***vigilancia:*** que en el diseño global no se pierda ninguno de los ejes que son fundamentales para la totalidad de la misión y que, desde distintos modos y con realizaciones diferentes, deben ser participados por todos, ya que pertenecen a «lo fundamental cristiano».

La Pastoral de la Salud ha realizado, sobre todo en los últimos años, una extraordinaria aportación a este diseño global de la pastoral parroquial: la ***dimensión sanante*** de la totalidad de la misión evangelizadora de la Iglesia. El paso de la «pastoral de enfermos» a la «pastoral de la salud» es todo un símbolo. Pero no quisiera dejar de comunicaros la impresión (puede ser sólo eso, una impresión) que he tenido a medida que me adentraba en el proceso de seria clarificación que habéis realizado. Me preguntaba internamente si el enriquecimiento del diseño global de pastoral parroquial con el que habéis colaborado, impregnándolo de la ***preocupación sanadora*** que tiene respecto a todo hombre y a todo el hombre, no podría haceros olvidar que lo «específico» de la pastoral de la salud es hacer este anuncio, con obras y palabras, en el mundo concreto de los enfermos.

Os transcribo un apunte que realicé este verano, al estudiar detenidamente vuestra rica documentación (testi-

monio —hay que decirlo— de una enriquecida Pastoral de la Salud): «no se pueden adjudicar objetivos tan amplios a todos y a cada uno de los sectores de la pastoral que, al final, todos sean el mismo. Esta 'convergencia' la veo, en efecto, en la línea de diseñar entre todos el que podríamos llamar 'objetivo último'. Pero, una pastoral diversificada demanda necesariamente 'objetivos penúltimos' diferentes y estrategias y acciones concretas necesariamente distintas. El 'objetivo específico' (en la línea de los 'penúltimos') de la Pastoral de la Salud sería: *el anuncio/realización del evangelio de la salud/salvación a los enfermos y a su entorno familiar, institucional y social.* La relación específica con los enfermos y con la enfermedad no puede obviarse con el pretexto de que ésta había sido el santo y seña de una pastoral sanitaria o pastoral de enfermos, superada, hoy, en muchas de sus realizaciones prácticas».

La Pastoral de la Salud ha realizado una extraordinaria aportación al diseño global de la pastoral parroquial: la dimensión sanante de la totalidad de la misión evangelizadora de la Iglesia.

Este era el apunte que materialmente hacía yo en el margen mismo de uno de vuestros documentos. Me parece que refleja bien lo que quiero decir, porque, al fin y al cabo, es lo que acontece con cualquier ***pastoral específica:*** el enriquecimiento que aporta al sustantivo «pastoral» no puede mermar ni diluir la adjetivación de «específica», que es lo que le hace anclarse y anclar el anuncio en un terreno y en unos destinatarios determinados. Refiriéndonos a la Pastoral de la Salud: hacer caer en la cuenta de que llevamos entre manos un aspecto fundamental y nuclear del mensaje cristiano: ***su dimensión sanadora,*** no equivale a querer hacer de toda la pastoral de la Iglesia «Pastoral de la Salud» (en sentido estricto), ni a querer arbitrar para cada uno de los diferentes sectores pastorales los programas, metodologías y acciones. Con relación al diseño global de pastoral parroquial, la Pastoral de la Salud (como cada otra pastoral específica) tiene una determinada e insustituible aportación: ***su enriquecimiento,*** de modo que nunca le falte ninguna de las dimensiones cristianas fundamentales y que éstas estén debidamente actualizadas para poder ser vividas por todos. Y cada pastoral específica tiene una

***El objetivo específico de la Pastoral de la Salud sería:* el anuncio/ realización del evangelio de la salud/salvación a los enfermos y a su entorno familiar, institucional y social.**

misión determinada y concreta: ***realizar el diseño global*** allí donde ella ha encontrado y elegido su campo de expresión privilegiada. (Con frecuencia he tenido que hacer esta misma reflexión en el campo de la acción caritativa y social).

Como seguramente estáis pensando, el problema se da cuando una parroquia trabaja sin diseño global, o cuando la globalidad está sólo en el nombre, pero no en la realidad concreta. Cuando la parroquia no cumple su función de integración en la comunión. Y no digamos cuando ese diseño no va más allá de la capacidad de diseñador que tenga el párroco. Son las «sombras» de una luz que se llama «diseño global de pastoral» (que de luces y sombras estamos hablando)

LA RE-CREACIÓN DEL EJE «SALVACIÓN»

En dos direcciones la Pastoral de la Salud aporta enriquecimiento al «diseño global» de pastoral parroquial que tiene en ***la salvación*** uno de sus ejes fundamentales: «por nosotros los hombres y por nuestra salvación bajó del cielo» (encarnación/salvación). Se trata de dos fuerzas de ***integralidad:*** **salvación integral.** Son: la ***dimensión sanadora*** del hombre que aporta la salvación cristiana, y su ***dimensión esencialmente religiosa:*** **salvación como gracia.**

LA DIMENSIÓN SANADORA

El cristianismo es una religión soteriológica. El mismo nombre de «Jesús» quiere decir «Yahveh salva». Y el objetivo de todas las promesas bíblicas es la salvación ofrecida y acogida como plenificación, que llega a superar incluso los anhelos humanos más íntimos: «ni el ojo vio ni el oído oyó lo que Dios tiene reservado para los que le aman» (cfr 1 Cor 2, 9). «Ahora somos hijos de Dios, y aún no se ha manifestado lo que seremos. Sabemos que, cuando se manifieste, seremos semejantes a él,

porque lo veremos tal cual es» (1 Jn 3, 2). La Encarnación supone, en efecto, un «tirón salvífico» para todo hombre con el que el Verbo encarnado se solidariza. Lo recuerda Juan Pablo II: «en el misterio de la Encarnación están las bases para una antropología que sea capaz de ir más allá de sus propios límites y contradicciones, moviéndose hacia Dios mismo; más aún, hacia la meta de la 'divinización'... Los santos Padres han insistido mucho sobre esta dimensión salvífica del misterio de la encarnación: sólo porque el Hijo de Dios se hizo verdadero hombre, el hombre puede llegar, en Él y por Él, a ser realmente hijo de Dios» (NMI, 23).

Pero, a través del tiempo, sobre la salvación han actuado «fuerzas reductoras». En las realidades que superan «lo que el ojo vio y el oído oyó», la tendencia es a describir pormenorizadamente lo no visto y oído (lo indebido) y a una cierta negligencia a prestar atención a la transformación de «lo debido» (lo humano, en cuya transformación actúa la salvación). Respecto a la salvación, la práctica pastoral entre nosotros ha insistido mucho más en «la salvación del alma» en el más allá que en la transformación salvífica del más acá. El tema se tradujo en el debate sobre las relaciones entre liberación humana y salvación cristiana.

En *Evangelii Nuntiandi,* Pablo VI estudia y presenta las relaciones entre liberación y salvación en el contexto de la evangelización, ya que ésta «lleva un mensaje explícito, adaptado a las diversas situaciones y constantemente actualizado, sobre los derechos y deberes de toda persona humana, sobre la vida familiar... y el progreso personal, sobre la vida comunitaria de la sociedad, sobre la vida internacional, la paz, la justicia, el desarrollo; un mensaje, especialmente vigoroso en nuestros días, sobre la liberación» (n.º 29). El concepto de «evangelización intensiva» marcaba campos de actuación. Reconocía el Papa que, en el Sínodo del 74, muchos obispos se habían hecho voz de pueblos «empeñados con todas sus energías en el esfuerzo y en la lucha por superar todo aquello que los condena a quedar al margen de la vida: hambres, enfermedades crónicas, analfabetismo, depauperación, injusticia en las relaciones internacionales y en los intercambios comerciales, sistemas de neocolonialismo económico y cultural, a veces tan cruel como el político...» (n.º 30). Ante esta situación afirma Pablo VI: «La Iglesia tiene el deber de anunciar la liberación..., de ayudar a que nazca, de dar testimonio de la misma, de hacer que sea total. Todo esto no es extraño a la evangelización» (n.º 30).

Esta «no extrañeza» entre liberación y salvación (entre ambas «existen, en efecto, lazos muy fuertes») lleva a Pablo VI a desentrañar los ***vínculos*** que las unen. Los hay de ***orden antropológico*** (el hombre no es un ser «abstracto»; su dimensión histórica lo hace estar sujeto a problemas sociales y económicos); de ***orden teológico*** (no se puede disociar el plano de la creación —Dios/creador— del plano de la salvación —Dios/salvador—); y de ***orden evangélico,*** fundado éste en la caridad: «¿cómo proclamar el mandamiento nuevo sin promover, mediante la justicia y la paz, el verdadero y auténtico crecimiento del hombre?» (ninguna pastoral caritativa y social —tampoco la pastoral de la salud— consiste en «lavar la cara» a un hombre «empequeñecido», sino ayudar su crecimiento hasta la meta de su realización personal y social. Y, abriendo la meta, introducirlo en horizontes insospechados; anhelados, pero no conseguidos por la mera fuerza humana: «lo imposible para el hombre que es posible para Dios»).

La exhortación de Pablo VI desarrolla después las ***mutuas relaciones entre liberación y salvación,*** sacándolas decididamente del «peligro de reduccionismo» (la pretendida victoria de la liberación sobre la salvación); y del«peligro de la huída» (ausencia de liberación en una salvación indebidamente espiritualizada). En el fondo de esta antítesis descubre Pablo VI una ***concepción antropológica.*** En la antropología del Evangelio, la salvación «no puede nunca sacrificarse a las exigencias de una estrategia cualquiera, de una praxis o de un éxito a corto plazo (n.º 33). Hay dos verbos clave para entender las mutuas relaciones entre liberación y salvación: ***reducir y abarcar:*** «la salvación *no se reduce* a la simple dimensión económica, política, social o cultural; sino que *debe abarcar* al hombre entero, en todas sus dimensiones, incluida su apertura al Absoluto, que es Dios» (n.º 32), Opta Pablo VI por la que podríamos llamar «salvación incluyente», superando las posiciones alternativas (o..., o...), o las meramente copulativas y superpuestas (y... y...): «al predicar la liberación y al asociarse a aquellos que actúan y sufren por ella, la Iglesia no admite el circunscribir su misión al solo terreno religioso, desinteresándose de los problemas temporales del hombre, sino que reafirma la primacía de su vocación espiritual, rechaza la sustitución del anuncio del Reino por la proclamación de liberaciones humanas, y proclama también que su contribución a la liberación no sería completa, si se descuidara anunciar la salvación de Jesucristo» (n.º 34).

Con su insistencia en la ***dimensión sanadora*** del evangelio y en la necesidad de ***promover la salud*** como contexto en el que «sanar» la misma enfermedad, la Pastoral de la Salud ha ayudado también a que en la parroquia se realice el ***desplazamiento hacia la vida.*** Un desplazamiento que, de acuerdo con el Congreso de Parroquia Evangelizadora, pide:

a) Mirar hacia fuera, haciendo crecer la sensibilidad hacia los problemas de la gente.

b) Analizar la realidad humana del entorno con los ojos del evangelio.

c) Hacer una parroquia acogedora, donde todos puedan encontrarse como en su propia casa.

d) Optar por la sencillez, integrando en todo la vida concreta.

e) Hacer de la parroquia un factor de humanización en el pueblo o en el barrio.

La expresión que habéis acuñado en la Pastoral de la Salud: «dar vida a los años y no sólo años a la vida» es una buena descripción de vuestra aportación a la pastoral parroquial.

f) Atender a la situación concreta de las personas.

g) Recoger en todas las actividades, también en la celebración litúrgica, la vida real de la gente.

A una parroquia sensibilizada de este modo con la dimensión humana y humanizadora de la salvación que proclama y realiza, no le debería ser extraña una Pastoral de la Salud con amplitud de objetivos, aquellos que la hacen aliarse al convencimiento y al compromiso de proclamar y hacer visible la salvación cristiana en su totalidad y aquellos otros que, mediante su propia organización y específica metodología, intentan acercar esta salvación en totalidad a los enfermos. La expresión que habéis acuñado: «dar vida a los años y no sólo años a la vida», que es una apuesta por un concepto de calidad en contexto de salvación, es una buena descripción de vuestra aportación a la pastoral parroquial, cuyo objetivo no puede ser sino el de la misión de Jesucristo: «que tengan vida y la tengan en abundancia».

LA DIMENSIÓN RELIGIOSA

No se trata de oponer dimensiones en el concepto y vivencia de la salvación, sino de integrar. La salvación cristiana engloba e incluye. Y lo puede hacer precisamente por su ***dimensión radical.*** Con base profundamente antropológica, la respuesta cristiana al deseo del hombre de salvarse es, sin embargo, explícita y rotundamente religiosa: el hombre ***espera confiadamente la salvación*** de Alguien a quien se siente remitido como origen y como meta. «Vivir con Cristo en Dios» es el fundamento de toda la salvación esperada.

Con frecuencia, pedimos a Dios en las oraciones de la Iglesia «hacer más religiosa nuestra vida». Nunca le ha faltado razón a esa súplica; y menos le falta hoy cuando, inmersos en un fuerte proceso de secularización, Dios desaparece del horizonte como creador y como salvador. Comparando la relación entre secularización y cristianismo en nuestro país y en los países de nuestro entorno europeo, me pregunto, a veces, si la diferencia no es sólo que nuestra secularización es una «secularización encubierta». Siendo una secularización idéntica y con la misma fuerza en el orden de la vida, queda encubierta, en nuestro caso, en el orden de la celebración (religiosidad popular y sacramentos «sociales», fundamentalmente).

En situación de intensa secularización, la tentación de la parroquia puede ser doble: dedicarse preferentemente a los aspectos humano/terrenos de la salvación, obviando, en el nivel de la importancia, los aspectos específicamente religiosos por considerarlos alienantes (la parroquia concebida únicamente como lugar de transmisión y vivencia de valores humanos); o la parroquia concebida preferentemente como parte de la «tapadera» que, entre nosotros, encubre una real y pertinaz secularización (la parroquia como gestora y organizadora de la religiosidad popular y de los servicios religiosos).

El gran reto que tienen, hoy, nuestras parroquias es el de ***ahondar la experiencia de Dios,*** revelada y hecha posible en el rostro de Jesús. Así lo recordaba ya el Congreso de Parroquia Evangelizadora: «la acción evangelizadora hacia otros arranca de la *experiencia personal de la salvación de Jesucristo...* El evangelizador es el primero que tiene que conocer por propia experiencia que

El gran reto que tienen, hoy, nuestras parroquias es el de ahondar la experiencia de Dios.

Jesucristo es liberador y salvador». Y, en un momento rico en cambios y en búsqueda de caminos nuevos para nuestras parroquias, expresaba el convencimiento de que «por muchos cambios que se introduzcan en el trabajo y en la estructura pastoral, nuestras parroquias no tendrán más fuerza evangelizadora, si en su interior no hay una experiencia más viva de lo que es *acoger el evangelio y convertirse a Jesucristo».* Cuando falta o se debilita esta experiencia interior, hay riesgos reales que conducen a una «organización parroquial sin alma»: «el trabajo pastoral se convierte fácilmente en actividad profesional; la evangelización, en propaganda religiosa ideologizada; la liturgia, en ritualismo vacío; la acción caritativa, en servicio social o filantrópico». Por lo que concluía el Congreso: «la parroquia no puede *anunciar y difundir la salvación cristiana* como Buena Noticia, si en su interior no tiene esa experiencia evangélica».

En la exhortación *Novo Millenio Inenunte,* Juan Pablo II ha subrayado este aspecto de la entera experiencia cristiana, recordando a todos ***la primacía de la gracia,*** desde el convencimiento de que, tanto en la vida personal como en la pastoral, sin Cristo «no podemos hacer nada» (cfr Jn 15, 5). Alimentada en la oración, la primacía de Cristo se convierte en ***primacía de la vida interior y de la santidad.*** «cuando no se respeta este principio —se pregunta y nos pregunta el Papa— ¿ha de sor-

prender que los proyectos pastorales lleven al fracaso y dejen en el alma un humillante sentimiento de frustración?» (n.º 38).

Una parroquia que, despreocupándose de la Pastoral de la Salud, no hiciera llegar al corazón mismo de la vida parroquial la ***experiencia de la enfermedad*** a través de las biografías concretas de sus propios enfermos, estaría minusvalorando, cuando no desperdiciando, uno de los canales más humanamente significativos para la experiencia de Dios. Sabemos muy bien que un tipo de hombre, cerrado sobre sí mismo, no es sujeto apto para la experiencia religiosa. Su actitud interior de auto-suficiencia choca frontalmente con el carácter eminentemente salvador de la fe que confiesa que la salvación procede de Otro. La experiencia religiosa demanda, en efecto, una ***antropología desde la pobreza.*** Por mucha autosuficiencia y arrogancia, y aunque mucho nos duela, somos ***pobres hombres.*** En este sentido, alguien ha hablado (P. Ricoeur) de la «tristeza de la finitud». Nos cuesta aceptarlo, pero es así: llenamos un trozo de vida con pasión e intensidad, hasta con hermosura: el amor, el trabajo, la familia, el progreso, la responsabilidad, el compromiso, la alegría de vivir y sus manifestaciones en la diversión y la fiesta... hacen que merezca la pena la existencia. Hay que apostar por la belleza de la vida y por hacerla más bella aún. Por ahí iría el compromiso sencillo y decidido de una Pastoral de la Salud, «amante de la vida».

Pero, en el corazón mismo de esa apuesta sincera, uno no puede sustraerse a una pregunta sencilla, pero de gran calado: ¿y no es una contradicción que esa hermosura de vida acontezca en cada uno de nosotros entre dos momentos de radical ***de-pendencia?*** El nacimiento y la muerte son dos realidades personales de-limitadoras del tiempo del gozo de la vida. Y, en este contexto, las diferentes manifestaciones de la ***in-firmitas*** (la radical falta de firmeza), aunque tantas veces sean sanadas, necesariamente nos confrontan con el hecho fundamental de una ***carencia*** («in») que afecta al hecho mismo de ser por cuenta propia («firmitas»). La de-pendencia de los demás, como necesidad de los otros que el enfermo tiene para manejarse, es una «de-pendencia en los cuidados»; hay una de-pendencia más honda de todo hombre y mujer, que se hace más intensa en la enfermedad, la «de-pendencia en el ser». En ese «ser de...» arraiga la experiencia de Dios, que se convierte en la experiencia cristiana no sólo en «ser de Dios», sino en «ser hijos del Padre» en el Hijo-Jesús. Una ***experiencia de filiación*** que se traduce en ***confianza existencial:*** «como niño en brazos de su madre».

La Pastoral de la Salud, en el contexto de la Parroquia, no sólo proclama esa confianza al enfermo, recordándole así el mensaje fundamental del que ella misma vive. No sólo se atreve a proponerlo con sosiego y prudencia a los enfermos que se alejaron de la fe. Ella misma, como comunidad parroquial, necesita que sus enfermos —aquellos que en la enfermedad han fortalecido su fe— le estén constantemente recordando a ella que el «ser de Dios y el recibir de Él la salvación» cobra perfiles decisivos precisamente cuando fallan los apoyos humanos o los intentos de auto-salvación se hacen humanamente vanos. Lo percibís vosotros y vosotras muy bien cuando la evitación del «dolorismo» no la confundís con el silencio sobre la necesidad de «plegarse» a la realidad de la «infirmitas» humana y a darle a este plegamiento un hondo sentido religioso de confianza y de entrega. En vuestras reflexiones teológico-pastorales se insiste en que también ***el enfermo acompaña a la Iglesia.*** Él es sacramento de Cristo y signo para el hombre: le hace presente su fragilidad fundamental.

En la pastoral parroquial habría que distinguir bien (y a eso estáis ayudando la Pastoral de la Salud) la diferencia de presencia eclesial entre ***enfermos, creyentes de la comunidad,*** que continúan viviendo y expresando su fe en una situación nueva, para cuya asimilación y vivencia necesitan de la ayuda y apoyo de su propia comunidad, y ***los enfermos, alejados de la fe y de la comunidad eclesial.***

De ***los primeros,*** la comunidad tiene derecho a recibir el «evangelio de la enfermedad». Ellos están llamados a ser «enfermos elocuentes», evangelizadores desde la situación nueva que están viviendo desde la fe. Acogiendo a la persona del enfermo, la comunidad acoge su mensaje. Un mensaje duro, crítico, desestabilizador, desafiante... Cada enfermo es memorial vivo de la propia fragilidad y de la propia confianza. Son estupendos los esfuerzos para promover y organizar la acogida de los enfermos: desde la supresión de las barreras arquitectónicas hasta su máxima participación activa en la vida de la comunidad. Pero su principal aportación es el ofrecimiento realista que nos hacen del «evangelio del dolor». El enfermo creyentes es un gran testigo y un gran apóstol. En este sentido hay que entender lo que se dice en el n.º 54 de *Christifideles Laici:* «el enfermo ha de recuperar el verdadero puesto en la comunidad, no simplemente como término del amor y del servicio de la Iglesia, sino más bien como sujeto activo y responsable de la evangelización».

A los ***segundos*** (los enfermos, alejados de la fe y de la comunidad eclesial) la misma comunidad (y desde ella los que están enfermos como ellos) debería saber y atreverse a ofrecerles el «evangelio de la enfermedad». Sabemos todos que no es tarea fácil, ya que la enfermedad llega deshaciendo esquemas. Pero, con motivo de la enfermedad, puede hacerse consciente también un ***realismo antropológico,*** que es un buen cauce para la apertura personal a la acogida del Evangelio. Con lucidez y talante creyente constataba Martín Descalzo: «en lo que respecta al dolor, a la enfermedad y a la muerte, podemos ganar muchas batallas, pero la guerra la tenemos perdida». Me parece que hay aquí una buena indicación para los objetivos de la Pastoral de la Salud: su tarea no es sólo colaborar para ganar batallas contra la enfermedad (¡ojalá que ganáramos cuantas más mejor!). Es

preciso que ofrezca también sentido a la pérdida de la guerra. «Saber morir» es un arte. Desde la fe, es una proclamación.

Mantener la relación filial con el Padre en el momento de la muerte, y enterrar en la confianza la esperanza en la propia resurrección es hacer un acto de fe en que la salvación nos viene de Dios a través de Jesús, «en cuyo solo nombre el hombre puede salvarse». Cuando la de-pendencia se hace humanamente abismal, crece desde lo hondo la confianza del hijo que sabe de quien se ha fiado.

Alimentar este profunda experiencia religiosa es el eje fundamental de la pastoral de la parroquia. Ella sabe que sólo desde la fe viva en Cristo, muerto y resucitado, tiene sentido su mensaje. Ella sabe que tiene que ofertar al mundo el rostro, doliente, resucitado y filial de Jesucristo, viviendo «aquellos acontecimientos de hace dos mil años como si hubieran sucedido hoy» (NMI, 28). En este sentido, la Pastoral de la Salud es un compromiso serio de actualización de lo que significa en la vida y en la muerte concreta del hombre el misterio integral de la salvación.

LA RE-CREACIÓN DEL EJE «COMUNIÓN»

El Congreso de Parroquia Evangelizadora apuntó claramente no sólo a la ***dimensión funcional*** de la comunión como cauce de organización parroquial, sino también a su significado fundamental como ***dimensión constitutiva*** de la identidad parroquial. La parroquia, en efecto, no sólo «organiza y gestiona» la comunión; ella misma es una «comunión». Se recordaba así en aquella ocasión: nuestras parroquias no pueden ponerse a servicio de la evangelización, si no van transformándose *de centros de servicios religiosos en comunidades vivas de creyentes*... La parroquia puede jugar en nuestro país un papel decisivo en la construcción de una Iglesia-comunión y en la creación de verdaderas comunidades cristianas en estos momentos en que constatamos un mosaico de grupos, asociaciones y colectivos eclesiales muy variados (Ponencia: «¿Cómo renovar nuestras parroquias?»).

Frente a esta renovada conciencia de la identidad de la parroquia, una de las experiencias más duras para quines trabajan «a pie de obra» quizás sea, hoy, la «utilización» de la parroquia como agencia de servicios religiosos por parte de una mayoría de los bautizados, que guardan con la parroquia una relación utilitarista, fruto de un sentido de pertenencia enormemente debilitado y preferentemente funcional. En esta situación, todo se resiente y difícilmente encaja nada en las más decisivas dimensiones de la que está llamada a ser una «comunidad de fe».

Desde la Pastoral de la Salud situáis aquí todos vuestros esfuerzos para que la recepción de los «sacramentos de la enfermedad» (reconciliación, eucaristía y Unción)

> ***La parroquia, en efecto, no sólo organiza y gestiona la comunión; ella misma es una comunión.***

sea vivida con clara conciencia de comunión eclesial. En todo ese caudal comunitario incorporáis la distribución de la comunión en conexión con el domingo y con la eucaristía parroquial, así como la celebración comunitaria de la Unción y la formación de todos (enfermos y sanos) acerca del carácter específico de los sacramentos de la enfermedad, especialmente de la Unción, como sacramentos para creyentes vivos y no como remedio «in extremis» para un mejor tránsito. Sabemos lo que sufrís en este sentido cuando también la Pastoral de la Salud es considerada más como «aseguradora de servicios» que como «constructora de comunidad eclesial».

Cualquier pastoral organizada (y la Pastoral de la Salud lo es) se convierte en una ***mediación*** (incluyendo el doble movimiento de «ida y vuelta») entre la parroquia (como expresión privilegiada de la comunión eclesial) y grupos concretos de destinatarios de su acción pastoral/evangelizadora. Como «mediación», la Pastoral de la Salud hace presente la comunidad parroquial entre los enfermos e introduce a los enfermos, de una manera viva, en la comunidad parroquial. O, para ser más precisos: mantiene viva la conciencia de comunidad en dos direcciones: hacia la parroquia (para que no «recorte» la comunión, olvidándose de los enfermos, que pertenecen, según voluntad del mismo Jesús, a la categoría de miembros privilegiados) y hacia los mismos enfermos (para que en su nueva situación humana, personal, social y eclesial, no merme su conciencia de comunión parroquial).

Cuando la «mediación» de la comunión está muy clericalizada en las diferentes manifestaciones de la organización pastoral aparece el sacerdote como si él solo fuera esta especie de «puente pastoral» que concreta la comunión eclesial en la parroquia. Se trata de una situación que puede constatarse no sólo en la mentalidad y actitudes poco renovadas de algunos sacerdotes, sino como una situación muy difundida entre los fieles de que, en pastoral, sólo vale la «mediación sacerdotal» y que la «mediación laical» es, a lo sumo, una especie de colaboración y apoyo de buena voluntad. Desde la Pastoral de la Salud habrá que reconocer y exigir que la sensibilidad evangélica del pastor se sienta inclinada de manera preferente a los enfermos (¡que tiene a quien parecerse!), pero, al mismo tiempo, habrá que crear las condiciones subjetivas y objetivas necesarias para que sea posible el compromiso parroquial comunitario con los enfermos, desde los distintos carismas y servicios:

desde la visita domiciliaria u hospitalaria hasta las justas reivindicaciones de unos sistemas sanitarios más solidarios y justos...

En el ámbito de la identidad de la Iglesia como comunión, y del fortalecimiento que ésta recibe del ejercicio de la corresponsabilidad, se mueven las reflexiones sobre este importante tema en *Novo Millenio Ineunte,* en el cp. IV, dedicado a subrayar la condición de ***testigos del amor*** de todos y cada uno de los creyentes. Nos puede ayudar entresacar alguna de sus más importantes indicaciones: ***la comunión/koinonia*** es el alma del ejercicio de la corresponsabilidad y de la coordinación que la expresa. El telón de fondo de la comunión es el mandamiento nuevo del amor como «inspirador de toda programación pastoral: 'que os améis unos a otros como yo os he amado'». De aquí arranca la comunión/koinonia que «encarna y manifiesta la esencia misma de la Iglesia» (n.º 42)

La importancia que en la programación pastoral tienen todas aquellas dimensiones más directamente relacionadas con la ***misión de sanar al hombre,*** *resultan ser en la práctica el lado más visible de esta entraña de la comunión. Con razón, al ejercicio de la caridad lo llamaba San Agustín el «octavo sacramento», dirigido especialmente a los de fuera.*

La reflexión de Juan Pablo II incluye y parte del hecho de la ***variedad de vocaciones, carismas y ministerios*** en la comunidad eclesial, como manifestación de la riqueza con que el Espíritu adorna a la Iglesia (n.º 46). La comunión apunta, pues, a una ***unidad*** que no equivale a ***uniformidad,*** sino que podría definirse como «integración orgánica de las legítimas diversidades» (n.º 46). La imagen paulina del cuerpo y de la necesidad y complementariedad de todos sus miembros ilustra una vez más esta realidad de unidad de lo diverso. Se deriva de ahí una consecuencia precisa: «la toma de conciencia de la propia responsabilidad dentro de la Iglesia» de los bautizados y confirmados (n.º 46).

Necesidad de considerar y vivir la parroquia como lugar de encuentro de la comunión e integración orgánica de la necesaria diversidad. Tratar, por tanto, de que no falten a la parroquia la diversidad de vocaciones, carismas y ministerios al servicio de las tres grandes dimensiones de su misión: el anuncio, la celebración y el testimonio. La comunión supone siempre la diversidad. Una parroquia «unitaria» no es necesariamente una parroquia «unida». La comunión se parece más a una «pieza sinfónica» que a una «melodía monocorde». Y supone siempre una gran orquesta que interprete y no sólo un gran director que dirija. Una y otro se necesitan para que suene la única partitura que todos tienen delante.

La comunión deriva, pues, en ***ejercicio de la propia responsabilidad.*** *Estamos ante un desafío importante para los próximos años de nuestra vida eclesial: es preciso* ***fortalecer el sujeto de la acción pastoral,*** *actualmente muy debilitado por la pre-valencia del sujeto sacerdotal, que aparece muchas veces como sujeto único de la acción pastoral.*

Entre la diversidad de ministerios y carismas en la Iglesia, el papa inicia, sin embargo, con el ***ministerio ordenado.*** Y, ante un posible malentendido de una minusvaloración del ministerio sacerdotal por la necesidad del reconocimiento de los demás servicios y ministerios, plantea la urgencia de una «amplia y capilar ***pastoral vocacional»,*** que tiene como suelo nutricio el entender la propia vida dentro de la dialéctica expresada en la «llamada/respuesta». En ese mismo contexto trata también las ***vocaciones de especial consagración,*** constatando de ambas «su situación dramática en países de antigua evangelización; situación achacable al nuevo contexto social de aridez religiosa, causada por el consumismo y el secularismo» (n.º 46).

Se adivina en esta primera exposición de vocaciones una advertencia, en el sentido de que la relevancia y promoción de los ministerios laicales no disminuya la preocupación pastoral por las vocaciones al ministerio y a la vida consagrada, especialmente allí donde se hace más difícil suscitarlas, acompañarlas y lograr su perseverancia.

Dada la importancia teológico-pastoral del ministerio ordenado en la marcha de nuestras parroquias, se comprenden los ***reclamos*** *que de todos los sectores pastorales llegan, para que, ya desde su propia formación, no falte a los pastores la* ***visión global*** *que los haga en medio de su pueblo instrumentos de una eficaz comunión eclesial. Apuntad ahí la cantidad de veces que, en vuestras propias reflexiones, os ha salido la necesidad de que los sacerdotes de la parroquia se impliquen la Pastoral de la Salud y que ésta sea dada a conocer ya en los Seminarios y Casas de formación.*

La ***vocación laical*** es presentada también en el mismo suelo nutricio de la vida concebida desde la estructura «llamada/respuesta». Su raíz es el ***bautismo,*** y tiene su nota característica en la ***índole secular:*** «buscar el Reino de Dios, ocupándose de las realidades temporales y ordenándolas según Dios», pero sin olvidar su tarea de «llevar a cabo en la Iglesia y en el mundo la parte que les corresponde... en la tarea de evangelizar y santificar a los hombres» (n.º 46). El Papa hace una apuesta clara por el asociacionismo laical, tanto el tradicional como el de los nuevos movimientos, pidiendo a éstos sintonía y obediencia a sus pastores; y a los pastores, la promoción y el ejercicio pastoral del discernimiento. Para terminar haciendo una especial alusión a ***la familia*** como ámbito privilegiado y transversal de la acción evangelizadora.

Se establecen claramente los ***dos ámbitos*** *de la tarea vocacional del laico: «en la Iglesia y en el mundo», acentuándose la índole secular de su misión específica, como parte de la misión de la Iglesia. Desde una* ***fe privatizada*** *no hay lugar para la vocación específica de los laicos. Incluís aquí una parte muy específica de la Pastoral de la Salud: la que tiene que ver con la implicación efectiva de los*

profesionales sanitarios cristianos, motivados en la totalidad de su trabajo por la fe que comparten y viven en su propia comunidad.

Son ellos los principales protagonistas de los grandes debates éticos con los que se siente confrontada, hoy, la promoción de la salud en nuestras sociedades avanzadas. Organizados —si fuera posible y conveniente— en grupos laicales especializados, ellos —en cuanto profesionales cristianos de la sanidad— no son ajenos a la vida parroquial ni la parroquia debe pensar que «los pierde», porque no estén directamente implicados en algunos de sus grupos pastorales (en este caso, en la Pastoral de la Salud) de carácter más «intra-eclesial».

La comunión ***es gracia y es tarea.*** Es una realidad acogida y trabajada. «Encarna y manifiesta la esencia misma de la Iglesia..., siendo fruto y manifestación del amor de Dios, derramado en los creyentes por el Espíritu Santo» (n.º 43). De ahí que el ***«nosotros»*** eclesial no sea el fruto de un pacto horizontal de agregación voluntaria, sino una manifestación de la gracia y del amor de Dios que nos pre-ceden y nos convocan.

Como ***tarea*** la comunión significa, ante todo, la eclesialidad del trabajo pastoral. La Iglesia está llamada a ser sacramento de la íntima unión con Dios y de la unidad del género humano, «realizando esta comunión de amor». Hay que notar el carácter dinámico de la expresión ***realizando.*** Aunque sea ofrecida por Dios mismo, la comunión no se nos da hecha, hay que irla realizando..., y sólo en la medida de su realización, la Iglesia será sacramento.

Para todos los que trabajamos en la Iglesia es importante descubrir este sentido dinámico de la comunión. Podemos descubrir la función de nuestra comunión concreta en el contexto de la presentación de la Iglesia como «sacramento de comunión». En el sacramento, junto a la «res» de la realidad a la que remite, se da también el «sacramentum», el signo que la hace visible. Ahí entraría nuestra comunión concreta. Desde ella, la Iglesia se hace signo e instrumento de comunión. No podemos ***olvidar la fuerza misionera de la comunión*** *ya desde los primeros momentos de la Iglesia.*

La diversidad de tareas dentro de la comunidad no puede derivar jamás en competitividad malsana, en piques infantiles, en estimaciones inmaduras del propio trabajo en confrontación con el trabajo pastoral de los demás. Los sectores pastorales tienden, en efecto, a cerrarse sobre sí mismos, cuando no a oponerse, discutiendo, incluso, cuestiones de relevancia que son más propias de organizaciones puramente humanas.

Pero, ***¿se puede programar la comunión?*** Su importancia en la programación pastoral es evidente. Tanto que Juan Pablo II puede decir que «un desafío del futuro pastoral es hacer de la Iglesia (de cada manifestación de la Iglesia) *casa y escuela de comunión*» (n.º 43).

Pero es verdad que la comunión antes que una programación es un estilo. La comunión tiene una mística, sin la cual se convierte en programa y planificación sin vida. Antes que iniciativas, la pastoral tiene que promover la ***espiritualidad de comunión,*** como base del crecimiento de todo creyente (de una manera especial de quienes, de diferentes modos, tienen encomendada la acción pastoral) y de la construcción de todas y cada una de las comunidades cristianas.

La descripción de la ***espiritualidad de comunión*** consigue plasmar una de las páginas más bellas de la Exhortación: su ***punto de arranque*** es hondo y trascendente: *la mirada (contemplativa desde el corazón) al misterio de la Trinidad,* que vive en cada uno de nosotros («vendremos a él y haremos morada en él») y cuya luz «se ha de reconocer también en el rostro de los hermanos que están a nuestro lado» (n.º 43). Los hermanos son contemplados como «lugar de manifestación trinitaria».

Una ***espiritualidad de comunión*** cargada de ***consecuencias*** personales y pastorales. Sin ellas, la vida de la Parroquia no podrá nunca expresar en la vida la pertenencia al Cuerpo místico de Cristo. Se trata de la *mutua pertenencia* (los otros «me pertenecen», yo «les pertenezco), que se manifiesta en una *verdadera y profunda amistad* (n.º 43). Realizado todo en un ámbito de *donación recíproca* (los demás son para mí un 'regalo de Dios'; personalmente yo soy un 'don para los hermanos'). La comunidad parroquial tiene que ser el 'espacio otorgado al hermano', contra todas las tentaciones de individualismo egoísta: competitividad, ganas de hacer carrera, desconfianza y envidias» (n.º 43). Se trata de un «engrase» fundamental para todas las manifestaciones de la comunión eclesial; sin él, todas ellas, por muy bien organizadas que se encuentren, pueden chirriar. Así lo recuerda la Exhortación: «no nos hagamos ilusiones: sin este camino espiritual, de poco servirían los instrumentos externos de comunión. Se convertirían en medios sin alma; en máscaras de comunión más que en sus modos de expresión y crecimiento» (n.º 43).

Esta espiritualidad de comunión la desarrolla el evangelizador en ***dos direcciones:*** *los destinatarios de su acción pastoral y los otros agentes y sectores pastorales.* ***Los destinatarios*** *jamás son «clientes». Ni es la acción pastoral una operación de marketing. El aumento de personas disponibles en nuestras parroquias para las diferentes actividades pastorales (aunque sea verdad que el perfil de los agentes de pastoral se va envejeciendo y es preponderantemente femenino) lleva parejo el* ***peligro de funcionarización,*** *o, si queréis, de* ***rutina pastoral.*** *Se tiene el peligro de no llegar a las personas por el miedo (en el evangelizador) y el rechazo (en el destinatario) al* ***acompañamiento pastoral,*** *sobre todo cuando éste es ejercido por laicos/as. En el caso de la Pastoral de la Salud, que tiene en la* ***visita domiciliaria u hospitalaria*** *una de sus principales expresiones de acompañamiento, vosotros mismos os dais cuenta de cómo puede ser una «ocasión frustrada» de realización de auténticos encuentros de comunión.* ***Los otros evangelizadores y sectores de la pastoral*** *jamás pueden ser considerados como competidores. Ni existe entre ellos una especie de pugna con miras humanas para demostrar quién es el mejor. La única competición válida en el ámbito de la*

comunión es la «aspiración al carisma mejor: al amor» (cfr. 1Cor 13).

*El **Consejo Parroquial de Pastoral** es un medio privilegiado de comunión, cuando a su existencia jurídica se añade su vida real. Es lógico que veáis en la presencia de la Pastoral de la Salud en él un reconocimiento de vuestra existencia. Pero sería poco contentarse con «salir en el guión», si después no se representa bien el papel que a uno le corresponde. El vuestro tiene que ver con «inclinar» la comunión de toda la comunidad parroquial hacia el lado de la debilidad, expresada y vivida en rostros concretos. La experiencia global que aportáis es que no deja nunca de ser verdad la afirmación creyente de Pablo: **la fuerza de Dios se realiza en la debilidad.***

LA RE-CREACIÓN DEL EJE «CARIDAD»

En el ámbito de una parroquia evangelizadora, la Pastoral de la Salud está llamada también a re-crear desde un ejercicio maduro y actualizado de la caridad, su **salida a los últimos.** Cuando la enfermedad, la minusvalía o la ancianidad se añaden a la pobreza y marginación, el resultado son situaciones de abandono y de indigencia que claman al cielo.

Cuando habéis tratado acerca de la Pastoral de la Salud en relación con la parroquia, siempre habéis reflexionado sobre este tema. No podía ser de otro modo, teniendo en cuenta la principalidad que el ejercicio de la caridad tiene en toda programación pastoral: «La caridad es un ámbito —recuerda Juan Pablo II— que debe caracterizar de manera decisiva a la vida cristiana, al estilo eclesial y a la programación pastoral» (NMI, 49).

La «concentración cristológica» de toda la Exhortación *Novo Millenio Ineunte* incluye, como punto de permanente referencia, la ***contemplación del rostro de Cristo,*** que sería incompleta «si no lo sabemos descubrir, sobre todo en el rostro de aquellos con los que él mismo ha querido identificarse: 'tuve hambre y me disteis de comer; tuve sed y me disteis de beber; fui forastero y me hospedasteis; desnudo y me vestisteis; enfermo y me visitasteis; encarcelado y fuiste a verme' (Mt 25, 35-36)» (n.º 49).

Sobre esta página evangélica (fuente de honda inspiración para la pastoral caritativa y social en nuestras parroquias), Juan Pablo II hace algunas observaciones que me parece que proyectan luz para la Pastoral de la Salud como «ministerio de la caridad».

Dice el Papa, en efecto, que se trata «de una página de cristología» y no simplemente de moral, ya que es una página que «ilumina el misterio de Cristo» y nuestra incorporación a él. La caridad es una dimensión del «ser» cristiano, del que brota una nueva manera de «obrar» en Cristo y desde Cristo. De ahí, una segunda consecuencia: la mutua relación entre ortodoxia y ortopraxis desde una sencilla aplicación a la vida de esta página del evangelio: «sobre esta página, la Iglesia comprueba su fidelidad como Esposa de Cristo no menos que sobre el ámbito de la ortodoxia» (n.º 49).

En el ámbito de una parroquia evangelizadora, la Pastoral de la Salud está llamada también a re-crear desde un ejercicio maduro y actualizado de la caridad, su salida a los pobres.

No estoy seguro de que hayamos conseguido en la pastoral parroquial esta «inclinación constitutiva» hacia los pobres. La existencia y buen funcionamiento de Cáritas en una parroquia no es por sí solo indicativo de que se haya logrado infundir en toda la comunidad y en todos los sectores pastorales esta «pasión por los pobres».

La dificultad misma con que la Pastoral de la Salud integra este amplio campo de su posible actividad, nos habla de «resistencias prácticas». El hecho de que en la mayoría de nuestras parroquias se llegue a este tipo de enfermos principalmente a través del cauce de Cáritas, no quiere decir que se excluyan otro tipo de presencias y acompañamientos. Una buena coordinación y una confianza mutua deben posibilitar la llegada de la comunidad parroquial a situaciones de necesidad tan complejas que exigen acercamientos diferenciados y complementarios.

La ***universalidad*** es otro de los aspectos del ejercicio de la caridad que estamos llamados a re-crear. Su raíz está en el misterio mismo de la Encarnación. Citando a *Gaudium et Spes,* afirma Juan Pablo II: «nadie puede ser excluido de nuestro amor, desde el momento que, con la encarnación, el Hijo de Dios se ha unido en cierto modo a cada hombre». Hacia todos ellos se dirige la necesaria opción preferencial por los pobres, ya que «en la persona del pobre hay una presencia especial de Jesús que ***impone*** a la Iglesia una opción preferencial por ellos» (n.º 49).

A pobreza universal, ***mirada universal.*** Hay que abarcar en la mirada cristiana la pobreza de todo el mundo y todos los tipos de pobreza. Cuando la pobreza material se junta a la enfermedad y al desvalimiento hace, en efecto, que la mirada a nuestro mundo no pueda ser especialmente optimista: «nuestro mundo empieza el nuevo milenio cargado de las contradicciones de un crecimiento económico, cultural, tecnológico... que ofrece a pocos afortunados grandes posibilidades, dejando no sólo a millones y millones de personas al margen del progreso, sino frente a condiciones de vida muy por de-

bajo del mínimo requerido por la dignidad humana. ¿Cómo es posible que en nuestro mundo haya todavía quien muere de hambre, quien está condenado al analfabetismo, quien carece de la asistencia médica más fundamental, quien no tiene todavía donde poder cobijarse?» (n.º 50).

La vida parroquial considerada como fin en sí misma, y no como medio de comunión universal, nos puede hacer provincianos y localistas. Se ha hecho clásico el campanario como límite de extensión de mirada, de modo que hay parroquias que no tienen organizada Cáritas, porque dicen que no tienen pobres. No me atrevería a pensar que no tienen organizada la Pastoral de la Salud, porque digan que no tienen enfermos. Pero hay veces en que la falta de amplitud de mirada llega hasta esas consecuencias. Los ojos que no ven son, en efecto, los que no quieren ver.

No sería, por tanto, extraña una Pastoral de la Salud ***misionera,*** *en el sentido más estricto del término. Muy en contacto con la Delegación de misiones y con los grupos parroquiales misioneros, se abriría a la dimensión universal de la enfermedad y de la salud y sus problemas, sobre todo allí donde ésta es más precaria y donde los enfermos son mucho más reflejo del rostro doliente de Cristo.*

La «universalidad de la pobreza» que afecta también al concepto amplio de la misma, más allá de las simples carencias económicas, establece a la Pastoral de la Salud en el nivel de «atención preferente a los pobres»; se trata de las ***nuevas pobrezas,*** *«las que afectan a menudo a ambientes y grupos no carentes de recursos económicos, pero expuestos a la desesperación del sinsentido, a las insidias de la droga, al abandono en la edad avanzada o en la enfermedad, a la marginación o a la discriminación social» (NMI, 49).*

El ejercicio de la caridad, que la pastoral parroquial promueve y encauza organizadamente, lo desarrolla toda la comunidad, pero hay en ella quienes, sintiendo una llamada especial, se ofrecen como voluntarios/as para determinados sectores de la acción caritativa y social. Son también los ***voluntarios/as*** de la Pastoral de la Salud. El voluntariado, en la pastoral de la Iglesia, se sitúa en el contexto de una importante categoría bíblica: ***la mediación.***

Así lo recuerda Juan Pablo II: hablando de la opción preferencial por los pobres, afirma que, «mediante esta opción se testomonia el ***estilo del amor de Dios,*** su providencia, su misericordia..., y se siembran en la historia aquellas mismas ***semillas del Reino de Dios*** que Jesús dejó en su vida terrena, atendiendo a cuantos acudían a Él con toda clase de necesidades espirituales y materiales» (se trata de la misma dinámica de «signo» puesta en práctica en los milagros de Jesús, como señal de la venida del Reino. A esta dinámica os referís con frecuencia en la Pastoral de la Salud). Esa llamada especial, en el caso de quienes os dedicáis de una manera preferente a la pastoral caritativa y social en cualquiera de sus manifestaciones, ha acontecido ***desde la pobreza.*** Sois de aquellos cristianos de los que Juan Pablo II afirma que, cuando se asoman al panorama de la debilidad y las carencias, «aprenden a hacer su acto de fe en Cristo, interpretando ***la llamada que él les dirige*** desde este mundo de la pobreza».

Saberse ***mediadores del amor preferente de Dios*** por los más pobres y débiles es la entraña fundamental del voluntariado cristiano. La que hace del voluntario/a un testigo y no un «profesional de segunda»; la que le hace amar y entregarse ***con*** Dios y no simplemente ***por*** Dios; la que le hace vivir una profunda armonía entre todas las manifestaciones de su existencia, comportándose en su vida normal con las mismas pautas de generosidad y entrega con que lo hace en la acción voluntaria (salir del voluntariado «esquizofrénico»); la que le hace preocuparse de su formación integral, abarcando tanto el nivel de la motivación como el de los métodos de su acción; la que le hace menguar para que crezcan todos aquellos para quienes se afana: sabe que como voluntario/a no es una simple tapadera de necesidades, sino un auténtico promotor de posibilidades...

Un voluntariado así en nuestras parroquias, en todos los sectores pastorales, pero muy especialmente en el de la pastoral caritativa y social, se convierte, sin pretenderlo, en el mejor motivo de ***credibilidad*** del mensaje anunciado. De nuevo es Juan Pablo II quien reflexiona en voz alta: «¿No sería este estilo la más grande y eficaz presentación de la Buena Nueva del Reino? Sin esta forma de evangelización, llevada a cabo mediante la caridad y el testimonio de la pobreza cristiana, el anuncio del Evangelio, aún siendo de por sí el primer acto de caridad, corre el riesgo de ser incomprendido o de ahogarse en el mar de palabras al que la actual sociedad de la comunicación nos somete cada día. La caridad de ***las obras*** corrobora la caridad de ***las palabras»*** (n.º 49).

Al hilo de *Novo Millenio Ineunte,* permitidme todavía otros tres subrayados, cuya atención puede ayudarnos a mejorar la acción voluntaria en la pastoral caritativa y social de nuestras parroquias. ***El primero*** se refiere a la *actualización de estilos,* desde la creatividad y la imaginación. Me resulta muy interesante en la Exhortación del Papa que la insistencia en la «creatividad y la imaginación» («se requiere, hoy, una mayor creatividad», «es la hora de una caridad más imaginativa») se concentre en lo que podríamos llamar el auténtico «ejercicio de la proximidad». Que yo sepa, éste había sido siempre el santo y seña del ejercicio tradicional de la caridad cristiana. Incluso, llevado al extremo del sentimentalismo paternalista, había dado pie a las caricaturas de la caridad con las que tanto se desprestigió su ejercicio. Los tiempos han cambiado, y el ejercicio de la caridad puede dejarse llevar de la «carencia de alma» con que la sociedad moderna afronta la respuesta técnica a los problemas sociales. Vosotros vivís esta situación en el campo de la enfermedad. Por eso, con palabras de Juan Pablo II, se trata de una ***imaginación*** que en el ejercicio de la caridad «promueva no tanto y no sólo la eficacia de las ayudas prestadas, sino la capacidad de hacerse cercanos

y solidarios con quien sufre, para que el gesto de ayuda sea sentido no como ayuda humillante, sino como compartir fraterno» (n.º 50).

Para no malinterpretar este primer subrayado, hay que recordar enseguida ***el segundo.*** El estilo de proximidad, típico del ejercicio cristiano de la caridad, ***incluye la promoción de la justicia.*** Y es que el ejercicio de la caridad y la promoción de la justicia no tienen por qué estar en tensión. Ni a la pastoral caritativa y social de la parroquia le es ajena una aproximación seria y comprometida a las causas que generan la pobreza; ni a la Pastoral de la Salud le son extraños todos los aspectos relacionados con las políticas de su promoción de la salud y de la atención a quienes carecen de ella.

Por ahí va el segundo subrayado de *Novo Millenio* que quería ofreceros: «la vertiente ético-social se propone como una dimensión imprescindible del testimonio cristiano. Se debe rechazar la tentación de una espiritualidad intimista e individualista, que poco tiene que ver con las exigencias de la caridad, ni con la lógica de la Encarnación, así como tampoco con la dimensión escatológica del cristianismo. Si ésta nos hace conscientes del carácter relativo de la historia, no nos exime de ningún modo del deber de construirla. A este respecto es muy actual la enseñanza del Concilio Vaticano II: 'el mensaje cristiano no aparta a los hombres de la tarea de la construcción del mundo, ni les impulsa a despreocuparse del bien de sus semejantes; antes bien, se lo impone como un deber'» (n.º 52).

El ***tercer subrayado*** tiene que ver con la implicación de ***toda la comunidad.*** La calidad del voluntariado se mide por su capacidad de no estar solo, ni de hacer una especie de «coto cerrado». Un buen voluntariado no se convierte nunca en una especie de «alivio» para el resto de la comunidad. El voluntariado, en una parroquia, no sustituye a la comunidad, la implica. Sin una comunidad cristianamente accesible y acogedora, la tarea del voluntariado quedaría siempre como tarea «al margen» de la comunidad, una tarea marginal. Lo experimentáis muy bien, cuando no lográis preocupar a toda la comunidad respecto a aquellos temas, personas y situaciones que estáis viviendo como prioritarias desde vuestro trabajo de cada día. La meta que el Papa pone a la tarea global de cada comunidad cristiana tiene sabor hogareño: «que los pobres se sientan como 'en su casa' en cada comunidad cristiana» (n.º 50). A la comunidad/hogar responde la acogida de los más débiles como hijos, y no como extraños.

La comunidad parroquial tiene en el acompañamiento de los «voluntarios pastorales» una tarea irrenunciable. A la exhortación permanente a los voluntarios/as de no bajar la guardia en su ***motivación y formación*** *debe acompañar una organización parroquial de la misma que dé al voluntario/a la posibilidad de equiparse interiormente y de estar permanentemente actualizado en lo específico de su tarea. Será de esa tarea de donde saque las más genuinas motivaciones para una intensa vida espiritual, sin la que la tarea voluntaria en la Iglesia pierde sus evidencias.*

La amplitud de miras del voluntariado depende mucho de la amplitud de horizontes de la parroquia en la que trabaja. Parroquias cerradas a la amplitud de la misión de la Iglesia, tenderán a alimentar un voluntariado en la pastoral caritativa y social (también en la Pastoral de la Salud) centrado exclusivamente en tareas asistenciales y con poca apertura a ver y juzgar la realidad, y a actuar sobre ella desde exigencias más de raíz. El carácter de proximidad y cercanía, que el estilo de acción caritativa y social de la parroquia no puede perder, no debería vivirse como excluyente de «actitudes vigilantes» respecto a las causas que generan los problemas sociales y al fomento del compromiso en su transformación según los planes de Dios.

La responsabilidad de la creación de una parroquia como «casa de todos» es tarea común. Que en ella, los más débiles (pobres y enfermos) se sientan a gusto, porque el amor fraterno es ***curativo y sanante*** *ha de ser una de las tareas fundamentales de la «animación comunitaria» por parte de la pastoral caritativa y social en general, y de la Pastoral de la Salud, en particular.*

BancSabadell

Experiencias: la Pastoral de la Salud en las parroquias

Participantes en el panel de experiencias sobre la Pastoral de la Salud en las parroquias coordinado por la Dra. Amalia Rodríguez Bernal.

PARROQUIA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA. LOS ROSALES (SEVILLA)

La experiencia de atención de los enfermos en la Comunidad Parroquial de Nuestra Señora de Fátima, está íntimamente ligada a la situación geográfica y a la historia reciente de un núcleo poblacional pedáneo, del municipio de Tocina.

Los Rosales se encuentra situado a 30 kilómetros de Sevilla, en la zona más fértil del Valle del Guadalquivir y con una excelente comunicación por ferrocarril y carretera. Desde su formación en los años cuarenta, se ha distinguido en su entorno por una floreciente economía. Las tareas del campo, las fábricas de transformación de productos como el melocotón, el espárrago o la naranja, dan trabajo durante casi todo el año a los hombres, y de una forma intensiva a las mujeres durante las compañías de recolección y envasado.

La historia de las familias de Los Rosales, es muy similar en casi la totalidad de la población; personas que vinieron de otros pueblos y provincias de Andalucía en busca de mejor fortuna, en una época (la posguerra) de penuria y dificultades. La identidad de los habitantes de Los Rosales está marcada por esta realidad: el esfuerzo por la supervivencia que hizo cada padre y madre de familia. Los niveles económicos y la calidad de vida han cambiado, pero el espíritu de superación no. El individualismo propio de los tiempos que vivimos y el ansia de dinero, se ha apoderado de los habitantes de este pueblo, que no tiene conciencia colectiva histórica.

Cuando llega la campaña de las envasadoras, casi todas las mujeres del pueblo están trabajando, algunas veces en turnos que se prolongan hasta avanzada la noche. Los niveles de comunicación en la familia se reducen, y a continuación, aparecen problemas de alcohol, desavenencias matrimoniales y depresiones.

Cada familia trabaja para superar su posición social y superar la del vecino, la apariencia aparece como un valor importante y a cultivar, por lo tanto, las enfermedades mentales son realidades que hay que ocultar. Las consecuencias las vive el propio enfermo, privado de una relación sana con la sociedad y los medios para curarse.

LA COMUNIDAD PARROQUIAL

La Comunidad Parroquial se apoya en tres pilares que configuran toda realidad evangelizadora de la parroquia y las relaciones interpersonales.

La Palabra de Dios, la Celebración y la Caridad, sin alguno de ellos no se entiende la comunidad.

La Palabra de Dios es quién convoca a todos para experimentar la Buena Noticia que se anuncia a sus vidas desde la situación concreta en que se encuentre; ya sea joven o mayor, enferma o sana, obrero o funcionario, campesino o jornalero, a todos les llega que Dios ha venido para la liberación de los más oprimidos y desvalidos de esta sociedad. Para ello, es necesario que cambiar la forma de vivir y acercamos al necesitado desde el más profundo respeto por la dignidad de la persona, desde su condición de hombre y de hijo de Dios. Naturalmente esto hay que celebrarlo dando gracias a Dios que nos reconoce y quiere como somos, con nuestras virtudes y defectos.

La Palabra

La comunidad Parroquial básicamente se compone de los grupos de formación de adultos. Estos grupos formados por un número de unas 10 personas reflexionan la Palabra de Dios. En torno a él, las mujeres y hombres se interpelan sobre sus vidas y reciben la Buena Noticia de forma sencilla, con un lenguaje asequible a todos, para que nadie se sienta excluido.

En el grupo, es fácil la participación porque los niveles de diálogo se elevan y la persona se siente más miembro activo de la comunidad. El Evangelio es anunciado desde la experiencia personal de los miembros compartida en el grupo. Se fortalece y cultiva la capacidad de escucha de todos sus miembros. La escucha se extiende a toda la persona en su integridad para concluir con aceptación y donación mutua. Así, las personas se sienten en confianza para hablar de sus problemas de salud, sean del tipo que sean, físico o mental, rompiendo la barrera de incomunicación que tienen sobre todo algunas enfermedades. No es un grupo de terapia, el grupo se reúne para la formación y la escucha de la palabra de Dios, y ésta es la que provoca que las relaciones profundicen hasta tocar aspectos como el de la enfermedad.

Todos son importantes y van profundizando en la relación personal, llegando a descubrir algunas cualidades y capacidades ocultas entre ellos, con lo que en el grupo, se promociona a la persona ampliando sus horizontes y posibilidades de relación social.

El grupo está abierto a todos, hay jóvenes y adultos, solteros y casados de manera que se enriquece con la variedad y se fortalece la tolerancia entre las personas.

El sentido evangélico de la causa de los pobres, está presente en todo momento. La urgencia que nos da las necesidades de los pobres y con un profundo respeto a los procesos personales, los miembros de los grupos van adquiriendo sus compromisos en otros grupos de trabajo de la comunidad parroquial o extra eclesial (Asociación de Vecinos, Asociación de Disminuidos, Asociación de Jubilados).

La Celebración

Un reto para esta parroquia era el templo que tenía un presbiterio elevado y el acceso se hacía por medio de cinco escalones. Actualmente tras una reforma del mismo el presbiterio ha quedado accesible para que cualquier persona mayor o minusválida participando activamente en lecturas, moniciones, peticiones, etc.

Este ejemplo bien puede significar el espíritu de las celebraciones en la comunidad parroquial. Nadie se puede privar de la celebración eucarística; no porque sea una obligación sino por que realmente es el encuentro de los hermanos en la fe. Se celebra la vida con sus alegrías y tristezas que fluye desde Dios Padre cercano y acogedor de todos en su regazo de Madre. Las convivencias trimestrales que se hacen con un sentido festivo, los momentos de oración comunitaria y retiros, se realizan y proyectan pensado en la participación de todos y las dificultades que pueden tener algunas personas en el traslado y movimientos dentro del mismo.

En fechas especialmente señaladas como es la Navidad un grupo de animación visita a los enfermos para cantarles villancicos.

La celebración del Día del Enfermo se hace el día de la patrona del pueblo y es un momento donde la comunidad se vuelca para acercar físicamente a los enfermos del pueblo.

Nuestra experiencia es que las personas enfermas de la comunidad hacen lo posible por celebrar la vida. Un ejemplo sería Carmen, una mujer mayor, con problemas cardiorespiratorios que participa activamente como organista en las celebraciones a pesar de encontrarse en una silla de ruedas y conectada permanentemente a una botella de oxigeno.

La Caridad

La acción solidaria (respuesta a la Palabra de Dios) de la parroquia está formada por distintos grupos de trabajo hacia fuera: Cáritas, Misiones, Talleres, Pastoral de la Salud. En todos estos grupos hay personas mayores (algunas con 75 años) y discapacitadas que trabajan junto a jóvenes y se sienten útiles, con capacidad de ofrecerse a los demás en tiempo y esfuerzo. Las actividades que realizan son variadas, desde realizar la acogida en el despacho de Cáritas hasta organizar talleres de corte y confección, alfabetización y animación.

EL GRUPO DE PASTORAL DE LA SALUD

Como en el resto de grupos, en éste trabajan personas mayores y jóvenes juntas, también hay personas que han padecido enfermedades como cáncer y que después de haberlo superado se han puesto al servicio para animar y acompañar a los enfermos. Este año se incorporará al grupo una muchacha con discapacidad mental. Después de ocho años participando en el grupo de formación con su madre, se ha ofrecido por propia iniciativa, para participar en las visitas a los enfermos.

El grupo de Pastoral de la Salud esta compuesto por ocho personas que se reúnen semanalmente, atiende actualmente a unos 32 enfermos en dos campos de actuación:

1. La atención a los enfermos de la comunidad.
2. El acercamiento a los alejados de la parroquia en los momentos de la enfermedad.

Los enfermos de la comunidad son atendidos acercándoles la Palabra de Dios y la Eucaristía, en oración común. La visita la viven como un momento de encuentro gozoso y esperanzador, pues no se sienten apartados de la comunidad sino que ésta, extiende sus límites hasta el lecho de la enfermedad. La enfermedad se trata como parte de la vida y en ella se hace presente Jesucristo Resucitado en su Iglesia reunida en oración.

El trabajo que entraña más dificultad es el de los enfermos alejados de la comunidad, normalmente en los primeros momentos son frecuentes los recelos por parte del enfermo o de los familiares que lo rodean. La enfermedad muchas veces no estaba en los planes de las familias donde ha llegado; ha roto el ritmo de trabajo y de actividad, una sensación de fracaso o «malfario» se hace presente.

En estos casos el grupo de Pastoral de la Salud (la gente de la Iglesia, como es conocida), muestra a la Comunidad Parroquial con una mano tendida para ayudar y acompañar en la situación que vive el enfermo y los familiares. Es el momento de estar atento a las posibles necesidades que se pudieran tener y con el máximo respeto y discreción se lleva la problemática a la comunidad para solucionarla. La experiencia nos ha dicho que en poco tiempo las actitudes cambian y los enfermos y familiares muestran su alegría por las visitas y acompañamiento.

El pueblo reconoce esta labor y la Iglesia se percibe cercana y servidora. Este año al grupo de Pastoral de la Salud le han concedido un premio local por la labor social que desarrolla en el pueblo.

PROPUESTA SANADORA

Como se puede comprobar por lo expuesto hasta ahora, el grupo de Pastoral de la Salud no hace nada fuera de lo común, visita enfermos y está pendiente de las necesidades que se presentan en las familias. Pero es cierto, que toma una dimensión especial en tanto que es portador del espíritu de acogida de toda la Comunidad Parroquial. Toda la comunidad se ha acomodado a la realidad que se vive para poder anunciar a la novedad del Evangelio.

Es la Palabra de Dios desde los grupos de formación, quién ha abierto a la comunidad para acoger a todo el que se acerca buscando sentido a su vida o explicación a una situación concreta de la vida, como muy bien puede ser la enfermedad. Una de las cosas que hemos observado desde hace algunos años, es que muchas de las personas que se acercan para incorporarse a los grupos de formación de adultos son personas con problemas depresivos o problemas familiares.

Vemos muchas veces como la misión evangelizadora de la comunidad se ve mermada por los continuos fraccionamientos en el terreno pastoral; con grupos estancos que trabajan dimensiones concretas (catequesis, Pastoral de la Salud, grupos de oración), pero que pierden la referencia de la Comunidad Parroquial, por que no se hace efectiva más que en las celebraciones dominicales, y éstas a su vez fraccionadas en varios horarios de misa.

El enfermo que se siente inútil y aislado de la sociedad no se integrará por una actuación individual; si no por la transformación de la sociedad que lo rechaza al considerarlo no productivo o como ocurre ahora objeto

de una actividad económica simplemente (geriátricos, visitas turísticas, etc.).

La Comunidad Cristiana se mostrará como alternativa cuando sea fiel al Evangelio y abra a los más desfavorecidos de esta sociedad, con los enfermos será la alternativa sanadora.

PARROQUIA DE NUESTRA SEÑORA DEL MAYOR DOLOR. SEVILLA.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

La feligresía de la Parroquia de Nuestra Señora, del Mayor Dolor de Sevilla se ubica dentro de la zona Norte de la capital, perteneciente al Distrito Municipal Macarena y está compuesta por las siguientes barriadas y calles:

- La Barriada Municipal «Virgen de los Reyes» conocida popularmente como «La Barzola». Al igual que la mayoría de las barriadas del sector fue levantada sobre la zona de las huertas que existían en la parte exterior de las Murallas de la Macarena. Se divide en dos fases, la primera realizada entre 1950 y 1952 y la segunda de 1962.
- Barriada de Nuestra Señora del Rocío terminada de construir en 1970.
- Tercera fase de la barriada Santa María del Trabajo. Construida en régimen de cooperativa.
- Otras calles difíciles de adjudicarlas a una barriada determinada. La más antigua de estas calles es Fray Isidoro de Sevilla de 1905.

POBLACIÓN POR BLOQUES DE EDAD Y SEXO

Según un análisis estadístico de la población existente en la feligresía, realizado en junio de 2001, podemos ofrecer los siguientes datos:

EDAD	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
0-14	842	702	1.544	10,51
15-29	2.242	2.056	4.298	28,3
30-64	3.065	3.490	6.555	43,53
+65	1.009	1.732	2.741	18,1

En nuestra Pastoral de la Salud trabajamos desde las orientaciones del Plan Diocesano de Pastoral

Este Plan es el marco de nuestros proyectos y medios de actuación, afrontando la realidad con unidad de criterios, objetivos y medios en la acción eclesial.

De nuestro modo de actuar en este campo de la pastoral, podemos resaltar los siguientes puntos:

- Trabajamos la Pastoral de la Salud en el ámbito parroquial, mediante un grupo de unas veinte personas que, además de visitar a los enfermos, siguen una formación permanente, mediante el trabajo del temario propuesto por la Delegación Diocesana de Pastoral de la Salud. Así mismo dan testimonio de su compromiso por nuestros hermanos enfermos ayudando en la sensibilización de los miembros de la comunidad por un mayor compromiso en el mundo de la salud.
- Procuramos integrar al enfermo en la vida de la comunidad, desarrollando actividades y creando espacios para ayudarles a potenciar todo lo que se pueda dar de sí. Deseamos que la parroquia sea en su vida una fuente de salud. A este respecto podemos decir que, estamos teniendo muy buenos frutos, por las experiencias que después indicaremos.
- A la hora de programar y actuar, tenemos muy en cuenta, la colaboración con el equipo de Pastoral de la Salud. Así como, los objetivos y medios de la Diócesis, de la Vicaría y del Archiprestazgo.

Entre nuestros objetivos prioritarios, tenemos que ayudar a nuestros mayores, enfermos, disminuidos, jubilados, viudas, etc., a salir de la pasividad y sin-sentido de vida en la que muchos de ellos se encuentran, proporcionarles cauces de acción para que puedan seguir realizándose como personas y sentirse útiles.

Los objetivos que nos proponemos por escrito en nuestras programaciones, con la ayuda del Señor, se van haciendo realidad.

Con la ayuda del Señor, y siendo conscientes de que para llevar a cabo nuestros objetivos, es necesario contar con una mínima organización pastoral y ofrecer unos medios que ayuden a los fines propuestos. Nuestra comunidad parroquial es, y desea seguir siendo, fuente de salud para la vida de muchas personas:

- Personas con discapacidad que se sienten integradas en la comunidad y en las actividades de la parroquia.
- Jubilados que salen de la pasividad.
- Mujeres viudas que, sufren por la soledad y van encontrando en la comunidad, actividades oreintadas a favorecer su presencia activa en la vida de la comunidad y de la sociedad.
- Hombres y mujeres cuya forma de vida les lleva a la soledad, la angustia, la depresión y van encontrando en la comunidad una luz en sus vidas.
- Ancianos que se sienten atendidos en sus necesidades afectivas, materiales y espirituales,
- Enfermos que, en la medida de sus posibilidades, prestan una colaboración a la parroquia, encontrando en su entrega y servicio momentos saludables en sus vidas.

- Enfermos que no se pueden desplazar a la parroquia y se sienten acompañados por la comunidad, de un modo individualizado, en su domicilio, en la residencia o en el hospital.

ALGUNOS EJEMPLOS DE CASOS CONCRETOS

■ ***Alfonso:*** 17 años de edad, es el mayor de 4 hijos del matrimonio formado por Ángel y Esperanza. Una familia de tradición religiosa que estaban muy poco vinculados a la vida de la comunidad parroquial.

Hace tres años, con motivo de la preparación de uno de los hermanos de Alfonso para la Primera Comunión, Esperanza, su madre, comenzó a asistir a catequesis de adultos. Este fue el modo en el que la familia de Alfonso, principalmente la madre y sus hijos más pequeños, comenzaron a participar en la vida de la parroquia.

Hace un año le detectaron a Alfonso un tumor tipo neuroblastoma metastático. Desde el verano del año pasado está recibiendo tratamiento de quimioterapia con el fin de reducir todo lo posible el tumor, antes de someterle a una intervención quirúrgica, que se espera pueda ser lo más pronto posible.

Las correspondientes visitas del párroco, tanto al hospital como al domicilio familiar, producirían que el padre de Alfonso fuese encontrando en el sacerdote alguien con quien poder desahogarse. Al mismo tiempo, Alfonso iba encontrando fuerzas en las personas de la parroquia que mejor le conocen.

Enrique, un joven de 27 años, persona religiosa y comprometida y de carácter positivo y alegre, es el catequista de Alfonso, quien le ayuda a prepararse para la confirmación.

Enrique, semanalmente en el hospital o en el domicilio familiar, se ve con Alfonso, en algunas ocasiones el párroco también está presente en esos encuentros, y la catequesis se convierte en catequesis familiar.

Alfonso y toda su familia van encontrando sentido a su vida, a pesar de la enfermedad y gracias a la fe.

Aquí encontramos un ejemplo de cómo una enfermedad está uniendo a una familia a su parroquia, y a la parroquia a la vida de una de sus familias.

■ ***Dolores y Andrea:*** Dolores tiene 84 años, es viudad, madre de varios hijos y está ciega desde hace muchos años. Todos sus hijos estan casados excepto una de sus hijas, Andrea, de treinta años y deficiente en grado medio.

Andrea vive con su madre, cuida de ella, la atiende en todas sus necesidades y está atenta a las tareas del hogar.

Todas las semanas Dolores y Andrea reciben la visita de los miembros del grupo de Pastoral de la Salud en su domicilio. Ambas participan todos los sábados en la celebración de la Eucaristía en la parroquia.

Andrea es una mujer muy conocida, tanto en la parroquia como en el barrio, se siente querida y respetada por todos los vecinos, que admiran lo que es capaz de hacer a pesar de las dificultades.

■ ***Conchi:*** Conchi es una mujer joven, está casada y es madre de dos hijos. Desde hace poco más de un año vive con ellos su madre, que sufre una demencia senil y uno de sus hermanos que es deficiente mental.

Conchi, a diferencia de dos hermanos suyos, no quiere que su madre y su hermano estén ingresados en una residencia y ha asumido, con la ayuda de su marido, toda la responsabilidad ante ellos. Pero esto no quita que se den en su vida momentos muy difíciles, preocupaciones, inquietudes, depresión, desánimo...

Tanto el párroco como los miembros del equipo de Pastoral de la Salud permanecen cercanos a esta familia, estando pendientes en darles todo su apoyo en los momentos necesarios.

■ ***Rosario:*** Tiene 70 años de edad, casada con un señor viudo que tiene varios hijos de su anterior matrimonio. Rosario lleva 7 años en la cama, inválida de cintura para abajo. Su esposo sufrió una trombosis hace poco más de un año. Ambos son atendidos por un hijo, del marido, soltero y por las Hermanas de la Cruz. La parroquia, por medio de Cáritas y del equipo de Pastoral de la Salud, está atenta para ayudar en la medida que sea posible.

■ ***María:*** Tiene 26 años, desde pequeña sufre artrogriposis, inmovilidad de las piernas. Ella es la encargada de recibir a todas las personas que acuden a la parroquia para asuntos administrativos y atiende el archivo parroquial. Podemos afirmar que la comunidad parroquial es algo muy importante en su vida, todos los miembros de la parroquia la quieren mucho y ella se siente en la comunidad plenamente realizada.

■ ***Mariluz:*** Tiene 57 años, sufre desde hace dos años los trastornos físicos y psíquicos que le producen un tumor en la cabeza y cuida de su madre que tiene 85 años. La comunidad es para ella su vida y un estímulo para seguir luchando. Participa diariamente en la celebración de la eucaristía, es catequista de adultos y se encarga de organizar los cantos.

■ ***Diego:*** Tiene 70 años, desde que se jubiló atiende todo el tema de mantenimiento de la parroquia y cuida de los jardines.

■ ***Enrique:*** Tiene 63 años, jubilado de banca, desde su jubilación lleva la tesorería de la parroquia.

A estos nombres podemos añadir muchos otros de mujeres y hombres, comprometidos en la vida de la parroquia y para los que ésta es fuente de salud.

PARROQUIA SAN ILDEFONSO. MAIRENA DEL ALJARAFE (SEVILLA).

Mairena del Aljarafe está situada en la cornisa del río Guadalquivir a 8 km de la capital, tradicionalmente sus habitantes se han dedicado al cultivo del olivar y cuenta con almacenes de aceitunas que dan trabajo a la población femenina. Últimamente, esta localización privilegiada con temperaturas más suaves y apreciables sobre todo en el verano han convertido al Aljarafe en zona residencial preferente para los habitantes de Sevilla y ha aumentado considerablemente el número de sus habitantes.

Este hecho ha supuesto la transformación de estos pueblos, que con las nuevas urbanizaciones, en forma de chalets y casas unifamiliares está convirtiendo la zona en pequeñas ciudades dormitorios, con población dispersa y dificultades para el conocimiento mútuo. También como dato carácterístico, en este entorno surgen múltiples residencias de ancianos, aisladas del centor histórico que dificultan la interrelación de los ancianos con el resto de los vecinos.

El templo, situado en el centro histórico de la población es una construcción de estilo mudéjar con tres naves que data del siglo XVI y que ha sido restaurado recientemente. Debido a la sensiblización de la parroquia para los enfermos, una de la prioridades en la restauración fue la eliminación de las barreras arquitectónicas a la entrada del templo y en su interior, que facilitara el acceso de las personas con dificultad de movilización, al presbiterio a través de las naves laterales y a los salones parroquiales. Así mismo, se ha construido un servicio adaptado para minusválidos.

Aunque en la parroquia siempre ha habido una preocupación por los enfermos, el grupo de Pastoral de la Salud se constituyó de forma organizada hace unos cuatro años. Consta de once personas, algunas de ellas con fuerte experiencia de viviencia personal de enfermedad, que es la que les ha impulsado precisamente a trabajar pastoralmente en este campo. Se dedican fundamentalmente a visitar a los enfermos semanalmente y dedican una reunión quincenal a la formación. Pero su misión no termina ahí, sino que intentan sensibilizar al resto de la comunidad parroquial en su corresponsabilidad con los enfermos y es por lo que los segundos sábados del mes se celebra la Eucaristía por los enfermos de la parroquia y es algo que la comunidad valora y agradece.

La parroquia quiere acoger como un feligrés más a todos y cada uno de los ancianos que viven en las tres residencias de la demarcación parroquial, y es por lo que se les visita con frecuencia, se organizan encuentros festivos con la participación del grupo de «jóvenes» y de la «tercera edad» y el último jueves de mes se celebra la Eucaristía en una de ellas. En esta celebración suelen participar familiares de los ancianos, los agentes de Pastoral de la Salud y otros miembros de la comunidad parroquial que se suman al acto.

La celebración del Día del Enfermo se hace en el templo parroquoial con la participación del mayor número posible de enfermos y ancianos dependientes a los que se les ayuda a trasladarse. Colabora toda la comunidad, los grupos de liturgía, las hermandades, los jóvenes... se celebra la Eucaristía y la Unción comunitaria de los enfermos y se termina con un ágape fraterno.

Todas estas actividades de encuentro con los enfermos se viven con gran gozo y originan en los participantes una experiencia positiva de enriquecimiento personal y de agradecimiento a Dios y a los propios enfermos y ancianos, porque son ellos con su presencia y sus testimonios de alegría, de ganas de vivir y de seguir luchando, los que nos fortalecen.

COMUNIDAD DE FE Y LUZ. PARROQUIA JESÚS OBRERO. SALAMANCA

ANTECEDENTES: MARCO

Para comprender mejor la historia y el significado de esta «Comunidad de fe y luz» nos parece necesario conocer unos datos y rasgos de la parroquia donde ha nacido y está ubicada.

La parroquia de Jesús Obrero se corresponde con el barrio de Los Pizarrales de la ciudad de Salamanca. Es un barrio compuesto en su gran mayoría por personas de la clase trabajadora, obrera, de los que nacieron al comienzo del siglo XX al margen de la ley municipal.

La parroquia ha intentado asumir los problemas del barrio, problemas propios de un barrio marginado: analfabetismo, vivienda, paro, ancianos enfermos, alcohólicos y drogadictos, discapacitdos, etc., y dar respuesta, en la medida de sus posibilidades y en colaboración con organismos y entidades.

La parroquia tiene una población de 13.000 personas.

El año 1979, la parroquia, en una búsqueda de adecuarse al Concilio Vaticano II, organiza unas jornadas con el título «Elementos de una comunidad cristiana» (hacia dentro de la comunidad y hacia fuera de la misma) dirigidas por Julio Lois, profesor del Instituto de Pastoral de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Desde entonces, comienza un camino con una doble mirada: de crear comunidad y de solidarizarse con los problemas del barrio. En este camino aparecen dos datos: Las comunidades de Fe y Luz en Salamanca y la constatación de un número elevado de discapacitados en nuestra parroquia.

El año 2000, el Consejo Pastoral de la parroquia recoge los datos anteriores y decide que los grupos más di-

rectamente afectados por el tema —Pastoral de la Salud, Cáritas Parroquial y el grupo de Matrimonios— pongan en marcha la Comunidad Fe y Luz, y el 5 de noviembre de ese año, en la Eucaristía de la comunidad y con la colaboración de otras comunidades de la ciudad, hace su presentación.

Todo esto, después de un proceso de reuniones con el responsable nacional y con la participación, desde un principio de discapacitados, familiares y amigos de los mismos.

¿QUÉ SON LAS COMUNIDADES DE FE Y LUZ?

La peculiaridad de estas comunidades cristianas está en que el corazón de las mismas son las personas con una discapacidad mental, de cualquier gravedad y cualquier edad, acompañados de sus padres y familiares y por amigos especialmente jóvenes que quieren vivir su fe cerca de estas personas.

La comunidad de Fe y Luz de la Parroquia Jesús Obrero está compuesta por 20 discapacitados con sus respectivos familiares y unos 15 amigos.

VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La Comunidad parroquial ha acogido y acoge a estos hermanos discapacitados con todo el cariño, no con un sentido paternalista o sensiblero sino como personas, desde la clave Corintios 1, 27 «Dios ha escogido lo necio de este mundo para confundir a los sabios, ha escogido lo que es débil para confundir a los fuertes».

Al mismo tiempo, la propia comunidad parroquial se ha sentido renovada en muchos de sus miembros, en algunos ha habido un cambio importante al evangelio.

Los distintos grupos parroquiales en las revisiones que hacemos al final de curso sobre la marcha y las actividades de la Comunidad, han coincidido que la Comunidad de Fe y Luz ha sido «una bendición de Dios» para todos.

La Comunidad de Fe y Luz hació dentro del Consejo Pastoral Parroquial como respuesta a estos hermanos que en muchos casos son rechazados por la sociedad y como respuesta a las familias que en muchos casos sufren más que los propios discapacitados.

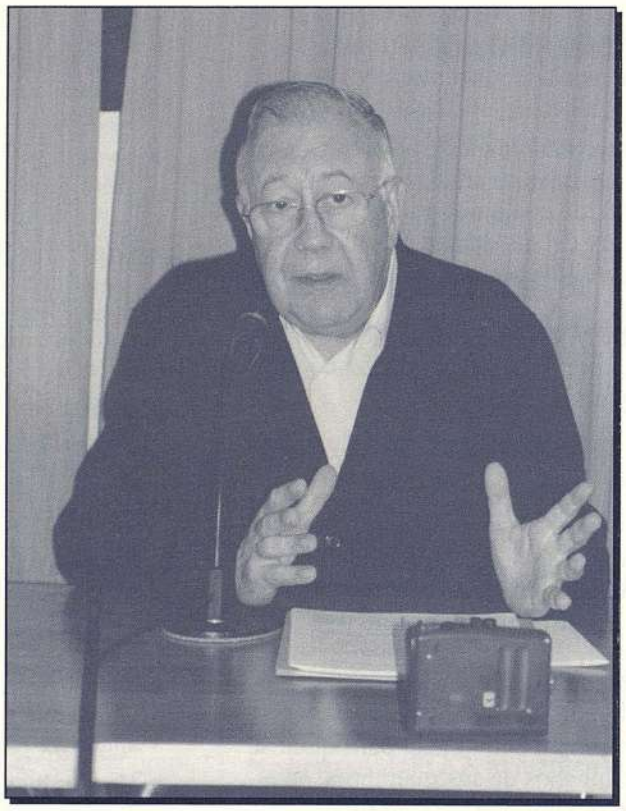
A continuación damos algunos datos referentes a la marcha de la Comunidad:

- Los discapacitados y sus familiares están gozando del cariño de mucha gente y se sienten felices participando en celebraciones, reuniones y encuentros de la comunidad parroquial, deseando que lleguen los días de reuniones propias.
- Un grupo de seis discapacitados están participando en clases de alfabetización, de lunes a jueves, dos horas diarias por la tarde, impartidas por una maestra especializada en estos temas, pues algunos de ellos habían olvidado las letras y no sabían leer ni escribir, uniendo el aprendizaje con trabajos manuales y ratos de ocio.
- Otro grupo ha iniciado un proceso de preparación para la confirmación, acompañados por una catequista que está dentro de la comunidad Fe y Luz.
- En el curso pasado, una discapacitada del grupo, de 32 años celebró la Primera Comunión, constituyendo un acontecimiento para toda la familia y una alegría inmensa para la madre viuda que siempre había sufrido por esta carencia.
- A parte de estas celebraciones comunes con la comunidad parroquial, la comunidad Fe y Luz, se reúne un sábado desde las 17 h a las 22 h, uniendo espacios de formación, eucaristía, compartiendo la cena con lo que cada uno lleva y un rato festivo de cántico y baile.
- Los padres y los hermanos han sentido un apoyo y una ayuda en su sufrimiento, de tal manera que alguno dice que vivir esta experiencia es lo mejor que le ha pasado en su vida.
- Alguno de los padres ha cambiado su actitud en relación con su hijo y la familia, asumiendo más gozosamente la situación.
- Una madre participa en el Consejo Pastoral y ayuda en las tareas de secretaría.

Como final, queremos añadir que, dentro de la Comunidad Parroquial, hay otro grupo de personas que han pasado enfermedades graves o las están padeciendo y que están integradas en la Comunidad Parroquial desarrollando determinadas actividades, resaltando algunos enfermos alcohólicos recuperados, dentro de una labor que la Parroquia está desarrollando con este colectivo.

La parroquia: comunidad sanante y sanadora

MIGUEL PAYÁ ANDRÉS
Doctor en Teología Dogmática y Catedrático de la Facultad San Vicente Ferrer. Valencia.



Desde el año 1985, el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española ha prestado una gran atención al tema de la Pastoral de la Salud en las comunidades parroquiales. Cinco encuentros monográficos sobre la cuestión, además de la reflexión sobre ella en cuatro grandes congresos de las Iglesias de España, han servido para configurar y animar esta acción pastoral.

La reflexión que se ha ido produciendo en estos foros, no se ha limitado a aportar objetivos y líneas de acción para un sector concreto de la pastoral parroquial, sino que

ha contribuido también a iluminar el ser y la misión de la parroquia, precisamente en unos años en que la eclesiología sentía la necesidad de profundizar en el tema de la Iglesia local. En este sentido podemos afirmar que la Pastoral de la Salud ha sido un lugar teológico privilegiado para descubrir la importancia y el sentido de esta manifestación concreta de la Iglesia de Cristo.

Nuestra aportación sobre «la parroquia, comunidad sanante y sanadora» intenta precisamente ofrecer un esbozo de teología de la parroquia, aprovechando las últimas aportaciones de la eclesiología y sobre todo, las perspectivas y reflexiones que emergen de la experiencia de la Pastoral de la Salud.

LA IGLESIA, SACRAMENTO DE SALVACIÓN

LA IGLESIA COMO SACRAMENTO

Acción de Cristo y acción de la Iglesia

La Iglesia es la realidad y la experiencia de Cristo que está presente y actúa en la historia a través de sus discípulos. Esto fue lo que descubrió Pablo en el momento de su conversión y lo que estamos llamados a descubrir todos en ese proceso continuo de conversión que es nuestra vida en este mundo. La eclesiología actual subraya cada vez con más fuerza que la Iglesia no tiene la razón de ser en sí misma sino en Cristo. Y no sólo porque ha sido fundada y enviada por él, sino porque su misión es la misma de Cristo. La Iglesia no ofrece a los hombres nada propio, es puro instrumento de la acción de Cristo; aunque un instrumento que le permite al Señor encontrarse con los hombres de todas las latitudes y de todos los tiempos.

Esta dependencia total de la Iglesia respecto a Cristo, configura una mística eclesial «de Magnificat»: la Iglesia es la sierva pobre y humillada en la que Dios hace obras grandes, haciendo llegar su misericordia a los hombres de generación en generación.

La Iglesia no ofrece a los hombres nada propio, es puro instrumento de la acción de Cristo.

La Iglesia fruto, signo, instrumento y promesa

Para descubrir las características concretas de este servicio humilde, la teología actual ha vuelto a emplear el concepto de sacramento. Originariamente, el término «sacramentum» traduce el griego «mysterion», que, en la teología paulina, es el plan salvífico de Dios manifestado y realizado en Cristo. Pero, cuando se aplica a la Iglesia, intenta describir el papel que ésta representa en dicho acontecimiento salvador. En concreto, la noción de sacramento presenta a la Iglesia como fruto, signo, instrumento y promesa de la obra de Cristo.

Sacramento es, en primer lugar, una acción sagrada, es decir divina. Resalta por tanto, la receptividad de la Iglesia a un don que le viene de Dios: es Cristo quien actúa a través de ella. Pero esta acción divina en la Iglesia se hace visible en parte para que pueda ser recibida y apreciada por el hombre: la Iglesia es signo, manifestación de lo obrado por Cristo. Aunque se trate de una manifestación parcial, pobre e incluso ambivalente, ya que, para manifestarse Dios en lo humano tiene que ocultar su divinidad. De ahí que a través del signo del hombre sólo vea en la oscuridad de la fe y no en una percepción clara y directa, que está reservada y prometida para la visión beatífica. La Iglesia es también instrumento, es decir, causa segunda y dependiente, aunque activa y libre respecto a la acción divina; de ahí que pueda facilitarla o entorpecerla. Y por último, la sacramentalidad expresa la provisionalidad respecto a una culminación que se espera para el futuro. La obra de Cristo es aún inicial, incompleta, aunque suponga ya en sí misma el anticipo y la promesa de la plenitud del plan divino sobre el hombre.

LA IGLESIA COMO SACRAMENTO DE SALVACIÓN Y DE LA SALUD

La salvación que ofrece Jesús

La obra de Cristo, que a través de la Iglesia sigue llegando a todo hombre, se designa en el NT, sobre todo, como salvación. Aunque hay que observar en seguida que, de las 150 veces que aparece este concepto, en más de cien aparece como verbo «salvar». Esto indica que el NT está muy preocupado por resaltar que Jesucristo salva, por elucubrar respecto a la idea de salvación. Pero, claro, es inevitable preguntarse: ¿de qué salva Jesucristo? ¿a quién salva? ¿cómo salva?

A estas preguntas hay que responder con tres afirmaciones, que en este momento casi sólo podemos enunciar:

- Jesús salva de peligros concretos e inmediatos. Lo primero que aparece es que salvar es curar. Jesús devuelve la salud a quienes la han pedido, devuelve la seguridad a los que están amenazados por un peligro, arranca de la muerte a los que están a punto de perecer. No establece aquí ninguna distinción entre una salvación espiritual y la curación del cuerpo. Por otra parte, quien salva es Jesús, pero al destinatario se le pide una colaboración ciertamente secundaria: la fe, la confianza en él. Y esta colaboración es tan importante que nos encontramos con esta expresión curiosa: «Tu fe te ha salvado».
- Jesús salva a todo el hombre y a todo hombre. Muy pronto, sobre todo en la literatura paulina y joánica, la noción de salvación se generaliza y se universaliza. Se trata de liberar al hombre de todo aquello que le impide vivir en plenitud, de ofrecerle unas posibilidades de vida plena. Y esta oferta se hace a todos los hombres, porque todos están esclavizados, mermados en sus posibilidades. Y lo están porque han roto la comunión con Dios por el pecado. De ahí que la salvación se comprenda sobre todo como liberación, del pecado y restablecimiento de las relaciones con Dios.
- La salvación es un proceso en marcha. Los creyentes no están ya salvados, sino en vías de serlo. Sólo han sido salvados «en esperanza», suspiran y aguardan la consumación definitiva de la salvación, que, tanto en el plano de la vida individual como en el de la humanidad entera, se sitúa en el futuro.

SALVACIÓN Y SALUD

Hay que reconocer que la reflexión y la conciencia creyentes no han sabido muchas veces acoger y armonizar bien estos datos neotestamentarios. Condicionadas por un dualismo de corte platónico, han concebido la salvación en una perspectiva exclusivamente espiritualista y escatológica: la salvación del alma después de la muerte. Y con ello la ha separado de todo lo que sea salud corporal y presente. Por otra parte, la medicina se ha ocupado exclusivamente del aspecto que quedaba desatendido, la curación de la enfermedad corporal. De este modo, salvación y salud han ido por caminos paralelos incapaces de encontrarse. No se podía negar la importante actividad terapéutica de Jesús. Se la concebía como un signo de la salvación, ya que sólo servía para prestarle un vocabulario comprensible para el hombre y para probar la misión trascendente de Jesús.

Afortunadamente, hoy, la teología y la medicina han trabajado por acercar estos dos conceptos. Y en esta tarea ha sido determinante la reflexión sobre esa praxis ininterrumpida de la comunidad cristiana que es el cuidado y atención a los enfermos. La medicina ha ido trascendiendo la mera preocupación de curar la enfermedad para centrarse en la salud y, con ello, se ha hecho cada vez más sensible a todas las dimensiones de la vida saludable, que no se puede reducir al mero bienestar corporal. Por su parte, la teología ha explicitado el concepto de salvación como una oferta de plenitud humana integral, que abarca el buen funcionamiento de todas las relaciones que constituyen al hombre: con Dios, consigo mismo, con el propio cuerpo, con los demás, con las cosas; que tiene una dimensión y un alcance que transcienden la experiencia humana actual pero que tiene también unos efectos constatables en la vida presente. De este modo aparece cada vez con más claridad que la salud es el rostro inicial y experimentable de la salvación, su manifestación inmanente. La salvación no se puede reducir a la salud, pero ésta manifiesta y anuncia, incluso en sus carencias y límites, la plenitud de la salvación. Por eso las curaciones de Jesús no son solamente signos externos o pruebas apologéticas de su misión, sino acciones salvíficas que hacen presente y abren al hombre la consumación final.

Misión sanante y sanadora de la Iglesia

Desde esta perspectiva, la Iglesia, como sacramento de la salvación en este mundo, tiene los siguientes compromisos ineludibles en el campo de la salud:

- Como fruto de la salvación, resaltar que la salud no se logra solamente con los esfuerzos del hombre sino que necesita la intervención divina, que ha de ser acogida con fe y responsabilidad.
- Como signo, la Iglesia necesita aparecer como un ámbito saludable donde se favorezca, transmita e incentive el buen funcionamiento de todas las dimensiones humanas.
- Como instrumento, ha de poner en marcha todos los medios que liberan al hombre de sus enfermedades y carencias, y hacer posible una mayor calidad de vida, tanto en su dimensión profunda, radical y trascendente, como en sus manifestaciones físicas y espirituales.
- Como promesa, la Iglesia tendrá que subrayar que no se puede absolutizar la salud física y psíquica porque es sólo anticipo y profecía de un estadio definitivo del hombre, que ahora sólo contemplamos desde la oscuridad de la fe y la aceptación de la cruz. Aunque la corporalidad sea una dimensión permanente del hombre, nuestro cuerpo actual tiene un valor salvífico provisional y por tanto relativo.

Las tareas eclesiales de la salvación y de la salud

Para llevar a cabo su misión salvadora y sanante, la Iglesia tiene tres capacidades recibidas de Cristo, que a su vez son encargos o misiones.

Acoger

La salvación y la salud exigen, en primer lugar, dar espacio en mí, valorar, dejar ser y actuar a unas realidades que, en principio, parecen externas a mi yo —de ahí

La Iglesia tiene tres capacidades recibidas de Cristo, que a su vez son encargos o misiones: acoger, proponer y acompañar.

el peligro de cerrarse a ellas— pero que en realidad son fuentes y componentes de mi propia vida. Hay que abrirse a Dios, a su presencia, a sus planes, a su acción. Tengo que abrirme a mí mismo, a mis dones y capacidades, a mi historia, a mis pobrezas y fracasos, a mi cuerpo, que es el escenario y vehículo de todas mis relaciones. He de aceptar a los otros, recibir sus aportaciones, aceptar sus demandas y responder a sus necesidades. Y, por último, tengo que aceptar las cosas, el mundo, respetando su consistencia creatural y aprovechando lo que me ofrece sin idolatrarlo ni destruirlo. La Iglesia está llamada a ser escuela, ayuda y ámbito de experiencia de todas estas acogidas. Y esta función de encuentro y de interrelación recibe el nombre de función sacerdotal.

Proponer

Salvación y salud no coinciden siempre con lo que las personas entienden subjetivamente por ello, sino que tienen una consistencia objetiva que el sujeto ha de aceptar. De hecho existen muchos pretendidos caminos de salvación y de bienestar que, en realidad acaban siendo caminos de perdición y de enfermedad. De ahí que la Iglesia tenga que proponer los conceptos y contenidos de la verdadera salvación y de sus consecuencias saludables. Y esta propuesta la ha de hacer como lo hizo Cristo: con palabras y con obras, con la predicación y el testimonio. Las palabras explican las obras y las obras confirman las palabras. A esta función de propuesta la llamamos función profética.

Acompañar

La salvación divina se nos ha ofrecido en un hombre, que ha querido compartir todas nuestras experiencias vitales y se ha prestado a acompañarnos en nuestra aventura personal, iluminando oscuridades, animando desalientos, corrigiendo traspiés y levantándonos en las caídas. La Iglesia, con Cristo, está llamada también a seguir día a día la peregrinación concreta de cada hombre hacia su propia plenitud. Y a esta misión la llamamos pastoral.

Estas tres funciones son inseparables. En realidad forman parte de una sola exigencia, la de amar. Sólo se pueden realizar desde el amor y son como las concreciones del amor.

LA PARROQUIA, IGLESIA DE CRISTO EN UN LUGAR

EL LUGAR, CONDICIÓN DEL ENCUENTRO SALVADOR

Universalidad y localización como exigencias de la salvación

La Iglesia tiene que ofrecer la única salvación a todos los hombres, de cualquier condición, tiempo o lugar. Y la tiene que ofrecer a cada hombre en la concreción de su identidad, historia y situación. Desde el mensaje y el testimonio de Jesús, no caben abstracciones: la humanidad son las personas concretas, a las que Dios ama hasta el extremo de entregar su vida por ellas para que alcancen la vida plena.

Esta doble exigencia de la misión salvadora determina una articulación necesaria en la estructura de la comunidad de salvación: la Iglesia tendrá que ser siempre universal y local.

Tendrá que ser universal, familia única, porque uno y único es su origen: Dios y su designio de salvación; uno y único es el destinatario de su misión, la raza humana; unos y únicos son los medios que se le han concedido para realizar esta misión: la Palabra, los sacramentos, los ministerios, la fe, la esperanza y la caridad; y uno y único es el destino final, la participación gozosa de todos en la propia vida divina.

La Iglesia tiene que ofrecer la única salvación a todos los hombres, de cualquier condición, tiempo o lugar.

Pero esta universalidad necesita asumir un existencial humano fundamental, el lugar. Por su corporalidad el ser humano siempre está aquí o allá; y esta localización condiciona y define todas sus relaciones, incluso sus relaciones con Dios. El encuentro salvador y sanante siempre se produce en unas coordenadas espacio-temporales determinadas. De ahí que la Iglesia única tenga que ser al mismo tiempo Iglesia de Dios en Jerusalén, o en Antioquía, o en Corinto o en Roma. Y en cada uno de estos lugares la acción trascendente de Dios se encarna en lenguajes, formas de vivir, costumbres y realizaciones marcadas por una cultura y una historia determinadas. En ellas, la palabra de Dios se convierte en palabra, el lugar es el medio en el que y por el que Cristo asume como carne propia la carne concreta de unos hombres concretos; es el escenario real en el que la humanidad

continúa siendo asumida por el Verbo, hasta que lleguemos todos a la plenitud de Cristo y Dios sea todo en todos.

Hay que advertir que universalidad y localización no pueden disociarse, como si se tratara de dos realidades paralelas. El desafío es que lo universal sea al mismo tiempo lo más cercano posible, que la totalidad pueda ser vivida en la máxima concreción. Y esto es lo que explica la articulación de la comunidad cristiana que se ha ido configurando en la historia.

Por una parte, la única Iglesia de Cristo se manifiesta y opera, de modo pleno y eminente, en la Iglesia particular o diocesana (cf. LG 23), que reúne a todos los bautizados que habitan en un territorio determinado, está presidida por un miembro del Colegio Episcopal, tiene todos los elementos constitutivos y estructurales que caracterizan a la Iglesia, cuenta con todos los medios de salvación, asume la plenitud de la misión evangelizadora en sus diferentes tareas y encarna el Evangelio en las condiciones sociales, históricas y culturales del territorio en el que está implantada.

Pero actualmente, dada la dimensión de las diócesis, la Iglesia particular no puede cumplir con su misión de ser Iglesia local y cercana sin la articulación eclesial que representa la parroquia, que es como una «célula de la diócesis» (Apostolicam actuositatem, 10),es decir, como un núcleo vital que reproduce todas las características de la Iglesia particular, depende de ella y la hace posible. Es el lugar donde la Iglesia se convierte en acontecimiento visible, en un grupo humano concreto. Con razón se la califica como «la última localización de la Iglesia», «la manifestación más visible e inmediata de la comunión eclesial» y, en definitiva, como «la misma Iglesia que vive entre las casas de sus hijos y de sus hijas» (Christifideles laici, 26). En estas comunidades, con frecuencia pequeñas y pobres (cf. Lumen gentium, 26), Cristo ejerce su misión salvadora —profética, sacerdotal y real— asociando a discípulos concret5os, a los que va convirtiendo en comunidad de salvación, en ámbito sanado y sanante, a favor de un determinado núcleo de convivencia humana.

Encarnación y trascendencia: la condición peregrinante

Aunque la localización es una exigencia de la encarnación, no puede ser absolutizada. La comunidad local que es la parroquia no «pertenece a» un lugar, sino que «está en» un lugar. Alguien ha hablado de «encarnación crucificada»; porque se trata de asumir como carne propia todas las características de ese lugar pero sin dejarse atrapar por él, purificándolo de toda cerrazón y, en definitiva, de todo aquello que se opone a los valores y a la universalidad del Evangelio.

En primer lugar, la parroquia tiene que estar abierta a la Iglesia particular y, a través de ella, a la universal. Ha de ser cauce de recepción de todos los influjos vitales

La parroquia no debe hacer «parroquianos» sino cristianos que, desde ella, viven su vocación en una multiplicidad de manifestaciones de Iglesia y de plataformas de misión.

que le vienen de la universalidad de la Iglesia, de todas las demás comunidades, movimientos y asociaciones. Ninguna parroquia es autosuficiente ni se puede presentar como la única manifestación de la Iglesia. Y a la vez, debe ser cauce desde el cual unos cristianos participan en la Iglesia única y en su misión universal. La parroquia no debe hacer «parroquianos» sino cristianos que, desde ella, viven su vocación en una multiplicidad de manifestaciones de Iglesia y de plataformas de misión.

Pero es que, además, la parroquia, como su nombre indica, es un albergue de «peregrinos lejos aún de su hogar» (1 Pe 2, 11), de gentes que, aunque «se adapten al género de vida, a los usos y costumbres de cada país,... habitan sus propias patrias, pero como forasteros; toman parte en todo como ciudadanos y todo lo soportan como extranjeros; toda tierra extraña es para ellos patria, y toda patria, tierra extraña... Pasan el tiempo en la tierra, pero tienen su ciudadanía en el cielo» (Discurso a Diogneto, V-VI). La parroquia es como el puesto de vigilancia, el lugar donde se alimenta y se comparte la añoranza de la patria, y donde se experimenta su cercanía. Es la matriz y la escuela de la fe como «fundamento de lo que se espera y prueba de lo que no se ve» (Hb 11, 1). Es la atalaya que nos permite descubrir que «el mundo ha sido formado por la palabra de Dios, de modo que lo visible proviene de lo invisible» (Hb 11, 2). En una palabra, es la instancia que nos hace descubrir la trascendencia de la historia, haciéndonos salir del círculo cerrado de lo terreno.

LA PARROQUIA, EPIFANÍA Y PROMESA DE LA SALVACIÓN DEFINITIVA

Hemos intentado describir la función de la parroquia en una Iglesia sacramento de salvación y, por lo mismo, fuente de salud. Pero si queremos descubrir el último secreto de su misión sanante y sanadora, tenemos que acercarnos a su ser profundo. Nos decía la exhortación «Christifideles laici»: «Es necesario que todos volvamos a descubrir por la fe, el verdadero rostro de la parroquia es decir, el misterio mismo de la Iglesia presente y operante en ella» (ChL 2). Sí, todo lo que hace y debe

hacer la parroquia es manifestación y efecto del misterio que la constituye, un misterio de comunión trinitaria en tensión misionera. Como comunidad «reunida por la unidad del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo» (Lumen gentium, 4), es el ámbito humano en el que la comunión divina se abre para incorporar en su seno a unos hombres concretos para que la vivan, la manifiesten y la comuniquen en la historia.

La tradición creyente ha intentado describir este misterio a través de cuatro notas esenciales: Iglesia una, santa, católica y apostólica. Quizás no caemos en la cuenta suficientemente que estas cuatro notas, por definir a la Iglesia, definen también a la parroquia.

Comunidad santa

Esta nota quiere expresar que la parroquia es criatura, imagen e instrumento del Dios tres veces santo.

En primer lugar, la parroquia es el lugar de presencia y actuación, criatura y propiedad del Dios revelado en Jesucristo. En ella se realiza la iniciativa amorosa del Padre a través de las misiones del Hijo y del Espíritu. Por eso la llamamos pueblo de Dios, cuerpo de Cristo y templo del Espíritu Santo. Esta primera verdad nos descubre que quien convoca y construye permanentemente la parroquia no somos nosotros, sino el Dios comunidad de vida y amor, en su unidad y en la riqueza de sus relaciones interpersonales... Por eso la parroquia es, ante todo, ámbito de acogida de la manifestación y de la autodonación del Dios trinitario, y escuela donde aprendemos a conocer y relacionarnos con las Tres Personas Divinas.

Por ser criatura de la Trinidad, la parroquia debe ser también su imagen, su icono en la historia. Una comunidad de hombres transida y animada por las relaciones divinas para ser manifestación de la Trinidad como hogar paterno siempre abierto a la misericordia y al perdón, como familia de hijos y de hermanos en proceso de emulación e identificación con el Hijo y Hermano que es Jesús, y como comunidad que sabe y experimenta que esto sólo es posible gracias a la permanente y polifacética efusión del Espíritu.

Y, por último, la parroquia es santa porque la Trinidad quiere utilizarla como instrumento, convirtiéndola en santificadora. Esto le exige, primero, proclamar que «todos los cristianos, de cualquier estado o condición, están llamados, cada uno por su propio camino, a la perfección de la santidad, cuyo modelo es el mismo Padre» (Lumen gentium 11); y, después, ser medio para conseguir esa santidad poniendo a disposición de todos la plenitud total de los medios de salvación de que está dotada.

Salvación y santidad son términos intercambiables. Pero, mientras salvación apunta más a la causa, la acción sanante de Dios, santidad expresa el efecto, el resultado en el hombre. Por eso podemos decir que la santidad es el nombre cristiano de la salud total y definitiva. Si la parroquia ha de ser sana y sanante, es porque es santa y santificadora.

Naturalmente, esta misión santificadora, la parroquia la cumple desde la conciencia humilde de su imperfección y de su pecado. Porque ella, como la Iglesia a quien encarna y representa, «abrazando en su seno a los pecadores, es a la vez santa y siempre necesitada de purificación y busca sin cesar la conversión y la renovación» (Lumen gentium, 8). Una cruz a la que la parroquia se debe acostumbrar y valorar en toda su potencialidad salvífica, es el hecho de ser una realidad que siempre está naciendo, como comenzando desde cero, desde el cero del pecado personal y colectivo.

Comunidad católica

Por ser santa y para ser santificadora, la parroquia participa también de otra propiedad de la Iglesia: ser una comunidad católica, es decir, «total». Hay que decir que la parroquia proporciona la experiencia más directa e inmediata de la catolicidad de la Iglesia, que no es otra cosa que la presencia plena del misterio de Cristo.

Es católica, en primer lugar, porque en ella Cristo ejerce la totalidad de su misión salvadora en su triple aspecto profético, sacerdotal y real, y en la totalidad de situaciones humanas; lo cual le lleva a encarnar el triple «munus» en una multiplicidad de tareas diversas aunque relacionadas.

Es católica porque goza de «la plenitud de los medios de salvación» (Ag gentes, 6): confesión de fe recta y completa, vida sacramental íntegra y ministerio ordenado en la sucesión apostólica. Y todos estos medios son cauces de la acción transformadora del Espíritu, que es el continuador y agente de la obra de Cristo.

Por último, la parroquia es católica porque es enviada a todos. Esta misión universal comporta, en primer lugar, una exigencia interna: ha de acoger en su seno la diversidad de dones y funciones eclesiales, la multiplicidad de condiciones y modos de vida (edad, sexo, estado, profesión, situación de salud, condición económica...) y la diversidad de situaciones de fe. Pero, además, la parroquia tiene una misión católica hacia fuera. Primero hacia todos los habitantes de su territorio, de los que es responsable, no única, pero sí inmediata y preferente. Y, al mismo tiempo, hacia toda la humanidad, misión que comparte con todas las demás parroquias e Iglesias particulares.

Comunidad una

La catolicidad implica y exige la unidad, que también en la parroquia se convierte en vivencia y desafío concreto. Con razón afirma la exhortación «Christifideles laici» que la originaria vocación y misión de la parroquia es ser en el mundo el «lugar» de la comunión de los creyentes (cf. ChL 27), es decir, el ámbito donde la comunión se convierte en experiencia y tarea.

En concreto, la vivencia de la comunión exige, ante todo, «fundir en la unidad todas las diferencias humanas que en ella se dan» (ibid). Y esta unidad no se puede dar por supuesta, sino que supone un esfuerzo permanente de

colaboración con el Espíritu, que es el único capaz de invertir la situación normal de Babel, que caracteriza a toda la existencia humana afectada por el pecado. Sólo la fuerza de Pentecostés vence esta tendencia natural a la disgregación y, por tanto, hace posible la Iglesia, la reunión.

La comunión vivida en la parroquia, debe abrirse también a la comunión universal a través de las distintas articulaciones de la Iglesia. La primera y más necesaria es la comunión de la parroquia con la Iglesia particular, de la que recibe su razón de ser, su eclesialidad. La comunidad diocesana se ha de construir desde las parroquias con formas claras y efectivas de participación en los planes, actividades y encuentros promovidos por el obispo. Y una forma concreta e importante de comunión con la Iglesia diocesana es la colaboración con las parroquias vecinas en el ámbito del arciprestazgo, lugar privilegiado de una pastoral conjuntada capaz de vertebrar la diócesis.

Además, la apertura a la comunión universal le plantea a la parroquia otro reto importante. Se necesitan muchos lugares y formas de presencia y acción para poder llevar la palabra y la gracia del Evangelio a las múltiples y variadas condiciones de vida del hombre de hoy. Hacen falta muchas funciones de irradiación religiosa y de apostolado de ambiente, que no pueden tener como centro y punto de partida la parroquia (cf. ChL 26). Pero que se trate de instancias supra o extraparroquiales no quiere decir que no tengan ninguna relación con la parroquia. Más bien hay que afirmar que la parroquia necesita establecer con ellas un movimiento de mutuo intercambio y colaboración. Los movimientos y las parroquias son dos tipos de plataformas que se necesitan para enriquecerse mutuamente y hacer más eficaz su misión. El que tantas veces aparezcan como plataformas alternativas e incluso contrapuestas, denuncia fallos importantes en la manera de entender la especificidad y misión tanto de unos como de las otras.

Comunidad apostólica

La apostolicidad es la nota que determina y autentifica el origen, la finalidad y la estructura históricas de la parroquia.

Por nacer de una decisión del obispo, sucesor de los Apóstoles, la parroquia se edifica sobre el fundamento del testimonio apostólico transmitido a través de los siglos, que es el lazo que la une con el acontecimiento de la salvación llevada a acabo por Cristo. No nace por libre iniciativa de sus componentes, sino como fruto, aquí y ahora, del dinamismo misionero que se inició en Pentecostés.

Y nace para insertarse en ese mismo dinamismo apostólico, es decir, para guardar y transmitir la enseñanza de los Apóstoles, para anunciar y hacer presente su fuerza transformadora para los hombres concretos de este tiempo y de este lugar.

Esta misión debe realizarla a través de todos sus miembros; no hay ninguno que no tenga parte en ella. Pero la han de ejercer de diferente manera. Porque en la parroquia, como en la Iglesia hay diversidad de ministerios y carismas. Sobresale el de aquellos que, por voluntad del mismo Señor, participan de la autoridad con la que el propio Cristo construye, santifica y gobierna a su Cuerpo (cf. Presbyterorum ordinis, 2) Este ministerio de presidencia, que es ejercido por los presbíteros en nombre del obispo, vincula a la parroquia con todo el Colegio Episcopal, presidido por el sucesor de Pedro, heredero del Colegio Apostólico.

Y como en la parroquia la responsabilidad apostólica es a la vez universal y diferenciada, su estructura y dinamismo deben estar caracterizados por la sinodalidad, en la que todos participan en la vida y acción de la comunidad según los dones recibidos, bajo la presidencia y la palabra autorizada de aquellos que tienen la misión de asegurar la fidelidad a Cristo, el respeto a las diversas funciones y dones y la unidad de fe y caridad.

LA PASTORAL DE LA SALUD, SIGNO PRIVILEGIADO DE LA MISIÓN DE LA PARROQUIA

Hemos comenzado afirmando que la Pastoral de la Salud era un lugar teológico privilegiado para descubrir el ser y misión de la parroquia. Después de exponer sucintamente ese ser y misión, conviene que, con intención conclusiva, explicitemos el porqué de aquel privilegio.

La Pastoral de la Salud es una acción sectorial de la comunidad cristiana que se ocupa de acoger y ayudar a los enfermos. Por tanto, no agota ni monopoliza la misión de la parroquia. Por muy importante que sea, es una acción entre las otras que necesariamente tiene que llevar a cabo la comunidad.

Pero cuando reflexionamos sobre los contenidos, destinatarios y sujetos de esta acción sectorial, descubrimos en seguida que desbordan los horizontes de la pastoral de los enfermos. En efecto, en la medida en que ésta se propone promover la salud de manera integral y abierta a la salvación, está apuntando a la misión esencial de la comunidad cristiana, que es precisamente proclamar y hacer visible la salvación en su totalidad. Pero, entonces, esta misión no va dirigida tan sólo a los que han perdido la salud, sino también a los que la desean, a quienes la maltratan, a quienes la viven cristianamente y paganamente, a los que le encuentran sentido y a quienes no saben qué hacer con ella, a los que están al borde de la muerte y a los que están estrenando la vida; es decir, a todos. Y los sujetos de esta misión no pueden ser solamente unos pocos agentes especializados, sino todos los que integran la comunidad.

Lo cual nos hace descubrir que la Pastoral de la Salud, además de una acción especializada y concreta, es un signo privilegiado que nos hace comprender mejor a to-

La Pastoral de la Salud es una acción sectorial de la comunidad cristiana; por muy importante que sea, es una acción entre las otras que necesariamente tiene que llevar a cabo la comunidad.

dos los cristianos lo que recibimos, lo que vivimos y lo que debemos aportar en la parroquia. Y la elocuencia de este signo se debe a algunas características que posee y que conviene al menos enunciar.

FIDELIDAD A UNA OPCIÓN PREFERENCIAL DE JESÚS Y MANIFESTACIÓN PRIVILEGIADA DE SU MISIÓN SALVADORA

Jesús proclamó y ofreció la salvación prioritariamente bajo la forma de salud y eligió como primeros destinatarios a aquellos cuya vida estaba amenazada por la enfermedad. Y cuando quiso asociar a los discípulos a su misión, los envió a curar. El primer acto misionero después de Pentecostés fue una curación, la del paralítico sanado por Pedro y Juan (cf. Hch 3). Desde entonces, la atención a los enfermos ha sido siempre signo esencial de la evangelización.

Punto de encuentro de su triple función

La Pastoral de la Salud no se puede encuadrar en una sola de las tres grandes funciones de la Iglesia; las compromete a las tres y, además, en su interrelación profunda. Es una acción que, acogiendo a Cristo y al enfermo, y a Cristo en el enfermo, proclama con obras y palabras la salvación definitiva como fuente de salud presente cargando con el enfermo, llevándolo a la posada y comprometiendo en ello su propio tiempo y recursos.

Tarea que convoca a todos los miembros de la comunidad

Todo el que recibe gratuitamente la salvación se ha de convertir en portador gratuito de salvación. Y Jesús aplica esta ley a la dimensión sanante: «Curad a los enfermos, resucitad a los muertos, limpiad a los leprosos, expulsad a los demonios; gratis lo recibísteis, dadlo gratis» (Mt 10, 8). El cuidado de los enfermos compromete a toda la comunidad parroquial y a cada uno de sus miembros. Los agentes de la Pastoral de la Salud son animadores, incluso ejecutores experimentados de algunas acciones que requieren especialización, pero no pueden desplazar a nadie, ni nadie debe descargar en ellos su propia responsabilidad.

Ámbito de colaboración con otras realidades eclesiales y sociales

El grupo de Pastoral de la Salud de una parroquia, en la medida en que mejora su compromiso con los enfermos y amplía el horizonte de la misión sanante, experimenta la necesidad de unir esfuerzos con otras instancias eclesiales, como la atención hospitalaria cristiana, los centros de acogida y prevención, etc. Más aún necesita conectar con instancias extraeclesiales que trabajan sobre los mismos destinatarios y aportan diferentes prestaciones saludables. Sobre todo, siente la necesidad de relacionarse con ese campo inmenso de hombres y mujeres que han elegido como profesión la promoción de la salud, pidiéndoles ayuda y ofreciéndoles comprensión y acompañamiento. En este sentido, la Pastoral de la Salud puede ofrecer una experiencia privilegiada de comunión eclesial y de relación positiva Iglesia-mundo.

Testimonio eminente de esperanza cristiana

«Si Cristo no ha resucitado, vana es nuestra fe» (1 Co 15, 14). Con esta contundencia proclama San Pablo el artículo central de la fe cristiana. El sentido cristiano de la vida es la resurrección, la restauración definitiva de nuestro ser psicosomático y la vida plena junto a Dios. Por eso nuestra vida en este mundo es una vida en esperanza: anhelo, anticipación y garantía de nuestro destino final. Y esta esperanza necesita ser proclamada precisamente cuando el hombre se enfrenta al dolor absurdo, al sufrimiento inevitable y a la muerte. Porque es precisamente entonces cuando la esperanza libera de la rebelión, del aislamiento y de la desesperación, que deshumanizan el sufrimiento. El testimonio de esperanza que necesita dar la Pastoral de la Salud es ciertamente el más difícil, pero también el más valiente y decisivo. Por eso, quizás, muchos procuran evitarlo con múltiples excusas. Pero también en esto la Pastoral de la Salud es signo luminoso que nos recuerda a todos cuál es el objeto último de nuestro testimonio.

Experiencias: los Sacramentos de los enfermos en las parroquias

El P. Rudesindo Delgado
presentó esta puesta en común de experiencias
con José M.ª Avendaño y Jesús García

El papel de las parroquias tan importante en el desarrollo de la pastoral de la salud para la población a la que presta servicios, se vuelve imprescindible en cuanto a la administración de los sacramentos a los enfermos.

La celebración de la Eucaristía en el mundo de la salud y de la enfermedad

JOSÉ M.ª AVENDAÑO

PARROQUIA DE SAN NICASIO (UN LUGAR EN EL MUNDO). LEGANÉS (MADRID)

Nos situamos en la parroquia de San Nicasio (20.000 habitantes). Un barrio obrero de la ciudad de Leganés. Es ésta una ciudad que ha pasado de 25.000 a 200.000 habitantes en 40 años donde los problemas más acuciantes son: el desempleo, el empleo precario, la inmigración, la marginación, la tremenda soledad de los mayores... entre otros.

- ¿Qué personas componen nuestra parroquia?
- ¿Qué les preocupa?
- ¿Cómo viven? ¿Qué buscan? ¿Qué necesitan?
- ¿Ante qué son indiferentes?
- ¿Qué lugar ocupan los enfermos en nuestros planes pastorales?

Existe una pluralidad de personas y de su fe. He aquí algunos grupos de tal pluralismo:

- Creyentes practicantes. Personas que acuden a las celebraciones y servicios religiosos movilizando toda su vida.
- Creyentes no practicantes. Personas que acuden a la parroquia ocasionalmente.
- Quienes se refieren a la religión por su relación con la religiosidad popular.
- Los que se definen como no creyentes o indiferentes.

Entendemos que creyentes, no creyentes o indiferentes vamos embarcados en el mismo viaje, «romeros», caminantes y peregrinos por los senderos, caminos o veredas de la vida envueltos en los mismos problemas o con el reto de buscar juntos soluciones comunes.

Ante esta realidad nuestra parroquia va teniendo la experiencia de que este mundo ha salido del amor entrañable de Dios, que el mundo es bueno, que son muchos los lugares y personas en las que ahora mismo están germinando los signos del Reino. Abundan las mujeres y los varones de limpio corazón apasionados por la justicia, el bien, aminorar el dolor, por acompañar a los enfermos y enfermas, así como a sus familiares, por ir haciendo juntos que en el mundo de la enfermedad no desaparezca la esperanza cristiana. Desde nuestra confianza en Dios vivida en el compromiso cotidiano de la misericordia consecuente que atiende los problemas en las consecuencias y las causas, sabemos que se puede ser «ayudadores» de Dios en la Buena Noticia para nuestro pueblo de Leganés.

¿Qué quiere nuestra parroquia?

Caminar hacia una Iglesia-comunidad que se deje evangelizar y que evangeliza.

Objetivos:

- Descubrir la hermosura de ser con los demás. Vivir con el pueblo.
- De la mano de la solidaridad y la justicia, con los empobrecidos, los que sufren.
- Gustar de Dios. Animar la esperanza cristiana.
- Celebrar el Amor que Dios nos tiene.
- Disfrutar de la belleza del Evangelio.
- Viviendo en fraternidad-comunión eclesial.
- Evangelizar desde el amor, con persuasión cotidiana.

«Y la Palabra se hizo carne y acampó entre nosotros» (Jn 1, 14).

EQUIPO PARROQUIAL DE PASTORAL DE LA SALUD

Nueve mujeres y dos varones formamos un equipo de acción eclesial en el mundo del dolor-enfermedad y el sufrimiento en el barrio de San Nicasio donde también se encuentra ubicada la residencia psiquiátrica «José Germain», lo cual nos invita cada día a aproximarnos a los enfermos, como acoger a los que acuden a la celebración de los sacramentos en la parroquia. Cuidamos alimentar «la fuente que mana y corre, aunque es de noche» cuando llega el dolor, haciendo lo posible para no caer en el activismo, sino vivir la experiencia de Dios desde una «mística cotidiana». Sabiendo que la enfermedad es un acontecimiento donde aflora lo fundamental de nuestra vida, los interrogantes últimos de la existencia. Como miembros de la Iglesia que evangeliza y se deja evangelizar, con sus virtudes y carencias. «Señor, aumenta nuestra fe». Porque amar es estar ahí, nos esforzamos por estar próximos a los enfermos y a sus familiares. Convencidos de que esta acción evangelizadora hace creíble el Evangelio.

TESTIGOS DE JESUCRISTO CRUCIFICADO Y RESUCITADO CELEBRANDO LA EUCARISTÍA CON EL MUNDO DE LA ENFERMEDAD, LOS FAMILIARES Y LA SALUD

¿Cómo celebramos la Eucaristía como sacramento de la Pascua cristiana?

«Quiero pasar mi cielo en la tierra haciendo el bien» Santa Teresa del Niño Jesús.

Teniendo experiencia de Cristo que comparte el dolor de sus hermanas y hermanos peregrinando por la historia y le conforta para estar en el festín del banquete del Reino.

Viviendo preocupados y ocupados por el sufrimiento de toda persona, procurando que deje de llover tanto dolor. Jesús está vivo entre nosotros. Vive para siempre. Está presente en Dios y en el mundo por el Espíritu Santo. Él es en la cotidianidad (alegrías y dolores) la esperanza para el futuro de la humanidad.

Vive porque «Dios estaba con Él» (Hch, 10, 38). «Dios estaba en Cristo» (2 Cor. 5, 19). Estaba a su lado y dentro de Él. Dios estaba con Jesús y en su causa.

Confiando desde la fragilidad de esta vida y nuestro cuerpo que «el amor es más fuerte que la muerte» (C. Cant. 8, 6) y que, pase lo que pase, «el amor no muere nunca» (1 Cor. 13, 8). Dios en todo momento ha ido participando siempre de ese misterio pascual que ha vivido y vive su pueblo en los destierros, guerras, dolencias, enfermedades, sufrimientos. Y ese acompañamiento ha tenido su hora culminante en la pasión y muerte de su Hijo. Jesús de Nazaret vivió y se sintió afectado por toda dolencia y enfermedad, comportándose con un talante cercano, portador de esperanza, y de futuro pleno.

Celebramos el ánimo de sentirnos confortados por un Dios que vive en comunión misteriosa con la kénosis de su pueblo y de su Hijo el Mesías, a fin de transmitirle confianza y coraje que les permita resucitar a una vida donde nada se opone a la felicidad.

Dios en su misericordia no es indiferente, o «sin corazón» ante quien «atraviesa cañadas oscuras» o se encuentra adentrado en la grieta de la roca como consecuencia de la enfermedad. Él en su misericordia, sufre con nosotros. Dios padece un sufrimiento de amor. «...Aquel que resucitó a Cristo Jesús de entre los muertos dará también vida a vuestros cuerpos por el Espíritu que habita en vosotros...» (Rom. 8, 11).

Por tanto la gloria pascual lleva consigo un compromiso contra el mal que impera en nuestra historia; una presencia nueva en los «infiernos de esta tierra». Pero todo ello con la fe en el Dios de Jesucristo, en el Jesús pascual, en la fuerza del Espíritu Santo que participa de forma nueva en el dolor humano.

Cuando Jesús expira, Mateo nos dice que se produce una conmoción, un estremecimiento en toda la tierra, y un resquebrajamiento de las rocas (Mt. 27, 51). ¿No será este el eco del sufrimiento de Dios Padre ante el sufrimiento de su Hijo y ante el sufrimiento de sus hijas e hijos.

Como Iglesia Pueblo de Dios que vamos viviendo el «todavía no, pero ya» del Reino contamos con medios para rehacer las fuerzas a lo largo del camino.

La enfermedad en muchas ocasiones es una ruptura de la unidad personal, es un desgarrón interior. Una realidad a través de la cual Dios nos habla y se nos comunica. La enfermedad nos revela la precariedad, la finitud y la necesidad de cuidar nuestro cuerpo.

Así la Eucaristía es una ayuda para vivir la fe en horas o etapas difíciles. Son las horas del Getsemaní. Es la noche

oscura del alma. Es el lugar donde encontramos a Dios en carne viva. Es el hermanamiento con el crucificado y con las diferentes cruces de nuestras hermanas y hermanos.

La Eucaristía es para la comunidad, para la parroquia de S. Nicasio, para el cristiano enfermo, la celebración del sacramento de comunión, de la Presencia, una Presencia voluntariamente acogida. El sacramento hace vivir a Cristo en esa situación creada por la enfermedad como fuente de vida y esperanza, y amigo y compañero en esa etapa particularmente difícil de la existencia.

La comunidad eclesial no puede olvidar el lugar prioritario que el Evangelio reserva a los enfermos. El enfermo es miembro de la comunidad eucarística y mientras se lo permita el tiempo o fase de la enfermedad se aconseja que siga participando en la vida fraterna de la parroquia. Que no se sienta marginado. Esta es la idea que inspiró la costumbre de llevar a la Iglesia a los enfermos para la comunión (así lo prescribe S. Cesáreo de Arlés a principios del Siglo VI).

¿QUÉ OYEN NUESTROS OÍDOS?; ¿QUÉ VEN NUESTROS OJOS?; ¿QUÉ TOCAN NUESTRAS MANOS?

Rostros concretos (Dolores, Jacinto, Ana, Petra, José Luis,...) que dicen, aunque a veces sin palabras:

- «Me gusta estar aquí como siempre, la enfermedad y el techo de la casa se me viene encima».
- «Dios me ayuda».
- «Estamos en sus manos y esto me gusta compartirlo con los demás».
- «Cuánta esperanza me regala Dios cada día. La misa me ayuda».
- «Valoro la vida y la fe como un don y un gran regalo».
- «Venir a la celebración de la Eucaristía me llena de una gran paz».
- «Al venir aquí siento que se aleja la soledad y la obsesión».
- «Doy continuas gracias a Dios, y como la Virgen María yo también digo «Proclama mi alma la grandeza del Señor».
- «Dónde estás, Señor, que no te encuentro».
- «Por qué Dios mío».
- «Dios mío no entiendo tus planes».
- «Ahora valoro todo mucho más, ahora la misa tiene un significado para mí más fraterno».
- «Venir a la celebración de la misa es sentirme como en mi casa, con mi familia, con mis amigos».
- «Sólo Dios basta».
- «Vengo pero ahora mi vida es un desierto, estoy abatida, aunque me conforta la compañía de los demás».
- «Gracias por lo que estáis haciendo con mi madre y su manera de vivir la enfermedad» (un familiar).
- «Es hermoso sentir que la Iglesia nos muestra que no estamos solos en la enfermedad. Cristo está cerca, 'Tú, Señor, estás cerca', abrigándonos con la manta de tu amor».

Los familiares bendicen, agradecen, participan, colaboran y ayudan en las Eucaristías compartiendo la vivencia de la enfermedad de los suyos así como la de otros. Se alegran de ver a su familiar o amigo viviendo su confianza en Dios con secuelas de fragilidad, inseguridad, limitación y dependencia.

CELEBRACIONES DIARIAS

A las siete de la tarde celebramos el misterio Pascual, en una parroquia donde acudimos unas cien personas sanas y enfermas, hermanas y hermanos (enfermos mentales, toxicómanos, enfermos de SIDA, personas en tratamiento de cáncer u otros padecimientos.

Conocemos sus rostros y sus vidas porque vivimos entre ellos y con ellos. Precisamente ha habido una tarea de cercanía al enfermo y a sus familiares escuchándole con el corazón, desde el respeto y la paciencia, guardando silencio, desde la gratuidad y la fuerza del amor tratándoles como verdaderos miembros de la comunidad de S. Nicasio que quiere llevarles alegría y esperanza cristiana para despertar o avivar su fe, ayudándoles a encontrar sentido a lo que están viviendo, es decir, poniéndonos a su servicio para, desde ahí, celebrar la vida y la fe en el sacramento de la Eucaristía, signo y presencia del amor de Dios.

«Evangelizar a un hombre es decirle: 'Tú también eres amado de Dios en el Señor Jesús' y no sólo decírselo, sino pensarlo realmente. Y no sólo pensarlo, sino portarse con este hombre de tal manera que sienta y descubra que hay en él algo de salvado, algo más grande y más noble de lo que él pensaba, y se despierte así a una nueva conciencia de sí» (Eloi Leclerc, Sabiduría de un pobre).

- Participan en la creación de un clima acogedor.
- Participan en la disposición de los elementos que componen la celebración.
- Algunos días en la homilía compartida.
- En la oración de los fieles que les abre a la realidad de nuestra Iglesia y nuestro mundo.
- En el signo de la fraternidad al darnos la paz.
- En la comunión en el cuerpo y la sangre de Cristo.
- En el silencio.
- En la oración.
- Al no sentirnos solos.
- Después de la celebración en ese cierto ágape presencial donde nos preguntamos y compartimos la marcha del día, de la salud o de la enfermedad.

CELEBRACIONES DOMINICALES

Acuden los domingos (Adela, Alejandro, Bernardo, Enrique, Nuria, Petra, José Luis...). Están enfermos y quieren estar con nosotros y nosotros nos sentimos bien cuando estamos cerca unos de otros. Una fraternidad en comunión de gozos y sufrimientos. Nos saludamos, vamos a cada uno de ellos. Los mejores sitios para ellos, que se sientan cómodos, pronunciamos su nombre y oramos para que vayan mejor (y si se ve oportuno pedimos ante alguna próxima intervención) o damos gracias a Dios por lo que están viviendo.

Abundan los cantos donde encuentran reflejo y así lo exteriorizan de todo lo que están viviendo.

Dado que el templo es pequeño se posibilita la celebración viéndonos y reconociéndonos, se puede hablar de la enfermedad desde ellos y posibilitar que dejen por un tiempo sus angustias.

Cuando la celebración ha comenzado acuden algunos enfermos mentales, atraviesan todo el templo para situarse en los bancos de delante. Resulta muy hermoso el ver cómo los que están ahí hacen sitio a José Luis o a Rosario... para que estén cómodos.

Desde el equipo de liturgia cada semana en la preparación se cuenta con estos hermanos y hermanas más limitados adecuando la simbología a una comunidad que quiere ser testigo de la fuerza sanadora de Jesucristo, aliviando, al tiempo que se deja sanar por Él.

Creemos que resulta agradable que la presencia, oraciones, plegarias, homilías,...se lleven a cabo con una comunicación verbal o no verbal que tiene muy en el corazón la importancia de la mirada, y «el gesto y la palabra oportuna».

Al finalizar la celebración los miembros del equipo de Pastoral de la Salud acuden a las casas a llevar la Eucaristía a la que no han podido asistir.

Sanos o enfermos vivimos constantemente en la presencia del Señor. Él es la única y verdadera luz y salvación.

Tengo en el corazón
una hermosa mañana
con flores que madrugan
a decorar este barrio,
y un estallido de canto de gorriones.

Tengo en el corazón
tu risa azul,
tu ternura,
tu amistad
y tus ojos esperanzadores.

Y también tengo en el corazón
el dolor de mis hermanos,
al contemplar la dureza
y lo peligroso de las aristas
que les pone la vida.

Y también tengo en el corazón
tus palabras, Señor,
que me dan paz:
«No temáis.
Estoy con vosotros
hasta el fin de los tiempos.
No temáis.»

agelectric
CORPORACIO AGE

Instal·lacions especifiques de establiments sanitaris
Instal·lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)
Instal·lacions de seguretat
Instal·lacions contraincendis
Instal·lacions de comunicacions
Instal·lacions de control

c/ Bonsoms, 15-17
08028 BARCELONA

Telf.: 93 448 75 00 Fax: 93 448 75 02 E-mail: agelectric@agelectric.com

La Unción de los enfermos, sacramento de la ternura de Dios

JESÚS GARCÍA HERRERO

PARROQUIA LA CENA DEL SEÑOR. MADRID

A punto mi experiencia desde la Parroquia La Cena del Señor, situada en la zona noroeste de Madrid, en un barrio con 30 años de vida, de 23.000 habitantes, con una población muy variada: niños, jóvenes, adultos y muchos ya de la 3.ª edad aquejados por múltiples achaques y que estan suponiendo una fuerte preocupación en las familias, en orden a atenderlos adecuadamente.

En nuestra sociedad de la permanente «operación triunfo», no estamos preparados para asumir la decadencia, la enfermedad, la proximidad de la muerte. A su vez, la comunidad parroquial tiene conciencia de ser heredera de una tradición rica en experiencias de sentido, referencias, ritos que ayudan a asumir esas dimensiones problemáticas de la existencia humana. Precisamente las celebraciones sacramentales ponen en juego: palabras que expresan sentimientos profundos, relatos de sanaciones obradas por Jesús que abren a la esperanza, símbolos y gestos que tocan lo profundo y conmueven, y también la presencia de la comunidad que suma sentimientos, aglutina, profundiza actitudes con múltiples efectos reparadores y sanantes.

EL CONTEXTO

La celebración de la Unción de los enfermos ha estado enmarcada en el proyecto parroquial «una Comunidad al servicio de los enfermos y sus familiares», que el curso pasado tenía este programa concreto:

- Sensibilizar a toda la comunidad parroquial y ayudarla a tomar conciencia de su misión de «servir a los enfermos y sus familiares», mediante: homilías dominicales en las que se abordaba el tema; y un cursillo de iniciación en la Pastoral de la Salud (3 charlas en el mes de octubre).
- Ampliar y consolidar el grupo de Pastoral de la Salud, mediante reuniones de orientación y revisión para mejorar la calidad de las visitas a las familias.
- Fomentar una mayor presencia de los enfermos en la vida de la comunidad cristiana. Para ello se estimuló la presencia y participación especial de enfermos en las celebraciones de los momentos litúrgicos fuertes (Navidad, Semana Santa, Pentecostés); se dió relieve en las Eucaristías a los familiares o visitadores que llevan la comunión a los enfermos; se les hizo llegar un mensaje especial de la comunidad en Navidad con la visita de los Reyes Magos, realizada por jóvenes.

- Prestar atención y cuidado a las familias de los enfermos. Se dedicó una Convivencia parroquial de fin de semana a profundizar en este tema, desde la sicología, la fe, los testimonios de enfermos o familiares.

La celebración de la Unción se ve reforzada por la administración de la Comunión realizada semanalmente para unos 20 enfermos, a través de sus familiares, miembros del equipo de Pastoral de la Salud ó de dos sacerdotes que dedican una tarde a la semana a este ministerio. Poner en los labios del enfermo frases de los Salmos («por qué me has abandonado»; «desde lo hondo a Ti grito, Señor»; «el Señor es mi luz y mi salvación»; rezar junto a él el Padre Nuestro y aportarle el pan de Dios, le facilita un momento muy valioso de consuelo, fuerza y paz. Después de un momento de éstos, decía la esposa del enfermo: «hoy, ya no necesita pastilla para dormir».

En la misma línea, las celebraciones en torno a la muerte, durante la despedida en el tanatorio o el posterior funeral en la parroquia, suponen también una aportación valiosa a las familias para ayudarles a interpretar la partida del ser querido, el futuro en Dios más allá de la muerte y la permanencia en la comunión con ellos. Al venir a pedir un funeral por el padre que había muerto repentinamente a mediados de Julio pasado, se quejaba la hija del vacío del entierro (no consiguió la presencia de un sacerdote ni en el tanatorio, ni en el cementerio). La celebración del funeral reposado, rodeados de amigos, con el relato del evangelio de Marcos 4, 35-41 «vamos a la otra orilla» apoyados en el Señor, a pesar del viento contrario y el abismo; el banquete eucarístico que suplió a la comida familiar que tenían prevista celebrar con el abuelo el mismo día en que murió... supuso para los hijos y nietos un momento de consuelo y de revivir la despedida cariñosa y esperanzada que no pudieron tener en las confusas horas de la muerte y el entierro; la familia salió conmovida, profundamente agradecida.

CELEBRACIÓN COMUNITARIA DE LA UNCIÓN

Preparación previa

Objetivos:

- Ayudar a los enfermos a que caigan en la cuenta de que hay otros enfermos que también sufren, de que, a pesar de sus limitaciones, siguen siendo útiles en la familia y en la comunidad parroquial.
- Recordar, agradecer y celebrar lo que hacen por los enfermos, las familias, los amigos, los vecinos, las instituciones sanitarias, la parroquia.
- Facilitar la comprensión y vivencia en sentido esperanzador y gozoso del sacramento.
- Contribuir a desdramatizar el sacramento y a superar los prejuicios y temores que suscita habitualmente.

Información a los enfermos y a la comunidad parroquial

- Anuncios oportunos en las Eucaristías de los domingos.
- Carteles anunciadores.
- Reparto de trípticos de la Unción a los enfermos y ancianos que se visita.
- Carta de los sacerdotes a los enfermos en la que se explicita la particular cercania de Dios a través de la Unción que visibiliza las caricias de la ternura de Dios y se convertirá para ellos en consuelo, paz, alivio en el sufrimiento, y fuerza para superar los miedos y desconfianzas.
- Charla abierta a toda la comunidad parroquial sobre el sentido y ritual de la Unción.
- Preparación de la Celebración para la participación activa de los enfermos, familiares, y miembros del grupo de pastoral.

La Celebración comunitaria de la Unción en la Eucaristía dominical de la fiesta de Pentecostés, en la que participaron el equipo de Pastoral de la Salud, 23 enfermos acompañados de sus familiares y la comunidad parroquial habitual de la misa de 1.

Destacamos algunos *rasgos significativos:*

Símbolos: El óleo de los enfermos; un cirio grande con adornos referentes a los enfermos; una cruz grande de madera preparada al efecto con la inscripción «salud para los enfermos» y que quedaría incorporada en el presbiterio de modo habitual, como recuerdo de los enfermos; cruces sencillas de madera a imponer a cada enfermo; una planta señal de la vida que pervive.

El ***saludo inicial del sacerdote:*** «Bienvenidos todos, especialmente los que vais a recibir el sacramento de la Unción en esta celebración de la fiesta de Pentecostés. En vuestra situación de debilidad, necesitais presencias, cercanía, que aquí quedan bien cumplidas por vuestros familiares, la comunidad parroquial y Dios mismo que se os va a hacer sensible con su Espíritu, que es respiro, alivio, beso de ternura en vuestras heridas. La cruz es otra presencia significativa: símbolo de vuestro dolor, pero por Cristo, señal de salud y esperanza para todos. Con vosotros, nos sentimos en debilidad y nos acogemos a la misericordia».

La ***liturgia*** de la palabra en torno a estos textos: Hechos 2, 1-11 con el relato sobre la venida del Espíritu; Santiago 5, 13-16 que refleja las prácticas de los primeros cristianos para con sus enfermos; y Juan 20, 19-23 relato de una aparición del Resucitado que alienta su mismo Espíritu sobre los miedosos discípulos.

Homilía: Hoy se repite la escena de la aparición del Resucitado-llagado en medio de los discípulos cerrados y acobardados a los que comunica su aliento para seguir.

A todos nosotros, la enfermedad, los años. los fracasos nos cierran, bloquean nuestras puertas y ventanas (el oido, la vista, las posibilidades de comunicación).

Nos urgen presencias que nos entren dentro a pesar de la cerrazón: los nietos, un hijo que nos visita después de un tiempo de ausencia; una cuidadora que nos atiende con delicadeza; el médico del ambulatorio que se interesa por nosotros, nos escucha y nos reanima.

Hoy, singularmente, tenemos la presencia del Resucitado-llagado (Él sabe de la cruz). Con su Espíritu penetra en nuestro interior a pesar de nuestras resistencias, y se transforma para nosotros en paz, perdón, brisa de aliento que se cuela por las rendijas, fuego-luz que reanima; inspiración-oxígeno vital; ungüento que hidrata y sana las heridas... a través de los gestos sacramentales (imposición de manos y Unción).

Se nos ofrece además como pan de los débiles, la mejor medicina posible para restaurar y reanimar al decaído.

En silencio, hacemos hueco, nos abrimos a esa presencia salvadora.

El ritual de la Unción, desarrollado por dos sacerdotes, acompañados de miembros del equipo de pastoral, en medio de un clima pausado y fervosoro, con un fondo de invocaciones al Espíritu semitonadas por toda la comunidad.

Después de la comunión:

- ***Un tiempo de silencio:*** ungidos por el Espíritu de Dios, alimentados por el pan de resurreción... nos dejamos pacificar, sanar para ser portadores de ánimo, acogida, abrazos.
- ***Bendición de la Cruz*** grande que va a ser incorporada a la cabecera de nuestro templo y de las cruces que son entregadas a los enfermos por miembros del equipo pastoral.
- ***Recitado del siguiente poema,*** compuesto por un familiar de uno de los enfermos ungidos:

Bendito seas, Señor.

Bendito seas, Señor,
con salud y enfermedad:
en las dos yo quiero amor.
Tú no quieres el dolor,
es la vida quien lo da.

Ya he llegado a la vejez
y con gran conformidad,
he empezado a comprender
que sólo sabes querer.
Tú eres mi Dios de bondad.

Ya estoy torpe, Padre Dios,
y con no pocas goteras...;
yo te ofrezco con amor
hasta mi silla de ruedas.
Tengo el alma, Señor,
lacerada de dolor,
mas sea lo que Tú quieras.

Yo te ofrezco mi bastón,
mis pastillas, mi tensión
un poco descontrolada,
y mi cabeza cansada,
mi cansado corazón.

Espíritu Santo, ven,
enséñame a caminar
con ánimo bien templado,
a hijos y nietos amar,
sin esperar demasiado.

Que el amor que es verdadero
nada pide por amar
y, si se da, se da entero,
sabe sufrir y callar
...

Bendito seas, Señor.
A veces, la vida es dura
y me falta hasta el valor;
que no me falte tu amor
ni tampoco tu ternura.

(Alfonso Valverde)

La reacción de los enfermos, sus familiares y comunidad participante fue unánime, expresando gozo, emoción, gratitud.

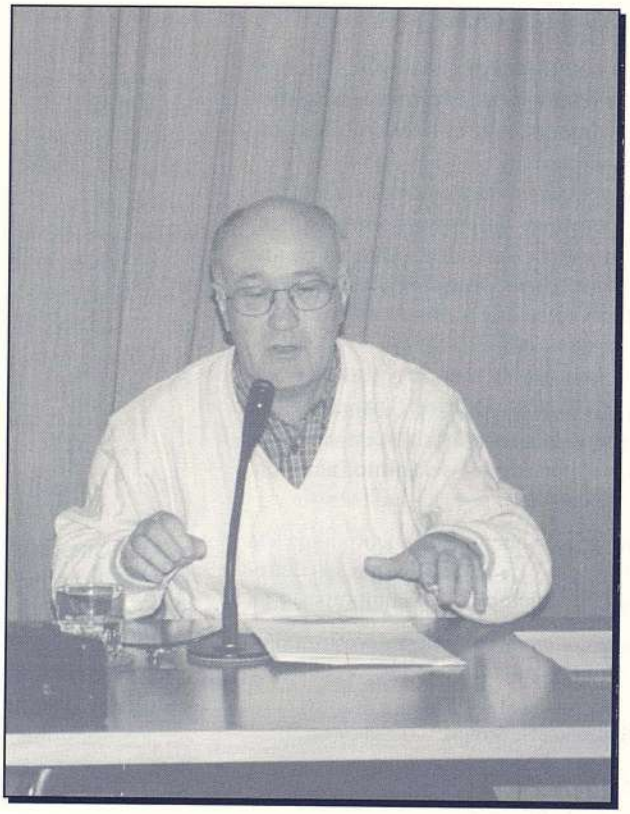
Una hija agnóstica cuyos padres habían recibido la Unción lo formulaba así: «muchas gracias por lo que hemos vivido en este rato; para mis padres, que perdieron un hijo en accidente hace 4 años, la participación en la parroquia está siendo un refuerzo clave de esperanza, gracias».

Otros 10 enfermos más imposibilitados recibieron al día siguiente la Unción en sus casas, con el mismo contenido y acompañamiento familiar y de algunas personas de la comunidad.

Era la primera vez que celebrábamos en la parroquia la Unción comunitaria, después de esta experiencia gozosa, continuaremos oportunamente con esta práctica pastoral que revitaliza y enmarca comunitariamente el sacramento de la Unción de los enfermos.

El acompañamiento a las familias en el duelo, desde las parroquias

RAMÓN MARTÍN RODRIGO
OH
Licenciado en Teología y Psicología



El autor ha querido expresar su agradecimiento y felicitación al equipo organizador de las XXVII Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud por haber tenido la especial sensibilidad para incluir en el programa de las mismas: «Los enfermos y la parroquia: una prioridad», un apartado para el cuidado y acompañamiento de las personas que, en su propio ámbito parroquial, han perdido recientemente a un ser querido. Ramón Martín ha querido recalcar que es un acierto porque aunque el ámbito habitual de la muerte en nuestra sociedad no es el hogar familiar, ya que ordinariamente hoy se muere en el hospital

o la residencia de ancianos, todo el proceso de duelo sí que se vive luego en el contexto familiar y en el domicilio próximo a la parroquia. Y ahí debemos de seguir presentes a nivel de evangelización con mucho cuidado y constancia.

LA MUERTE, CÁTEDRA DE LA VIDA

En el marco hospitalario para muchas familias y enfermos la figura del capellán suele ser vivenciada como una especie de pájaro de mal agüero, por su supuesta familiaridad con la muerte; espero y deseo que mi presencia hoy aquí para ahondar en torno al tema del duelo por la pérdida de un ser querido desde el marco parroquial no suscite una especie de incomodidad similar y alguien vaya a repetir la conducta y actitud de los oyentes de Pablo en el aerópago ateniense. Porque ciertamente la muerte es hoy uno de los grandes «agujeros negros» de nuestra sociedad, junto con la enfermedad, la soledad y la culpa, y como tal traspasa el propio ámbito de la antropología para contaminar igualmente la psicología del hombre y la mujer contemporáneos, así como la misma reflexión filosófica y teológica. Y no porque la evitemos o la neguemos la muerte deja de hacerse presente siempre de forma machacona e inoportuna. Personalmente me he tomado la molestia de seguir la estadística de los fallecimientos de la ciudad de Madrid facilitados por la prensa durante una semana y he podido comprobar que oscilan a diario alrededor de 90 personas, unas 32.500 al año. Cada uno podría hacer una estadística casera del impacto de la muerte en su propio pueblo, parroquia, etc.

> *«Dentro de la crisis cultural del hombre moderno —y aquí estoy citando a nuestro entrañable Monseñor J. LUIS REDRADO—, podemos hablar también de la crisis de la muerte en nuestra sociedad; podemos hablar de rechazo social de la muerte, de desconocimiento social. Hoy la muerte está acompañada del silencio, engaño, ocultamiento, soledad; se aísla la muerte, no se puede hablar de ella abiertamente, porque es un tabú. Se ha llegado a considerar hasta la «pornografía de la muerte».*

La muerte tiene hoy lugares concretos: no tiene cabida en casa, en la familia; hoy es la muerte en la carretera, la muerte en el hospital; la muerte en las unidades de cuidados paliativos, «hospicio», etc. También la muerte tiene hoy lenguajes nuevos: Ya no se habla de «muerte», sino desaparición, éxitus, dejar de existir, dejarnos, falta el ser querido. Alejamos la palabra muerte porque parece ser de mal gusto, es una presencia incómoda... Hasta ha perdido solemnidad, y el cadáver ya no es llevado a hombros por los más íntimos de la familia y amigos, como un honor de despedida, sino que es transportado por unos desconocidos, la mayor parte de las veces fría y descuidadamente[1].

La muerte es hoy uno de los grandes «agujeros negros» de nuestra sociedad, junto con la enfermedad, la soledad y la culpa.

Pero si queremos crecer como personas y vivir como cristianos adultos hemos de aprender a ver cercana la muerte y familiarizarnos con ella. Es verdad que es un aliado difícil, pero no la podemos pensar como enemiga; debemos de pensar en ella como cátedra de vida, como pedagogía, como universidad donde se aprende a vivir; como arte para vivir en paz, en equilibrio; como arte para arriesgar.

El mismo J. L. REDRADO nos cuenta en el artículo citado cómo hizo una pregunta a varios grupos de profesionales sanitarios: «¿Por qué la muerte es cátedra de vida?». Y haciendo una síntesis de las numerosas respuestas recibidas concluye que la muerte es cátedra de vida:

- Porque nos enseña a valorar las cosas en su dimensión real.
- Porque nos pone en contacto con la esperanza de una vida que trasciende.
- Porque nos hace más sensibles a los valores humanos y espirituales.

Si queremos crecer como personas y vivir como cristianos adultos hemos de aprender a ver cercana la muerte y familiarizarnos con ella.

Para los cristianos la resurrección de Cristo es el centro de la fe cristiana. Cristo, resucitado de entre los muertos, es principio de resurrección de todos los que han muerto. Y de esta fe en la resurrección surge la visión cristiana de la vida y de su destino. El hombre es destinado a la vida eterna. Por ello, la dimensión cristiana de la muerte es la vida. De aquí proviene también la

1. MONS. J. L. REDRADO. *La muerte, cátedra de la vida.* Rev. Actualidad Pastoral, 230 (1997).

visión cristiana de la ética: como comportamiento de hombres liberados de la esclavitud del pecado y resucitados, abiertos a una visión de la vida que no conoce fin. Nuestra vida cotidiana deberá asumir las dimensiones de novedad y toda ella podrá estar impregnada de una fragante esperanza.

Dice S. GRYGIEL que, «si no existiera la muerte sería imposible pensar seriamente; el hombre estaría condenado a pensar en cosas sin sentido». Y S. FREUD nos dice que «para soportar la vida hay que estar dispuesto a aceptar la muerte».

LA FAMILIA Y EL DUELO

La mayoría de las muertes o pérdidas significativas se producen en el contexto de una unidad familiar, de las familias de muchos de los feligreses concretos de una parroquia y es importante considerar el impacto de una muerte en todo el sistema. La mayoría de las familias tienen algún tipo de equilibrio homeostático y la pérdida de una persona significativa en ese grupo familiar puede desequilibrar dicha homeostasis y hacer que la familia sienta inmenso dolor, empiece a resquebrajarse y en algunos momentos busque ayuda[2]. O acepte el acompañamiento de personas de confianza del ámbito parroquial que durante el proceso de enfermedad de su deudo les visitaron con frecuencia, e incluso llegaron a intimar con el propio paciente y/o el cuidador principal. Y una oportunidad de acompañamiento de este tipo, por muy difícil y costosa que nos parezca, no debe descuidarse desde un equipo parroquial que verdaderamente quiera ser evangelizador en el mundo de hoy.

Las familias varían en su capacidad para expresar y tolerar sentimientos. Los que afrontan el duelo por la pérdida de un ser significativo de una manera más eficaz son los que hacen comentarios abiertos sobre el fallecido, mientras que a los que son más cerrados no sólo les falta esa libertad, sino que además ofrecen excusas y hacen comentarios que logran que los otros miembros se queden callados. Las familias funcionales procesan sentimientos sobre la muerte incluyendo, admitiendo y aceptando sentimientos de vulnerabilidad. En la mayoría de las familias la actividad del visitador se limitará a acompañar o entrevistarse con el cuidador principal, con el que se relacionó en el período de enfermedad del fallecido. Pero ir escuchando y acompañando, aunque sólo sea a una persona, y precisamente a ella en ese grupo familiar, no dejará de aportar grandes beneficios a la larga, si el proceso se ha ido realizando cuidadosamente. Porque un duelo inadecuado de alguno de los miembros, puede entorpecer gravemente la dinámica familiar, y el visitador puede contribuir con su compañía y buen hacer a que esa persona significativa o a veces sola, pueda encontrar fuerzas suficientes para servir de apoyo al sistema e ir tirando adelante él mismo, tras encontrar nuevos motivos para seguir viviendo. Personalmente he escuchado numerosos testimonios de personas que se muestran muy agradecidas por las visitas que en los momentos de enfermedad y de muerte les hicieron desde la parroquia el propio sacerdote o alguien del equipo pastoral. Asimismo conozco personas muy dolidas porque habiendo colaborado estrechamente con su parroquia, en los momentos de soledad e incertidumbre que conlleva toda enfermedad y la muerte, se sintieron abandonados u olvidados.

2. J. WILLIAM WORDEN. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia.* Ed. Paidós. Barcelona, 1997.

EVANGELIZACIÓN EN TORNO A LA MUERTE

Dado que la situación de enfermedad y todo lo concerniente al hecho del morir es un terreno tan difícil y resbaladizo, tan odiado y rechazado en la sociedad actual, es de especial importancia que se cuide extremadamente a nivel pastoral, por las connotaciones teológicas que comporta, pero también psicológicas y antropológicas. Es cierto que el rito de las exequias se ha enriquecido notablemente en la liturgia católica, pero mi impresión es que todo esfuerzo y cuidado es poco para alcanzar una celebración entrañable y digna de la despedida de un ser humano conocido y cercano, con toda la riqueza y hondura que entrañan los textos bíblicos y la teología acerca de la muerte y la esperanza cristiana tras el acontecimiento de la resurrección. Aunque todos podemos haber participado y presidido celebraciones de difuntos muy ricas y consoladoras, también tenemos in mente tristes y pobres ejemplos donde el que preside no ha llegado ni a memorizar el nombre del difunto, o apenas puede aportar una pincelada significativa de su vida. Y los familiares y los asistentes, en muchos casos ocasionales y alejados; lo notan perfectamente y saben quién habla desde el corazón y desde sus creencias profundas, más que desde un guión aprendido.

Como dato positivo sé que, en mi Vicaría al menos (Vicaría VI, Madrid), hay un sacerdote coordinador de la pastoral de exequias de un equipo formado por otros trece sacerdotes. Bienvenida esta saludable iniciativa a nuestra Iglesia diocesana. Ojalá cunda el ejemplo. Ojalá que toda la solidaridad y acompañamiento mostrado por la gente y por la parroquia en el proceso de enfermedad y en el momento de la muerte no termine con un emotivo funeral y un concurrido entierro. La sociedad y la Iglesia, como madre solícita, debe seguir mostrando su preocupación y apoyo explícito por el bienestar y la adecuada elaboración psicológica y espiritual de la pérdida de los que quedan y, muy en especial, de los más débiles y necesitados; sobre todo: ancianos solos, padres que han perdido un hijo joven o menor, viudos y viudas muy descon-

La parroquia debe asumir una nueva tarea, posiblemente desconocida y costosa, pero absolutamente necesaria y profundamente cristiana, de acompañar en el duelo.

solados... Y eso implica asumir desde la parroquia una nueva tarea, posiblemente desconocida y costosa, pero absolutamente necesaria y profundamente cristiana, de acompañar en el duelo en la medida de lo posible a algunos de sus fieles y otros que no lo son, pero que aceptan la mano tendida que se les ofrece en momentos de tanto vacío, soledad y desconsuelo.

Estoy totalmente de acuerdo con J.A. PAGOLA[3] cuando reflexiona sobre las líneas básicas para un proyecto compartido en las I Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud en la Parroquia (El Escorial, 1998). En un apartado que subtitula: «De una pastoral de la muerte a una pastoral de la vida», afirma: «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 integral y el crecimiento del ser humano en todas sus dimensiones... Por las especiales connotaciones de nuestra sociedad actual ante el hecho - tabú del morir, es urgente seguir atendiendo esta pastoral de comunión y acompañamiento adecuado al número creciente de enfermos terminales y a las familias que sufren con ellos.

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 una calidad de vida digna de enfermos crónicos, ancianos y minusválidos físicos, sensoriales ó psíquicos»[4]. Yo resumiría a esta valiosa aportación de J. A. PAGOLA diciendo que se ha de promover desde la parroquia una Pastoral de la Salud integrada y de cara a una salud integral, como se habrá escuchado repetidamente durante estas jornadas. Hemos podido conformarnos con dar preferencia a un acompañamiento pastoral del «bien morir», pero ahora se nos invita a dar un paso más y brindar una adecuada pastoral para el «después del morir», de los que quedan, que están llamados a seguir viviendo y, si es posible, con un plus mayor de vida, a pesar del handicap humano que supone toda pérdida significativa.

Arnaldo PANGRAZZI[5], un gran conocedor y difusor de todo lo concerniente a la relación de ayuda pastoral y pionero en los temas de elaboración del duelo, ofrece unas buenas iniciativas para ayudar e implicar en las tareas de evangelización de la parroquia a las personas que han perdido recientemente a un ser querido. Cito solamente algunos a nivel pastoral:

- Visita a personas en duelo en sus propias casas, sobre todo en las fases más críticas, preparando y delegando a un grupo de personas esta diaconía de la caridad.
- Implicación gradual de personas que han sufrido una pérdida significativa en actividades e iniciativas parroquiales para ayudarlos a sentirse útiles y para darles la oportunidad de ejercitar sus talentos.
- Inserción de viudos y viudas (padres y madres, etc.) que han elaborado positivamente un duelo participando en grupos de apoyo con otras personas afectadas por una pérdida reciente para permitirles, desde su propia vivencia «consolar a todos los que sufren con el consuelo que nosotros mismos recibimos de Dios» (2 Cor. 1, 4).

EL MUNDO SANITARIO Y LA PARROQUIA: LOS EQUIPOS DE VISITADORES PARROQUIALES DE ENFERMOS

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 la Pastoral Hospitalaria era la única labor pastoral con los enfermos. Aunque esta mentalidad siga 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 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 am-

3. J. A. PAGOLA: *La Pastoral de la Salud en la Parroquia: líneas básicas para un proyecto compartido.* Labor Hospitalaria. N.º 259. Pág. 20 (2001)

4. Directorio Pastoral de la Diócesis de San Sebastián. *Hacia una muerte más humana y más cristiana.* Idatz, S. Sebatián, 1996.

5. A. PANGRAZZI. *La pérdida de un ser querido: un viaje dentro de la vida.* Ed. Paulinas. Madrid, 1993.

Los visitadores parroquiales de enfermos son, en la actualidad, una de las figuras pujantes dentro del conjunto de la Pastoral de la Salud.

bulatoria 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 a los que la asistencia a los enfermos quedaba a cargo de algún sacerdote y reducida a intervenciones esporádicas. Hoy, felizmente, la comunidad cristiana parroquial va recuperando la conciencia y las actividades del ministerio sanador que la tradición cristiana, desde San Pablo hasta el día de hoy le ha venido atribuyendo[6] (Rom. 12, 6, 8; I. Cor. 12, 4-10, 22-25 s.).

En este panorama alentador se suscitan 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. A este respecto se han hecho numerosos esfuerzos desde las distintas instancias eclesiales y se ha ido consiguiendo 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. Un ejemplo concreto es el «Programa y temario de formación para los visitadores parroquiales de enfermos» de la Archidiócesis de Madrid[7], que se estructura en cuarenta temas a desarrollar en cuatro años, cuyo tema 8, inserto en el Área de Pastoral de la Salud y Evangelización, se centra en «el mensaje cristiano sobre el morir y la muerte».

Sinceramente he de decir que en un plan ya tan contrastado en el tiempo y tan maravillosamente diseñado no pase de todo lo que implica «la visita a los enfermos desde la parroquia», para atreverse a dar un paso más en el camino de la evangelización, como ya se viene haciendo poco a poco en alguna parroquia y arciprestazgo pionero, preparando a los visitadores y haciendo una hermosa realidad el acompañamiento en el duelo desde la parroquia. Me pareció enormemente iluminadora una de las tareas que proponen los participantes de un grupo en las I Jornadas de El Escorial (1998); tareas que debieran asumir todos los equipos parroquiales de Pastoral de la Salud. Dice así: «Acompañamiento a la familia del enfermo y del visitador en la enfermedad, en la muerte y en la POSTMUERTE». Eso es precisamente lo que yo pretendo brindar con esta sencilla y novedosa aportación como broche de oro de una Pastoral de la Salud bien entendida, tomando en sentido amplio lo que nos dice el Ritual (RUTE) en su número 48: «...la acción pastoral estará orientada a suscitar equipos que, como inmediatos colaboradores de los pastores, visiten, consuelen y ayuden a los enfermos». Y a sus familiares (esto es un añadido mío).

Durante la preparación de esta exposición, traté de contactar con diferentes agentes de pastoral de algunas parroquias, desde sacerdotes a visitadores, para intentar pulsar qué tipo de intervenciones se estaban desarrollando en los ámbitos parroquiales en torno a la muerte y el duelo. Se me habló lógicamente de las celebraciones exequiales pero apenas nada de intervenciones sobre el acompañamiento en el duelo, aunque muchos lo creían interesante y aún necesario en casos concretos. De hecho la idea originaria de esta intervención era la de presentar una mesa redonda con diversas experiencias que se estuvieran llevando a cabo sobre este tema. Y no encontramos el eco adecuado, sino más bien, una solemne callada por respuesta. Por lo que la mesa redonda se quedó en una exposición magistral y ojalá en otro momento las experiencias concretas se puedan multiplicar y difundir.

EMAÚS: MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO REVITALIZANTE

Jesús tuvo amigos y discípulos y con ellos estuvo «a las duras y a las maduras». Compartió sus alegrías y sus penas, sus momentos de felicidad y sus momentos de dolor. Fue comprensivo y realista en los momentos de felicidad y de adhesión inquebrantable a su persona; y estuvo cercano en sus momentos de duda y desaliento. Pero hay dos pasajes que reflejan de modo especial el talante y la conducta de Jesús en la situación de duelo: el de la resurrección de Lázaro (Jn. 11, 1-44) y el de los discípulos de Emaús (Lc. 24, 13-35)[8].

6. Cf. Orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado Español que preceden al Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos (RUPE) (Número 57 d).

7. J. CONDE. *La formación de los visitadores parroquiales de enfermos.* Labor Hospitalaria. N.º 259. Pág. 31 (2001).

8. E. SÁNCHEZ. *La relación de ayuda en el duelo.* Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud. Ed. Sal Terrae. Santander, 2001.

El pasaje de los discípulos de Emaús describe una auténtica situación de duelo. A. PANGRAZZI[9] analiza este pasaje como un itinerario bíblico y pastoral que simboliza la pérdida y la recuperación de la esperanza. Este recorrido bíblico ilustra aspectos de la relación de ayuda que permiten que el encuentro con la persona en dificultad sea más significativo desde el punto de vista humano y espiritual.

Henri J. M. NOUWEN[10] en un maravilloso texto sobre su particular interpretación de lo ocurrido en el camino de Emaús, describe de esta manera a los dos caminantes frustrados:

> «Dos personas caminan juntas. Por su manera de andar se puede ver que no son felices: la cabeza gacha, los hombros hundidos, el paso cansino... Ni siquiera se miran el uno al otro. De vez en cuando uno de ellos dice algo, pero sus palabras no van dirigidas a nadie y se desvanecen en el aire como sonidos inútiles. Aunque siguen un camino ya trazado, no parecen tener ninguna meta. Regresan a su hogar, pero el hogar ya no es tal hogar. Sencillamente, no tienen otro sitio adonde ir. El hogar se ha convertido en vacío, desilusión, desesperación... Apenas pueden imaginar que solo unos años atrás habían conocido a alguien que había cambiado sus vidas; alguien que había interrumpido radicalmente su rutina diaria y había dado una nueva vitalidad a cada parcela de su existencia. Ellos habían abandonado su aldea para seguir a aquel extraño y a sus amigos, y habían descubierto toda una nueva realidad oculta tras el velo de sus actividades cotidianas... El extraño de Nazaret lo había hecho todo nuevo: los había convertido en personas para las que el mundo ya no era una carga, sino un desafío... Había traído paz y alegría a su experiencia cotidiana.
>
> Pero ahora había muerto. Su cuerpo, que irradiaba luz, había sido destrozado por las manos de sus torturadores... Se había convertido en un «donnadie» de tantos. Todo había quedado en nada. Le habían perdido; pero no sólo a él, sino que, juntamente con él, se habían perdido a sí mismos. Se habían convertido en dos seres humanos perdidos que caminaban hacia su hogar sin tener hogar, que regresaban hacia lo que se había transformado en un triste y oscuro recuerdo».

Adaptando a la relación de ayuda en el duelo la reflexión que hace A. PANGRAZZI, los aspectos a tener en cuenta por todo acompañante o visitador parroquial, serían los siguientes:

- ***Tomar la iniciativa, ofrecer ayuda.*** «Mientras ellos conversaban y discutían, el mismo Jesús se acercó y siguió con ellos».
- ***Interesarse, pero no interrogar.*** Dejar hablar. «Él les dijo: ¿de qué discutíais por el camino?».
- ***Dar voz al dolor.*** «Ellos se pararon con aire entristecido» y siguieron contando a Jesús los motivos de esa tristeza, expresando su perplejidad y su frustración: «Nosotros esperábamos que sería él el que iba a liberar a Israel», y continúan narrando su estado de ánimo, mezcla de pena, contrariedad, aprensión y desesperanza.
- ***La confrontación realista.*** «Él les dijo: ¡Oh, insensatos y tardos de corazón para creer todo lo que dijeron los profetas! ¡No era necesario que el Cristo padeciera eso y entrara así en su gloria!».
- ***La iluminación:*** «Y empezando por Moisés y continuando por todos los profetas, les explicó lo que había sobre él en todas las Escrituras».
- ***Solidaridad y comunión:*** «Ellos le forzaron a quedarse diciéndole: Quédate con nosotros porque atardece y el día ya ha declinado. Y entró a quedarse con ellos». Todo escucha acaba siendo percibido más como un amigo o compañero de camino que como un experto, por su presencia respetuosa y sanante. Se convierte, por así decirlo, en símbolo de resurrección, porque es capaz de «caminar con ellos en el viernes santo».
- ***La revelación:*** «Cuando se puso a la mesa con ellos, tomó el pan, pronunció la bendición, lo partió y se lo iba dando. Entonces se les abrieron los ojos y lo reconocieron...»
- ***El testimonio:*** «Y levantándose al momento, se volvieron a Jerusalén y encontraron reunidos a los Once... Ellos por su parte, contaron lo que les había pasado por el camino y cómo le habían reconocido al partir el pan».

Los discípulos de Emaús dan testimonio de su experiencia y de la esperanza renacida por el encuentro sanante con Jesús. Vemos con frecuencia que de la experiencia del dolor compartido nace el amor, la solidaridad y el deseo de que otros puedan beneficiarse de la ayuda que proporciona la escucha atenta y el compartir la intimidad. Si el proceso de acompañamiento se realiza adecuadamente y en un clima de confianza esperanzada, el visitador parroquial tendrá el privilegio de compartir la evolución positiva de estas personas y de ir palpando ostensiblemente en la vida cotidiana cómo han ido cambiando y tomando un nuevo sentido estas existencias antes casi anuladas o mortecinas.

SUGERENCIAS PARA UN ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO

Aunque la mayoría de personas son capaces de afrontar satisfactoriamente los sentimientos y manifestaciones del duelo y rehacerse progresivamente sin especial ayuda, solo con sus propios recursos y el apoyo de sus familiares y amigos, hay personas psicológicamente

9. A. PANGRAZZI. *Itinerarios bíblicos y pastorales en el acompañamiento al enfermo.* Dolentium Hominum 39 (1998). Pág. 20-26.

10. H. J. M. NOUWEN. *Con el corazón en ascuas: meditación sobre la vida eucarística.* Ed. Sal Terrae. Santander, 1996.

más frágiles o más afectadas que necesitan un acompañamiento prolongado para volver a alcanzar un nivel de vida satisfactorio tras la pérdida de un ser querido. Para poder llevar a cabo un adecuado acompañamiento humano y pastoral es conveniente que se conozcan unas pautas de actuación para que dicha intervención sea lo más positiva y eficaz posible. Este primer nivel de acompañamiento es bueno que se haga desde los equipos de visitadores parroquiales de enfermos y puedan realizarlo alguno de los miembros suficientemente formados para ello y con una buena dosis de equilibrio y madurez personal. Ofrecemos aquí un buen abanico de sugerencias extraídas de diversos autores como W. WORDEN, A. PANGRAZZI, ANA GIMENO-BAYÓN y IOSU CABODEVILLA[11].

Familiarizarse con el proceso de duelo

Hoy un peligro constante que obstaculiza el crecimiento es la sensación de miedo, que lleva a evitar situaciones que ponen de manifiesto nuestra desazón y nuestra vulnerabilidad. La superación de la molestia va ligada a la disponibilidad de acercarse al dolor y de familiarizarse con el proceso de duelo.

Por eso el adquirir una mayor conciencia de los dinamismos del duelo permite acompañar a quien sufre con un mayor equilibrio y serenidad, porque ya se conoce de antemano el «mapa» del viaje y el objeto de la propia presencia.

Ayudarle a tomar conciencia de la realidad de la pérdida, dejando sentir el dolor en el interior de uno mismo

Cuando alguien pierde a un ser querido y/o significativo, aunque la muerte sea esperada, siempre hay una cierta sensación de irrealidad y no existe ninguna fórmula mágica que nos permita restablecernos en un «abrir y cerrar de ojos». Por tanto, la primera tarea del que acompaña a una persona en duelo es ayudarle a tener una conciencia más clara de que la pérdida ha ocurrido de verdad y valorar como apropiado el dolor emocional que lo acompaña. Es el único camino por el que se puede poner fin a esa experiencia y seguir progresando de una manera positiva. Es bueno recordar con ella los últimos momentos de enfermedad, el momento de la muerte, el funeral y entierro; acompañarle a visitar el cementerio...

Acoger la expresión de todas las emociones que el proceso conlleva.

En nuestro medio cultural, en no pocas ocasiones, tendemos a cortar la expresión de emociones, porque quizá hemos interiorizado que las personas sufren más cuando exteriorizan los sentimientos de dolor o que nos hacemos más vulnerables al expresarlos. Sin embargo, mediante la vivencia y expresión de los sufrimientos nos aliviamos y nos liberamos.

La persona en duelo más que psicofármacos lo que necesita con mayor urgencia es la presencia y la escucha de algún amigo o persona comprensiva. Por tanto, en este tema, en lugar de reprimirlas se ha de facilitar y acoger todas las emociones que el afectado exprese (llanto, tristeza, culpa, rabia, etc.).

Evitar las frases hechas

No recurrir a expresiones tópicas o frases hechas, porque lo cierto es que en nada ayudan al que está en duelo; incluso pueden herirlo o desconcertarlo. Pretendiendo calmar nuestra incomodidad no podemos minimizar el sufrimiento que conlleva una pérdida. Si realmente no se nos ocurre decir nada significativo u oportuno, lo mejor es el silencio o el suave acariciamiento o contacto físico.

Revalorizar los signos de presencia

La presencia al lado del que sufre es un don. Transmite cercanía incluso cuando faltan las palabras. En la Biblia encontramos en la figura de Ruth un ejemplo admirable (Rut. 1, 16-17).

La presencia de algún miembro del equipo parroquial en estos momentos es uno de los mayores consuelos humanos y un extraordinario signo evangelizador. Dicha presencia se puede concretar en calladas atenciones, presencia física, disponibilidad para pequeñas tareas, una oración conjunta, un gesto de apoyo, una espera silenciosa...

Mantener el contacto durante el tiempo necesario

Un peligro muy frecuente en los casos de fallecimientos es el hacer confluir toda la solidaridad humana en el día de la muerte, la visita al tanatorio y asistencia al entierro para luego desaparecer. Cuando precisamente los afectados sienten más necesidad de apoyo y presencia en las semanas o meses siguientes. Además, el contacto puede establecerse y mantenerse de distintas formas (hacer una visita, proponer un paseo, una llamada telefónica, un mensaje por correo, una carta o un recuerdo en una fecha significativa...).

Estimular la dedicación de tiempo para uno mismo

En estos momentos las personas más afectadas necesitan también que se les propicie y respete un tiempo de soledad, un espacio vital en el que interiorizar y recom-

11. — W. WORDEN y A. PANGRAZZI, O. C.
— IOSU CABODEVILLA. *Vivir y morir conscientemente.* Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao, 1999.
— ANA GIMENO-BAYÓN. *Aprender a despedirse.* Cap. 14. En C. ALEMANY (Ed.) *14 aprendizajes vitales.* Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao, 1998.

poner su mundo interior tras la pérdida, sin pretender huir del encuentro consigo mismo. Es tan importante saber acompañar, como saber retirarse.

Respetar las diversas reacciones y el ritmo propio

El duelo es una experiencia universal, pero es vivida de modo extremadamente personal. Cada cual ha de encontrar su modo de elaborar el dolor, una vía propia para la curación. Y la persona que le acompaña no puede establecer lo que es acertado o equivocado para el otro, sino que debe valorar el beneficio que la persona obtiene de sus comportamientos. Un acompañamiento eficaz requiere que se respeten dos condiciones: la primera es que cada cual recorre caminos diversos para llegar a la aceptación de la pérdida y la segunda es que cada uno tiene su propio ritmo que habrá que respetar sin muchas exigencias, propias o externas, dándose permiso para estar en duelo, sabiendo que se trata de algo normal. Y que el malestar puede durar bastante tiempo.

Estimular a elegir y tomar decisiones

Alguien a escrito que «vivir es elegir» y que una de las funciones más significativas que el acompañante puede desempeñar con las personas que están de duelo es ayudarle a hacer opciones constructivas. Porque la persona doliente se encuentra muy débil y en muchos momentos desinteresada y aún desconectada de la realidad durante algún tiempo. En estos casos conviene acompañarle y ayudarle a tomar las decisiones más oportunas, sin que ello implique suplirle totalmente o anularle.

Pero al mismo tiempo hay que recomendarle el no tomar, a ser posible, decisiones muy importantes (por ejemplo cambiar de domicilio, de ciudad o de empleo, etc.), porque en una situación así puede que no sean las más acertadas y convenientes para él y su familia, y pueden afectar irreversiblemente en su vida futura.

Cultivar los recuerdos

Recordar a la persona amada es un consuelo para los supervivientes: da significado a su relación, a su dolor. Volver a evocar su nombre, su figura y los momentos vividos es terapéutico. En las fases iniciales del duelo la tendencia consiste en mirar hacia atrás, no hacia delante. Por eso el permitir evocar los recuerdos positivos vividos junto a la persona desaparecida les permite recabar la fuerza y el consuelo que brotan del pasado para poderse adentrar en un futuro desconocido (mirar tranquilamente el álbum familiar, recordando tantos momentos vividos juntos como reflejan las fotografías; repasar sus hobbys y sus pertenencias, valorar la herencia material y psicológica que nos ha dejado, etc.).

Desprenderse internamente del que se va

Esa persona que se ha perdido y que formaba parte del patrimonio afectivo del doliente de alguna manera reduce lo que poseemos y por ello desprenderse no es fácil. Pero la reducción en lo que tenemos no es reducción en lo que somos. Por el contrario, la pérdida puede utilizarse positivamente, al servicio de lo más nuclear nuestro, porque pone de relieve que no somos eso que hemos perdido, que seguimos siendo nosotros tras la pérdida, que no dependemos de ella para seguir siendo lo que realmente somos. Y, además cuando el duelo por una pérdida está bien elaborado, llegamos al convencimiento de que aunque físicamente hemos perdido al ser querido, psicológica y humanamente permanece muy arraigado en el mundo interno de nuestros afectos. Y eso ya no hay nadie que nos lo arranque. Por tanto, conviene reducir las fronteras del «tener» y ahondar más en el interior del «ser».

Animarle a cerrar asuntos pendientes

Esta acción no se refiere sólo a asuntos materiales, sino también a aspectos internos, sobre todo a la expresión de emociones y pensamientos nunca dichos en relación con la persona desaparecida tanto a nivel de aspectos positivos como negativos. Y como en el caso del doliente el encuentro con el ser querido ya no puede ser real, dicha expresión deberá ser simbólica a través del diálogo en la fantasía o mediante una especie de soliloquio. A veces se hace mediante el redactado de una carta. El cierre emocional le ayudará a desembarazarse de los fragmentos de relación que de otra manera podrían quedar adentro como un quiste. Un ejemplo literario de ello es la pieza teatral «Cinco horas con Mario». Esta tarea no resulta fácil en muchas ocasiones y ha de ser acompañada o provocada por un profesional de la psicología.

Ser símbolos de esperanza

Dice A. PANGRAZZI en la obra ya citada que «no hay tristeza más grande que la de aquel que ha perdido toda esperanza y se niega a acoger los signos de renovación esparcidos a lo largo del sendero de la aflicción. Y por otro lado, no hay ejemplo más convincente que el de aquel que da lugar a la esperanza permitiendo que nazca nueva vida a la sombra de la muerte». En el centro de la tradición y de la creencia cristiana está el misterio de la muerte y resurrección de Cristo. Y los cristianos queremos con nuestra vida ser testigos actuales y convencidos de este foco inagotable de esperanza. Aunque el visitador de la persona en duelo debe de ser muy prudente en la comunicación de estas verdades por él vividas y sentidas porque la otra persona puede no compartir su creencia y además se encuentra en este momento presa por

la desesperanza. Compartir y contagiar sí, si se puede, pero con mucho respeto y cuidado, no vaya a asustar o hacer daño al doliente con su entusiasmo o sus verdades aprendidas.

Lo importante en este momento es que quien transmite calor infunde esperanza. Y esta es la palabra, la vivencia más importante en el vocabulario del que se halla inmerso en el dolor. Por eso todo hilo de esperanza venga de donde venga es un asidero y un estímulo para mirar adelante. Si la persona es creyente conviene acompañarle y remitirle al sentido de trascendencia y al ejercicio de sus prácticas habituales.

Acompañarle a descubrir nuevos motivos para vivir y nuevas relaciones

Invitarle a que poco a poco vaya saliendo del aislamiento y la pena, ocupándose también de otros sentimientos y de las necesidades de los demás, de su ámbito familiar o comunitario. El aceptar con alegría y sin culpa los nuevos hallazgos, regalos y personas, no significa la negación de los afectos vividos ni infidelidad a la persona perdida. Más bien es un homenaje, quizá el mejor que pueden hacerle, el poder encarnar e integrar en el presente la sabiduría vital que la relación vivida durante tanto tiempo le aportó.

El duelo quedará superado para esa persona cuando empiece a sentir que es deseada y necesaria para otros y merecedora de un cuidado para sí misma, de manera que ocuparse o interesarse por otras personas y tareas puede constituir un nuevo sentido para su vida.

Buscar la ayuda de un profesional cuando se perciba algún riesgo

Es muy importante que el acompañante sepa valorar cuándo ha llegado el momento de orientar a la persona en duelo a recabar la ayuda de un profesional de la relación de ayuda y en qué momento, si es que esto ocurre, percibe que existe el riesgo de que el proceso pueda derivar hacia un duelo patológico. Y esto puede darse porque el doliente encuentre algunos problemas importantes a la hora de revolver sus sentimientos respecto a la pérdida y ello dificulta seriamente la realización de las tareas psicológicas necesarias para reemprender una vida normalizada. O también porque en el proceso aparezcan síntomas alarmantes o claramente patológicos que precisan la pronta intervención de un médico especialista o de un psicólogo experimentado en el tema.

Diríamos que junto a la persona en duelo es importante saber acompañar pero no lo es menos el saber derivar o pedir ayuda cuando convenga.

UNA INVITACIÓN FINAL: ATREVERNOS A EMPEZAR

Quiero terminar mi intervención expresando a modo de síntesis un profundo y ya antiguo convencimiento. Creo que acompañar a una persona hasta el momento de la muerte es una tarea hermosa y nada fácil, pero seguir acompañando a su familia, especialmente a algunas de las personas más frágiles ó más afectadas, después de que aquella ha muerto, no deja de ser una tarea delicada y de enorme importancia para la salud mental de esa persona y del propio grupo familiar. Los mismos hospitales y nuestras parroquias deberían hacer llegar su influjo benéfico más allá de los límites físicos de sus paredes, acompañando durante algún tiempo apropiado a algunas de las personas en sufrimiento tras la muerte de un ser querido muy significativo. Pienso que sería la mejor forma de prevenir más que tener luego que apresurarnos a intentar curar. Y también creo que esta actuación sería una de las mejores y más entrañables formas de evangelizar en el mundo de hoy, ante una sociedad desbordada por la evidencia de la muerte, acompañando el dolor y la búsqueda del bienestar de sus propios fieles y de los que sin serlo, aceptan la mano tendida de la Iglesia.

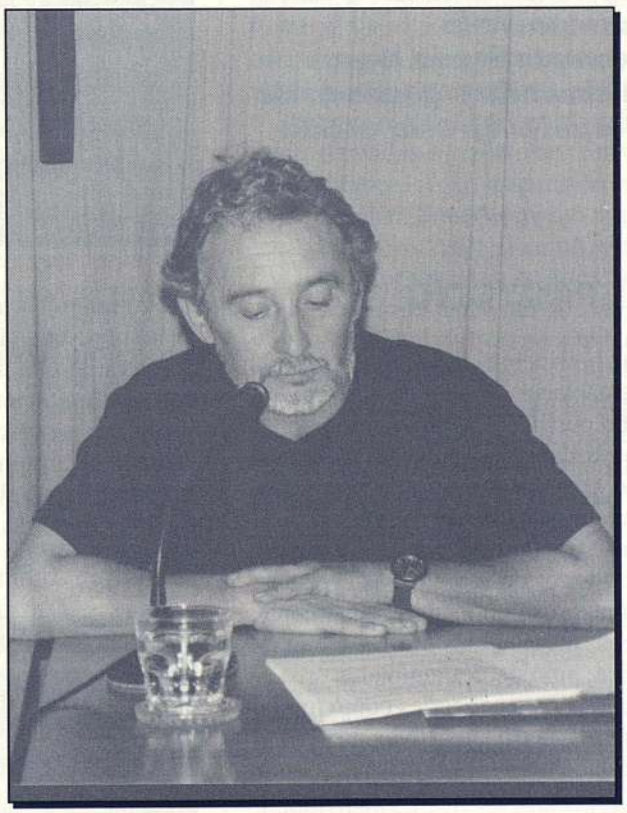
Al terminar el relato del buen samaritano, el Señor conminó al maestro de ley a «hacer él lo mismo». Yo os invito hoy a todos los que me escucháis a «atreveros a empezar en este nada fácil pero misericordioso camino».

Evangelizar desde la fragilidad

Líneas básicas para un proyecto de incorporación de los enfermos y los disminuidos físicos en la comunidad cristiana y en la acción evangelizadora de la Iglesia

JOSÉ Mª MARÍN SEVILLA

Licenciado en Teología Pastoral y Consiliario General de la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos de España.



El marco de las XXVII Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud y el lema que las presiden: los enfermos en las parroquias, son para los enfermos y militantes cristianos de la Frater una excelente oportunidad para presentar las líneas básicas de un «proyecto» que conduzca a la comunidad cristiana en general, y a los propios enfermos

y discapacitados en particular a desarrollar la misión evangelizadora en el mundo de la salud. Un «proyecto» que incorpore a la acción pastoral el testimonio directo de aquellos que siendo enfermos son al mismo tiempo creyentes adultos y, por tanto, agentes privilegiados a la hora de testimoniar la fe entre los hombres y mujeres de nuestro tiempo, que sufren y gozan de la vida, acompañados permanentemente por una enfermedad crónica o una discapacidad física importante.

La ponencia está pensada como un posible «Proyecto» que poco a poco deberían ir trabajando todos los que comparten este campo de la evangelización, compartiendo logros y dificultades, celebrando y gozando de la presencia del espíritu en esta acción evangelizadora.

FINALIDAD DEL PROYECTO

Presentar unas líneas o principios básicos que sirvan como marco para establecer un plan de acción y tareas concretas que hagan posible la incorporación de los enfermos crónicos y los discapacitados físicos en la vida entera de la comunidad y su participación activa y responsable en la acción evangelizadora de la Iglesia.

Es necesario clarificar, desde este primer momento, que no se trata de un proyecto de «catequesis especial» para discapacitados tal como se entiende normalmente. Los minusválidos físicos, no mentales, no necesitan de una catequesis específica, sino de comunidades cristianas sensibilizadas y abiertas para acogerles como miembros activos y responsables, hermanos suyos que por el Bautismo forman parte de la comunidad eclesial y están llamados a ser testigos de la fe como todos y cada uno de los bautizados.

Intentamos, pues, de exponer las líneas generales, es decir: el marco en el que poder situar cualquier iniciativa de la comunidad cristiana para que los enfermos sean realmente evangelizadores, desde su enfermedad y minusvalía, en el mundo del dolor y el sufrimiento humano. Es urgente propiciar la presencia activa de los disminuidos físicos como agentes directos que, en su condición de creyentes adultos, están plenamente capacitados para hacer presente en el mundo la fuerza liberadora y sanadora del Evangelio de Jesucristo.

Cuando proponemos a los enfermos crónicos y discapacitados como responsables activos en la acción evangelizadora de la comunidad eclesial, no estoy proponiendo una mayor atención, un aumento de los esfuerzos pastorales para servir a los enfermos (esto se ha hecho siempre, y se está haciendo hoy, de manera ejemplar y progresiva; constancia de ello nos da la historia de la presencia de la Iglesia en el mundo de la enfermedad desde sus inicios hasta nuestros días). No hablamos de «utilizar» a éstos en nuestra pastoral, ni siquiera en la Pastoral de la Salud sino de señalar hacia un cambio radical de perspectiva.

Cuando proponemos a los enfermos crónicos y discapacitados como responsables activos en la acción evangelizadora de la comunidad eclesial estamos proponiendo un cambio radical de perspectiva.

Propongo abrir una nueva ventana desde la que mirar al hombre que sufre, un instrumento nuevo para construir con él una nueva realidad: que sean ellos mismos, con sus limitaciones y posibilidades, con su fe personal y con sus asociaciones, los que como creyentes adultos asuman el compromiso cristiano de evangelizar, con autonomía, desde el pluralismo que puede y debe darse entre los miembros del único Cuerpo de Cristo que es la Iglesia.

Creemos un instrumento nuevo para construir con él una nueva realidad: que sean los disminuidos, con sus limitaciones y posibilidades, con su fe personal y con sus asociaciones, los que como creyentes adultos asuman el compromiso cristiano de evangelizar.

DESTINATARIOS

LOS ENFERMOS CRÓNICOS Y DISMINUIDOS FÍSICOS CREYENTES

El grupo humano afectado por esta situación de fragilidad es el destinatario primero de este proyecto: hombres y mujeres que viven la fe desde la debilidad de sus cuerpos y desde el dolor y el sufrimiento que comporta esta realidad humana. Hombres y mujeres creyentes cuyo rostro hemos de conocer un poco más acercándonos a su realidad personal y social. Por razones de brevedad no podemos aquí realizar un análisis de la misma, ni siquiera en sus rasgos más fundamentales. No obstante convendría tener en cuenta que generalmente partimos de una imagen excesivamente negativa de la enfermedad acentuando las dificultades: carga económica para la familia, dependencia y falta de libertad, dolor... Y aunque todo esto es cierto en muchas ocasiones, no es menos cierto que hay familias donde la pensión del discapacitado, la indemnización de un accidente es una ayuda, en algunos casos muy importante, o cuando un hermano discapacitado se dedica a repasar los estudios a sus sobrinos, o cuidar de ellos o enseñarles la catequesis... Son sólo algunos ejemplos que nos darán una imagen más positiva y, más real. Si al fijar nuestra mirada en un discapacitado vemos la silla de ruedas y allí, en la falta de movilidad se detiene nuestra observación estaremos perdiéndonos lo mejor, la persona, el hombre o mujer que vive, como nosotros con ilusión y esperanza, con dificultades y con logros, en silla de ruedas pero persona.

LA COMUNIDAD CRISTIANA

La comunidad cristiana en general (parroquias, movimientos) y cada uno de sus miembros en particular (sacerdotes y laicos, agentes de pastoral...), es también, destinataria directa del presente proyecto. Primero porque ella es el lugar de acogida y ayuda que proponemos como cauce para el desarrollo del mismo. Cualquiera que sea el campo específico donde cada cual se siente llamado y enviado a evangelizar a sus hermanos tiene a la comunidad como origen y meta de su acción.

LÍNEAS BÁSICAS DEL PROYECTO

Exponemos a continuación las líneas o principios básicos que inspiran este proyecto:

ENFERMOS Y MINUSVÁLIDOS FÍSICOS CREYENTES, LLAMADOS A EVANGELIZAR DESDE LA FRAGILIDAD HUMANA

Tres son las líneas básicas que se desprenden de la dimensión personal y cristiana de los destinatarios del proyecto:

Identidad cristiana y vocación apostólica de los propios enfermos y minusválidos:

La vocación apostólica brota en la Iglesia para todos sus miembros, del sacramento de Bautismo, al margen de cualquier otra consideración particular.

> *«A todos nosotros, ya seamos judíos o griegos, esclavos o libres, nos bautizaron con el único Espíritu, para formar un solo cuerpo; y sobre todos derramaron el único Espíritu» (I Cor 12, 13).*

Los enfermos crónicos y disminuidos físicos, incorporados a Cristo por el Bautismo[1] forman parte del pueblo de Dios. Y robustecidos en la Confirmación por el don del Espíritu Santo, están llamados a dar testimonio de su fe ante el mundo, participando así, activa y responsablemente, de la «misión sacerdotal, profética y real de Cristo».[2]

Así, por el Bautismo y la Confirmación, los enfermos están llamados a colaborar, con sus limitaciones y sus posibilidades, en la «expansión y dilatación del Cuerpo de Cristo para llevarlo cuanto antes a su plenitud».[3] Así lo resume Juan Pablo II en las siguientes palabras dirigidas a los propios minusválidos: «Cada uno de vosotros, por el Bautismo, goza del don de la vida nueva en Cristo y de la dignidad de hijo adoptivo de nuestro Padre celeste. En el Bautismo habéis recibido también la participación en las funciones sacerdotales, proféticas y reales de nuestro Señor Jesucristo; y estáis llamados a ejercer vuestro papel en la construcción del Cuerpo de Cristo, la Iglesia, y a promover el reino de Dios en este mundo».[4]

La fragilidad del cuerpo, las limitaciones físicas, incluidas las más graves no sólo no les excusa a ellos a vivir consecuentemente la vocación cristiana al apostolado, sino que se convierte desde la fe en una fuerza generadora de nuevos valores e impulsos para la evangelización, de ahí que el Papa insista en esta llamada a los enfermos a colaborar en la misión evangelizadora de la Iglesia, sin excusas y sin complejos, por imperativo de su propia fe.

Su condición de fragilidad corporal, no sólo no les impide realizar esta misión, sino que por el contrario, es la misma fuerza de esa fragilidad la que les empuja y legitima como verdaderos apóstoles de sus hermanos. Ellos son portadores de la presencia de Cristo en todos los que sufren, han descubierto por la fe, en su propia vida la fuerza del Espíritu de Jesús que lejos de invitar-

1. Cf Rom 6, 4-5; Gál 3, 28 y también RICA 224.
2. AA 2b
3. AG 36.
4. Discurso 12.9.84, Secretariado Nacional de Catequesis, *Anunciar a Jesucristo a los pobres*, EDICE, Madrid 1995, p 94.

La fragilidad del cuerpo, las limitaciones físicas, incluidas las más graves les convierte desde la fe en una fuerza generadora de nuevos valores e impulsos para la evangelización.

les a permanecer quietos y pasivamente resignados les invita a levantarse, a ponerse en pie, a seguirle... sin dejar la camilla sino cargando con ella. Ellos son, sin duda, testigos directos del valor cristiano del sufrimiento y han de hacer llegar a sus hermanos que sufren lo que han visto y oído, de eso darán testimonio.[5]

Sirva como ejemplo de todo esto el testimonio de uno de los mayores evangelizadores de la historia: Ignacio de Loyola. Cojo y enfermo, autor de un libro inédito: el Libro de los ejercicios Corporales, defensor a ultranza de la salud, llegará a afirmar un día; «el siervo de Dios sale de la enfermedad hecho medio doctor».[6]

Esta misma fragilidad tampoco puede ser obstáculo para que sean acogidos y enviados como verdaderos responsables de la evangelización.

La comunidad cristiana, pues, ha de suscitar y animar, entre los enfermos y minusválidos a los que se acerca, esta llamada divina al apostolado, confiándoles la misión de evangelizar, especialmente a aquellos que por la enfermedad y la minusvalía comparten su misma situación de fragilidad corporal, de dolor y sufrimiento, soledad y angustia... y por tanto, necesitados de esa presencia evangelizadora que la Iglesia ha de realizar, con la colaboración activa de todos sus miembros, con los diferentes carismas que suscita en ella el Espíritu Santo y acercándose a los diferentes ambientes y situaciones humanas.

Dios ha querido actuar desde la debilidad humana para manifestar su fuerza a través de nuestra debilidad:

La Sagrada Escritura nos muestra como Dios ha elegido lo débil del mundo para hacernos llegar la fuerza de su misericordia. Son numerosos los protagonistas de los grandes acontecimientos de la Historia de la Salvación que partiendo de su propia debilidad personal, de la fragilidad de sus propias fuerzas, han sido elegidos por Dios para introducir en el mundo la plena y definitiva Salvación:

Moisés por ejemplo: todas las excusas y temores de Moisés desaparecen con la presencia de Dios: Empieza diciendo: «... no tengo facilidad de palabra... soy torpe de boca y de lengua, ¿quién soy yo para acudir al Faraón?» (Cf. Ex 3, 11. 4, 10. 6, 30), para terminar afirmando: «Mi fuerza y mi poder es el Señor, él es mi Salvación»,[7] Y así van desfilando ante nosotros infinidad de testimonios: Profetas, Reyes... han confundido con la fuerza de su debilidad a los sabios y entendidos, han ido realizando poco a poco la Salvación trazada desde antiguo y acontecida definitivamente en la historia de la humanidad en Cristo nuestro Redentor.

De la misma manera comienza el Evangelio: Zacarías e Isabel, dos ancianos sin hijos, porque ella era estéril, abren las puertas a la esperanza del mundo dando a luz al que lleno del Espíritu Santo «preparará al Señor un pueblo bien dispuesto» (Lc 1, 5-17). La debilidad, una vez más será la fuerza de Dios, porque para Él nada hay imposible.[8] Cuántas veces cambiamos los planes de Dios confianza en nuestras fuerzas, en el poder y la imagen, ¿cuando entenderemos que en esto, y no otras muchas cosas menores, reside la verdadera ortodoxia de la fe, la mejor y mayor de las tradiciones bíblicas?.

María de Nazaret, mujer, joven y virgen, —no cabe mayor debilidad, menos fuerza— será la humilde esclava elegida por Dios como morada de su Hijo. Ella no sale de su asombro ¿Cómo puede ser esto?, pero confía en la palabra del ángel y dócil a la voz del Espíritu, hará posible otra vez lo que parecía imposible. Una vez más, ahora con María, podemos afirmar:

«Su brazo interviene con fuerza,
desbarata los planes de los arrogantes,
derriba del trono a los poderosos
y exalta a los humildes...» (Lc 1, 42-66).

Y así continuará la historia hasta nuestros días. Los Apóstoles, Pedro, por ejemplo: «... Apártate de mí, Señor, que soy un pecador» dirá, en su primer encuentro con Jesús y le negará después afirmando «...no le conozco, mujer» hasta tres veces. También el Señor se encargará de sacar, de esta debilidad, la impresionante fuerza testimonial de la que dará pruebas el Apóstol al que Jesús confió la responsabilidad del grupo[9]. El mismo Pablo[10] y después muchos otros, serán los elegidos que manifiestan como Dios sirviéndose de los más humildes,

5. *«... no podemos menos de contar lo que hemos visto y oído»* Cf Hch 4, 20.

6. FN I, 4,85. Esta cita está muy lejos de la invitación a la resignación y mucho más de una visión dolorista o espiritualista de la enfermedad; no es más que la convicción de alguien que había tenido a la enfermedad como *cátedra* de la vida, luchando contra ella con la mayor elegancia, con dignidad y coraje.

7. *(Cf Ex 15, 2).* Lo mismo sucede con Jeremías (Cf 1, 4-10). Habacuc dirá como conclusión de su experiencia: *«... el Señor es mi fuerza, me da piernas de gacela, me encamina por las alturas»* (Ha 3, 19).

8. Cf Lc 1, 19-37. La mujer estéril es en más de una ocasión uno de los instrumentos elegidos por Dios para manifestar su salvación, cf nacimiento de Samuel (Sm 2, 1), por ejemplo.

9. Lc 5, 1-11; 22, 47-53).

10. Pablo es otro ejemplo iluminador de lo que venimos diciendo. Su testimonio será también extraordinario: *«Por último se me apareció a mí, como a un abortivo. Porque yo soy el menor de los apóstoles, indigno de ser llamado apóstol, por haber perseguido a la Iglesia de Dios»* (I Cor 15, 8-9).

de los débiles, de los pequeños, de los pecadores... transformándoles con su Espíritu, manifestando su fuerza y su poder, continúa su obra de Salvación en el mundo, hasta la plenitud de los tiempos, a través de la Iglesia su Cuerpo.

Esta experiencia es la que llevará al propio Jesús a dirigirse al Padre con algunas de las más inquietantes palabras del Evangelio: «Bendito seas, Padre, Señor del cielo y tierra, porque, si has escondido estas cosas a los sabios y entendidos, se las has revelado a la gente sencilla; sí, Padre, bendito seas, por haberte parecido eso bien» (Mt 11, 25).

Así, pues, los enfermos y minusválidos, apoyados en la fe, desde su propia fragilidad con la fuerza del Espíritu, serán un testimonio cualificado y eficaz para la evangelización. Una vez más, el propio Juan Pablo II insiste en ello y les llama a utilizar esta fuerza para la Iglesia: «Precisamente a vosotros que sois débiles, pedimos que seáis una fuente de fuerza para la Iglesia».[11] La enfermedad y la discapacidad son en sí mismas un mal a combatir, una limitación a ir superando, como lo son la pobreza y cualquier otra manifestación de la limitación humana especialmente cuando ponen en peligro la propia dignidad de la persona. Pero esta misma fragilidad se convierte, por la fe, con la fuerza de la presencia de Dios, en un signo iluminador, capaz de transformar la vida del hombre hasta extremos insospechados, sobre todo cuando desde una actitud abierta, creadora y positiva estos hombres y mujeres se abren a la acción de la gracia que actúa en su espíritu.[12]

Concluyendo este apartado diremos que posibilitando que las responsabilidades sean asumidas por los propios enfermos y minusválidos en la evangelización, estaremos siguiendo los criterios y la actuación que señala la Sagrada Escritura para la construcción de la comunidad y para el desarrollo de la misión. Así lo expresa, por ejemplo uno de los textos más revolucionarios de las Cartas de San Pablo: «Fijaos a quienes os llamó Dios: no a muchos sabios intelectuales, ni a muchos poderosos, ni a muchos de buena familia; todo lo contrario: lo necio del mundo se lo escogió Dios para humillar a los sabios; y lo débil del mundo se lo escogió Dios para humillar a los fuertes...» (Lc 5, 1-11).

La espiritualidad Seglar

Otro criterio importante para el desarrollo del presente proyecto es tener en cuenta la espiritualidad seglar desde la que hoy la Iglesia trata de evangelizar el mundo en sus diferentes ambientes y situaciones concretas.

Inspirados en el marco de la teología del laicado, que hoy quiere la Iglesia, deberemos asumir también todas las consecuencias que de ella se derivan. En la Iglesia, concebida como Pueblo de Dios, «la espiritualidad seglar tiene connotaciones peculiares».[13]

Los cristianos con alguna enfermedad o minusvalía física, llevarán a cabo su misión insertos en el mundo,[14] y de una manera más profunda en el ambiente concreto que forman todos aquellos que comparten la situación[15] y las consecuencias de vivir una limitación física importante o una enfermedad crónica grave. De ahí que propongamos la enfermedad y la minusvalía, situación concreta y experiencia humana de extrema fragilidad, como ambiente a evangelizar desde sus propias características y a los enfermos y minusválidos físicos creyentes como agentes activos, responsables directos, de la evangelización en este mundo específico: los propios enfermos crónicos y disminuidos físicos, mejor que otros, podrán testimoniar, «autorizados» por su propia vida de fe y por su condición personal de enfermedad, la fuerza que esconde la fragilidad humana cuando se deja invadir por el amor misericordioso del Padre y muy especialmente cuando se trata de evangelizar a quiénes hoy, como ellos, están inmersos en el mundo del dolor y del sufrimiento humano.[16]

Los propios enfermos crónicos y disminuidos físicos podrán testimoniar, «autorizados» por su propia vida de fe y por su condición personal de enfermedad, la fuerza que esconde la fragilidad humana cuando se deja invadir por el amor misericordioso del Padre.

11. SD 31.

12. A los enfermos en Zaragoza, en *Palabras de Juan Pablo II en España,* PPC, Madrid 1982, p 168.

13. AA 4.

14. Cf LG 35, *«...dentro de las condiciones de la vida en el mundo».*

15. Los enfermos y minusválidos, los que sufren... *«se hacen semejantes entre sí a través de la analogía de la situación...»* Cf SD 8.

16. Un clarificador ejemplo lo tenemos en el propio Juan Pablo II: *su figura está encorvada, se mueve con dificultad necesita apoyarse en el báculo...* pero todo ello no le «incapacita» para seguir su andadura evangelizadora como primer evangelizador de la Iglesia, más bien todo lo contrario: con la fragilidad de su cuerpo, su testimonio evangelizador se convierte en una luz mayor para todos los que realizamos nuestra misión (enfermos o sanos) apoyados en su enseñanza como Pastor Universal de la Iglesia.

FORMACIÓN PARA LA ACCIÓN EVANGELIZADORA

Necesidad de la formación

Para la realización de su vocación apostólica, como todos los miembros de la comunidad eclesial, los disminuidos físicos, necesitan de una formación adecuada, de manera que habiendo recibido una verdadera educación en la fe sean capaces después de transmitirla con su testimonio y con sus palabras con una clara identidad cristiana y eclesial.

La preocupación de la Iglesia por la formación de los responsables de la transmisión de la fe y de la acción pastoral constituye una de las tareas más importantes, «...cualquier actividad pastoral que no cuente para su realización con personas verdaderamente formadas y preparadas, necesariamente carecerá de valor».[17]

Características, «lugar», contenidos...

Es, pues, necesario que los enfermos y minusválidos físicos reciban la formación necesaria que les capacite para responder a los desafíos del momento presente, tanto en el ámbito de su propia fe personal, como en orden a la acción pastoral específica que están llamados a realizar insertos en el mundo del dolor y del sufrimiento humano, dentro del marco global de la acción evangelizadora de la Iglesia.[18] Formación integral que les ayude a crecer en la experiencia de Dios, y en la experiencia eclesial de la fe. Capacitándoles doctrinalmente y haciéndoles sensibles a los más necesitados de entre los destinatarios de su acción.

Por falta de tiempo saltamos aquí el análisis detallado de las características que deberá reunir esta formación, los «lugares» de la misma y los contenidos fundamentales. Para profundizar en ellas remito a los siguientes documentos: Catequesis Tradendae (Juan Pablo II), Catequesis de Adultos (CEC), Directorio General para la Catequesis (Congregación para el clero).

17. DCG (1971) 108.

18. La Comisión Episcopal de Enseñanza y Catequesis ha mantenido siempre esta preocupación. El documento *Catequesis de la Comunidad,* sirvió a los obispos para anunciar la publicación de un documento específico, *La Formación de los Catequistas,* «... que trate, con la extensión que merece, el problema de la formación de catequistas». Documento que vió la luz en 1985. A este documento de la Comisión Episcopal de Enseñanza y Catequesis pertenecen las tres afirmaciones que siguen sobre las características de la formación. Este empeño especial de la CEEC, por la formación, queda de manifiesto en los Planes de Acción, en las Jornadas Nacionales de Delegados de Catequesis y en los últimos documentos. Así lo recoge también el más reciente de ello, *La Iniciación Cristiana,* al hablar de la misión específica de los catequistas, de las cualidades de los mismos y de los destinatarios de su acción, afirma que la formación ha de ser cuidada de un modo especial. *El Catequista y su Formación* (CF) 8.

ENVIADOS POR LA IGLESIA COMO «OBREROS EN SU VIÑA»:[19] ENFERMOS Y MINUSVÁLIDOS APÓSTOLES DE SUS HERMANOS:

Los criterios señalados arriba: bautizados (miembros del Pueblo de Dios), laicos y débiles. Creyentes adultos, capacitados por una formación adecuada, nos dan pié para proponer su protagonismo, en la acción evangelizadora de la Iglesia en este proyecto que pretende incorporarles activamente en la comunidad cristiana, como responsables directos de la acción que la Iglesia tiene que realizar en este mundo específico. Protagonismo que arrancando de su Bautismo viene dado, además, porque hablamos de «cristianos laicos y el carácter secular de su actuación»[20], y también, porque, como señala el Concilio, los enfermos y minusválidos «han de ser los primeros e inmediatos apóstoles» de los enfermos y minusválidos, «ejerciendo el apostolado personal entre sus propios compañeros, habida cuenta del medio social en que viven».[21]

Contar, con los enfermos y minusválidos que han tomado conciencia de su identidad misionera y su responsabilidad apostólica es, pues, hacer realidad el «profético deseo» manifestado en el Sínodo de los Obispos (1987) al dirigirse a los enfermos y a los que sufren: «...contamos con vosotros para enseñar al mundo entero qué es el amor, haremos todo lo posible para que encontréis el lugar al que tenéis derecho en la sociedad y en la Iglesia».[22] ¡Cuánto nos queda por hacer!.

En el marco general del Apostolado Seglar

Este es el lugar que proponemos como más propio y adecuado para los minusválidos en la Iglesia: el ámbito de los Movimientos apostólicos de Apostolado Seglar. Aplicando a los minusválidos lo que la Iglesia pide a todos sus miembros en orden a evangelizar el mundo en sus diferentes ambientes y situaciones diversas.

Un ligero repaso sobre las acciones realizadas nos ayudará a entender el acento que aquí queremos subrayar:

Son numerosas, y algunas importantes, las reflexiones que desde diferentes perspectivas han abordado el tema de la evangelización en el mundo de la salud, y también directamente el dolor y el sufrimiento humano que lleva consigo la situación de fragilidad en la que se sumergen los hombres y mujeres afectados por la enfermedad o sometidos a las limitaciones de una deficiencia física más o menos grave. Especialmente desde el campo de la Pastoral Sanitaria ha habido, en los últimos años, importantes iniciativas en este tema.

19. Cf ChL 53.
20. Cf LG 31 y ChL 15.
21. AA 12.
22. Cf ChL 53.

■ En orden a dar a conocer la problemática concreta y sensibilizar a la comunidad cristiana en general, podemos citar:

El Día del Enfermo, que viene celebrándose en España desde el año 1985, se ha ido convirtiendo en «la culminación de un proceso en el que muchos grupos de Pastoral de la Salud de parroquias o centros hospitalarios reflexionan y profundizan en los distintos aspectos del amplio mundo de la enfermedad, de la salud y de la vida...» como afirmaba, Mons. Javier Osés, obispo responsable del Departamento de Pastoral de la Salud en la CEE.[23] Esperamos que los últimos cambios sobre esta experiencia no nos priven de seguir contando con esta experiencia, para ofrecer cada año la oportunidad de abordar los problemas nuevos que en este campo de la pastoral van surgiendo, y facilitar unos materiales de reflexión y catequesis sobre el tema elegido para esta celebración anual y unitaria en la Iglesia española.

Jornada Mundial del Enfermo, instituida por Juan Pablo II con el *Motu Propio Dolentium Hominum* el 11 de febrero de 1992.[24]

También, la publicación de revistas es un elemento mentalizador y de ayuda a los responsables de la pastoral de la salud. De entre muchas señalo a continuación las más significativas:

Labor Hospitalaria, revista dirigida por los Hermanos de San Juan de Dios. Son decenas los artículos que sobre el tema van apareciendo periódicamente. Ha dedicado un número monográfico al tema que más directamente nos ocupa: La comunidad cristiana y los enfermos.[25]

Dolentium Hominum, revista del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, aborda profundamente todos los temas relacionados con la Iglesia y la Salud en el mundo. Esta publicación resulta enormemente enriquecedora al recoger, en sus diferentes apartados lo que dice el magisterio, testimonios de acción evangelizadora en el mundo de la salud y actividades del propio Consejo Pontificio.[26]

■ Con la finalidad de prestar ayuda, potenciar la formación de los responsables, presentar orientaciones y objetivos:

El Congreso Nacional Iglesia y Salud, celebrado en Madrid los días del 26 al 30 de septiembre de 1994, promovido e impulsado por los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral se convirtió en un acontecimiento eclesial de gran importancia para la evangelización.[27]

■ En unas Jornadas dedicadas a la Pastoral de la Salud en las Parroquias, es necesario señalar que, también desde la Catequesis, se han realizado algunas aportaciones de gran valor para nuestro campo:

La Comisión Episcopal de Enseñanza y Catequesis publicó en 1986 el documento Atención a los Minusválidos en la Iglesia y en la Escuela, Orientaciones pastorales y pedagógicas.[28] Y más recientemente, el Secretariado Nacional de Catequesis publicó, con el título Anunciar a Jesucristo a los pobres, Magisterio de la Iglesia y minusvalías[29]. Ambas aportaciones son de un inestimable valor como punto de referencia en el tema que nos ocupa. Además la misma Comisión Episcopal, cuenta con un Secretariado de Educación Especial, que prioritariamente atiende al sector de minusválidos psíquicos.[30]

■ Son importantes también muchas de las publicaciones que abordan este aspecto de la acción pastoral de la Iglesia, en numerosas obras y artículos.[31]

Este repaso a la realidad pastoral y algunas de sus aportaciones significativas, ha sido necesario para señalar con precisión lo que queremos acentuar ahora: la inmensa mayoría de estas formas pastorales de acercarse al enfermo, parten de los Agentes de pastoral sanos y consideran al enfermo y al disminuido físico como sujeto de su atención y servicio[32]. Incluso cuando se formula posi-

23. Cf *Los 10 Días del Enfermo en la Iglesia Española.* EDICE, Madrid, 1994, p 7.

24. De esta institución ya hemos señalado los aspectos fundamentales en el capítulo sobre la enseñanza de Juan Pablo II.

25. Cf. Revista *Labor Hospitalaria,* publicada por los Hermanos de San Juan de Dios, n.º 215, (1990).

26. Se publica cada cuatro meses. Dirección, Redacción, Administración: Ciudad del Vaticano.

27. Cf. *Congreso Iglesia y Salud,* EDICE, Madrid, 1994, p 9.

28. Comisión Episcopal de Enseñanza y Catequesis, EDICE, Madrid 1986.

29. Secretariado Nacional de Catequesis, EDICE, Madrid, 1995, p 3.

30. Es evidente que los disminuidos psíquicos y los enfermos mentales necesitan de una atención «especial»; pero ésta no es, en principio, objeto de mi reflexión en el presente estudio.

31. Algunas publicaciones bastante significativas son por ejemplo: —PANGRAZZI A., de la orden de los camilos, capellán de hospital durante largos años en Estados Unidos y consultor general de su orden, tiene varias obras, entre las que destacan: *Creatividad Pastoral al servicio del enfermo,* Sal terrae, Santander 1986 y *¡A ti grito Señor! Oraciones desde el sufrimiento,* Sal terrae, Santander, 1988.— PAGOLA J. A. Como profesor primero, y como Vicario General de la diócesis de San Sebastián después, su contacto permanente con el mundo de la Pastoral de la Salud le han conducido a plantear la evangelización de los enfermos desde una perspectiva esperanzadora; así lo hace en sus numerosas aportaciones a este tema: *Es bueno creer. Para una teología de la esperanza,* Ed San Pablo, 1996; *Cómo evangelizar en el mundo de la salud,* publicaciones Idatz, San Sebastián, 1998; *Acción pastoral para una nueva evangelización,* Ed Sal terrae, Santander 1991. Y otros muchos artículos y conferencias.

— Una obra de carácter más general y de mucha importancia en este campo es la realizada por los Servicios Pastorales de Bruselas: *La comunidad cristiana y los enfermos.* Publicada en Es-paña, en la Colección Experiencias y Estudios Pastorales, Ed Marova, Madrid, 1980.

32. Un ejemplo típico de lo que trato de explicar lo constituye la obra: *Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia* del Secretariado Internacional de Pastoral Sanitaria, editado por los Hermanos de San Juan de Dios: dedica las páginas de la 13 a la 15 a los «responsables» no sólo no se contempla entre ellos a los enfermos, sino que se insiste en su condición de asistido, incluso allí donde podría ser, y en muchos casos lo es hoy, el único creyente y por tanto evangelizador, la familia. También, en el capítulo 1, punto 3 que parece tener una dimensión más activa : *«Los enfermos interrogan a la comunidad»* esta dimensión está exenta de toda actividad o responsabilidad, le viene dada por el hecho mismo de su condición de enfermedad, al margen de su actitud y actuación: *«el enfermo nos pone en el camino las ocasiones de hacer el bien, de gastar nuestro tiempo en valores de servicio»* p 17, cf edición española en Editorial Hospitalaria, Barcelona, 1982.

tivamente la misión del enfermo en la evangelización, el resultado final sigue siendo el mismo, el enfermo sujeto pasivo, objeto de nuestro servicio. Concediéndole tan sólo el valor de la propia condición de enfermedad en sí misma, al margen de la respuesta de fe y de su compromiso personal.[33]

Así pues, la Iglesia de hoy, en continuidad con las diversas aportaciones de su historia, sigue presente en el mundo de la salud, profundizando permanentemente en ella y adecuando, su reflexión y su acción pastoral a las nuevas situaciones. Sin duda alguna es este servicio permanente a los enfermos uno de los testimonios más extraordinarios de la acción evangelizadora de todos los tiempos. Sin la presencia cristiana y eclesial en el mundo de la salud, nuestros hospitales y clínicas, nuestras residencias de ancianos y enfermos terminales... corren el peligro de desplazar el respeto por la dignidad humana en pro y en beneficio de otros intereses, no siempre nobles y justos.[34]

Pero es necesario señalar que mi aportación apunta precisamente hacia el mismo enfermo y discapacitado como agente, activo, responsable y protagonista en la acción evangelizadora de la Iglesia; aspecto éste que constituye el hilo conductor de lo que en la presente ponencia deseamos expresar con sencillez, desde nuestra experiencia, con la esperanza de ser oídos y de abrir cauces de colaboración. Aspecto éste que, sólo ligera y teóricamente, ha ido apareciendo en la mayoría de las reflexiones y en la acción pastoral.

El enfermo y discapacitado debe ser agente, activo, responsable y protagonista en la acción evangelizadora de la Iglesia.

Al exponer esta líneas básicas que nos ayuden a integrar a los enfermos y minusválidos en la misión evangelizadora de la Iglesia, lo hacemos desde el aspecto general de la seglaridad, por eso presentamos a los enfermos y minusválidos, como bautizados, inmersos en el corazón mismo del mundo del dolor y del sufrimiento, por imperativo de la propia fe, ellos han de ser los primeros en asumir las tareas temporales que la comunidad eclesial realiza para evangelizar el mundo específico que constituye la situación de enfermedad o limitación física importante...[35]

Llegados a este punto de mi reflexión, la más importante línea que proponemos es la siguiente: todo lo que la Iglesia afirma, pide y ofrece a sus miembros laicos, con respecto a su incorporación en la comunidad cristiana y a su participación activa en la misión evangelizadora, como primeros apóstoles de sus ambientes..., debemos también aplicarlo a los laicos disminuidos físicos. Nada puede serles vetado por su sola fragilidad corporal.

Repasemos rápidamente algunas de las afirmaciones más significativas:

■ El Decreto Apostolicam actuositatem, que el Concilio Vaticano II nos ofrece sobre el apostolado de los seglares, es también una llamada para los cristianos laicos disminuidos físicos. Tanto en su forma de apostolado individual como en su forma de apostolado asociado.

> «Como partícipes de la misión de Cristo sacerdote, profeta y rey, los laicos tienen su parte activa en la vida y en la acción de la Iglesia. En el interior de la comunidad de la Iglesia su acción es totalmente necesaria, y sin ella, el mismo apostolado de los pastores no puede alcanzar su plena eficacia. En efecto, los laicos tienen verdadero espíritu apostólico».[36]

Estas palabras del Concilio las aplica el Papa a los jóvenes minusválidos, precedidas por las siguientes afirmaciones que acentúan el carácter apostólico al que están llamados desde la fe: «... en la Iglesia tenéis que jugar un papel importante. Estáis llamados a participar plenamente en su vida y en su misión en el mundo».[37]

■ Sínodo de los Obispos de 1987.

Esta fue, sin duda, una esperanzada experiencia: el Sínodo coloca a los enfermos y minusválidos en el contexto del apostolado laical, como agentes activos de la evangelización:

> «Los enfermos y todos los que trabajan con las diversas formas de dolor, tienen en la Iglesia y en el mundo un lugar activo que les debe ser reconocido a todos, como lo atestigua claramente la exhortación apostólica 'Salvifici doloris'. Estos no deben ser estimados solamente como objeto de la solicitud de la caridad de la Iglesia, sino como protagonistas de la obra de la evangelización y de la salvación».[38]

33. Este es el título de un artículo de REMENTERÍA J. M.ª: «El enfermo, testigo del amor gratuito de Dios»; y la conclusión del mismo la siguiente: *«Con nuestra acogida, sabiéndoles escuchar, comprendiéndolos en su soledad y desvalimiento: les infundiremos vida, les devolveremos la seguridad y la confianza, los podremos liberar de la culpabilidad y les ayudaremos a vivir reconciliados con Dios. En una palabra, les ayudaremos a descubrir y a experimentar que Dios sigue a su lado».* Rev. *Selare,* Secretariado Latinoamericano para la renovación, Hermanos de San Juan de Dios, n.º 25 (1985), pp. 269-276.

34. CALDERÓN P. A., «Fundamentación teológica de la Pastoral de la Salud», Rev. *Selare* 25, Diciembre (1985), p 295.

35. Cf EN 70 y AA números del 5 al 8.

36. AA 10.

37. CEEC, *Anunciar a Jesucristo a los pobres,* Discurso 12.9.74, o.c. p 94.

38. Cf. *Propositio* 53.

■ La Exhortación apostólica *Christifideles laici,* postsinodal, de su Santidad Juan Pablo II sobre la vocación y misión de los laicos en la Iglesia y en el mundo, es un documento de extraordinario valor para la presencia apostólica de los laicos en el mundo de hoy en toda la diversidad y complejidad de situaciones personales, profesionales, culturales y en todos los ambientes.

> «A todos y a cada uno se dirige el llamamiento del Señor: también los enfermos son enviados como obreros a su viña. El peso que oprime los miembros del cuerpo y menoscaba la serenidad del alma, lejos de retraerles del trabajar en la viña, los llama a vivir su vocación humana y cristiana y a participar en el crecimiento del Reino de Dios con nuevas modalidades, incluso más valiosas.[39]

Los disminuidos físicos son también destinatarios de esta llamada de la Iglesia a todos sus miembros laicos: «Nuevas situaciones, tanto eclesiales como sociales, económicas, políticas y culturales, reclaman hoy, con fuerza muy particular, la acción de los fieles laicos. Si el no comprometerse ha sido siempre algo inaceptable, el tiempo presente lo hace aún más culpable. A nadie le es lícito permanecer ocioso»[40].

■ Los Cristianos laicos, Iglesia en el Mundo, corresponsabilidad y participación de los laicos en la Iglesia y en la sociedad civil: Líneas de acción.

También este documento, al mencionar a los destinatarios incluye en ellos a los propios enfermos como unos más de los llamados a participar en la vida y en la misión de la Iglesia:

> Todos los laicos, hombres y mujeres: niños, jóvenes, adultos, ancianos, enfermos. Todos, cualquiera que sea el grado de conciencia y compromiso; cualquiera que sea el campo de su compromiso apostólico en la comunidad eclesial o en la sociedad civil.[41]

■ El Documento de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, Los Laicos en el mundo del sufrimiento y de la Salud,[42] aunque claramente va dirigido a los sanos, en ningún momento excluye la posibilidad de integrar en todas sus orientaciones a los disminuidos físicos.

Concluyendo este rápido recorrido por los documentos más significativos sobre el laicado y su misión en la Iglesia y en el mundo afirmamos:

> Sin duda que con la aplicación a los enfermos y minusválidos creyentes, de los criterios señalados para el laicado en general, estamos a las puertas de una realidad nueva con respecto a considerar a éstos como responsables directos de la evangelización en el mundo específico que constituyen los afectados por una grave enfermedad o limitación física.

En el ámbito de los movimientos especializados

Dando un paso adelante, propongo ahora el ámbito del Apostolado Seglar Especializado como uno de los cauces más adecuados para conseguir la finalidad del presente proyecto, lugar donde los enfermos y minusválidos, con la fuerza de la fe y capacitados por la formación cristiana necesaria, podrán asumir activamente su misión evangelizadora en el mundo del dolor, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Un paso que nos permitirá considerar a estos hermanos nuestros, frágiles en su cuerpo, no sólo como término de nuestra acción amorosa sino como auténtico «lugar teológico» desde el cual nos encontramos con Dios y nos dejamos evangelizar.[43]

Esta nueva línea de profundización ayudará a precisar la vocación laical de los disminuidos físicos y su realización en la práctica: en el mundo de la salud, como mundo específico en el que ellos se encuentran inmersos por su condición personal de fragilidad, por su fe y por su apostolado, en este mundo deben tomar ellos un protagonismo especial, ocupar el lugar que les corresponde como testigos del «Evangelio del Sufrimiento»[44] y, primeros apóstoles de los enfermos y minusválidos.

La Iglesia siempre ha estado y sigue estando presente en el mundo de la enfermedad. Al lado de los que sufren ha construido, a lo largo de los veinte siglos de su existencia, una asombrosa historia de caridad. Hemos dicho también que en esta historia, los enfermos y minusválidos han sido siempre, o en la mayoría de los casos, meros receptores de la caridad de la comunidad cristiana, del servicio generoso y a veces heroico, de sus hermanos

39. ChL 3.

40. Ibídem.

41. CLIM 10. Ya Pablo VI en EN 76 había exhortado a los fieles laicos a asumir su responsabilidad en la evangelización, por medio de la oración, el sacrificio y el testimonio de vida, y Juan Pablo II recordaba la validez especial del sufrimiento de los enfermos recomendando *«a quienes ejercen su ministerio pastoral entre los enfermos, que los instruyan sobre el valor del sufrimiento, animándoles a ofrecerlo a Dios por los misioneros» Redemptoris missio* (RM 78b). Las palabras del CLIM, además de asumir las enseñanzas de ambos pontífices, y en continuidad con ellos, acentúa más el valor de su testimonio de vida y de su compromiso apostólico. El subrayado es mío. Aunque el documento, al mencionar las asociaciones, movimientos e instituciones eclesiales que la CEE y las Iglesias particulares han de promover para la evangelización de los sectores y ambientes de manera más urgente, no menciona el mundo de la salud, ni a los disminuidos físicos, esto no supone desautorización alguna para considerar a éste como un verdadero ambiente y a los enfermos como los agentes más apropiados para su evangelización.

42. Dado en Roma, 1987. Cito el texto editado en enero del 88 por la Delegación Diocesana de Apostolado Seglar, Arzobispado de Valencia.

43. *«Todos los distintos campos de la vida laical encuentran en el designio de Dios, que los quiere como el 'lugar histórico' del revelarse y realizarse de la caridad de Jesucristo para gloria del Padre y servicio a los hermanos (...) Por eso he afirmado que una fe que no se hace cultura, es una fe no plenamente acogida, no enteramente pensada, no fielmente vivida».* ChI 59.

44. Cf SD capítulo VI, números 25-27.

sanos. Se trata ahora de acoger esta historia con agradecimiento por todos los enfermos y minusválidos que han sido, a lo largo de los siglos, objeto del amor de Dios manifestado en el testimonio de los cristianos. Agradecimiento por los centenares de religiosos y religiosas y por los muchos laicos que desde sus congregaciones han sabido descubrir las necesidades de los enfermos y volcar en ellos lo mejor de sus vidas... en todos ellos tenemos una referencia esperanzadora de la fuerza de la fe que, cuando es auténtica, se traduce en actos de misericordia y compasión sin límites.

Pero hoy, en el contexto técnico social y cultural en el que debemos realizar esta misma misión, los enfermos y minusválidos creyentes están ya en situación de asumir el protagonismo que les corresponde, pasando definitivamente, de asistidos a responsables de la acción pastoral. Sumándose, individual y colectivamente, a la comunidad de los sanos en la continuidad de la misión evangelizadora de la Iglesia.

Las más recientes manifestaciones del magisterio, que hemos resumido, han abierto la puerta a esta nueva realidad: «Como ha manifestado un minusválido en el aula sinodal, es de gran importancia aclarar el hecho de que los cristianos que viven en situación de enfermedad, de dolor y de vejez, no están invitados por Dios solamente a unir su dolor a la Pasión de Cristo, sino también a acoger ya ahora en sí mismos y a transmitir a los demás la fuerza de la renovación y la alegría de Cristo resucitado (cf 2 Co 4, 10-11; 1 P 4, 13; Rm 8, 18 ss.)».[45]

La Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos

Como cauce, no el único pero sí importante, por su experiencia y finalidad, nos atrevemos a proponer el reconocimiento y la animación de la FCEM, en la Iglesia Española, en sus diócesis y parroquias, situándola en el marco del apostolado seglar, como uno de los movimientos apostólicos «cuyo fin es la formación de cristianos laicos con una vivencia cristiana y eclesial profunda capaces de insertarse en las realidades temporales y partícipes en la vida de la Iglesia».[46] Y más concretamente en el sentido que recoge este aspecto el mismo documento de la CEE Los cristianos laicos, Iglesia en el mundo: Una singular forma de ministerialidad eclesial:

> «Dentro de este contexto la *Christifideles laici* sólo cita de forma específica la 'Acción Católica'. Esta particular referencia específica no debe extrañar ya que la Acción Católica, de acuerdo con la doctrina de las cuatro notas, no es una asociación más, sino que en sus diversas realizaciones —aunque pueda ser sin estas siglas concretas— tiene la vocación de manifestar la forma habitual apostólica de los laicos de la diócesis, como organismo que articula a los 'laicos de forma estable y asociada en el dinamismo de la pastoral diocesana'. Con razón, Pablo VI inicial y últimamente, y, con frecuencia Juan Pablo II han calificado a la A.C. como 'una singular forma de ministerialidad eclesial'».[47]
>
> Esto es lo que acaba de manifestar la Conferencia Episcopal al eregir canónicamente a la F. C. E. M. como Movimiento de A.C. dando así cumplimiento a una de las aspiraciones más buscada del propio movimiento reconociendo con ello su tarea evangelizadora.

Por las características de este auditorio, sacerdotes y religiosos/as en su mayoría, no está de más realizar algunas precisiones: en la actualidad, se tiene la tendencia a considerar a la A. C. como una cierta élite no apta para el cristiano medio. Mi experiencia con la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos es todo lo contrario, son más de 7.000 los miembros con los que cuenta en la actualidad, en su inmensa mayoría disminuidos físicos y con un nivel de estudios medio-bajo. Son decenas los grupos de «fraternos» que en las diócesis siguen el Proyecto de Formación, en sus diferentes etapas. Todos ellos, cada cual según sus posibilidades recibe, pues, la formación adecuada en el momento del proceso personal en el que se encuentra. Y cada uno de ellos asume las responsabilidades y la participación activa en la vida del movimiento. Hay muchos niveles y un pluralismo enorme de situaciones personales y culturales pero la formación, la responsabilidad de las diferentes funciones y la vida misma del movimiento apuntan hacia una realidad: enfermos crónicos y disminuidos físicos que reúnen las características básicas de un laicado adulto. Hay que superar, pues, cualquier concepción paralizante reconociendo además que, históricamente han sido las asociaciones y movimientos de apostolado seglar las que han contribuido decididamente, desde la formación y el compromiso, a perfilar las características básicas del laico adulto comprometido en las tareas temporales a través de su acción misionera en los diferentes ambientes[48].

LÍNEAS DE ACCIÓN CONCRETAS

La Comunidad Cristiana, y en ella de modo especial las parroquias, habrán de promover acciones concretas que pongan en contacto directo a sus miembros con los enfermos, con sus verdaderos problemas, que les acerquen físicamente a las personas y lugares donde la enfermedad y la limitación física se viven bajo el signo del sufrimiento, y muy especialmente con aquellos donde esta realidad es más aguda y deshumanizante. Acciones que impliquen directamente a la comunidad entera en compromisos concretos de promoción humana y evangelización.

45. ChL 53.
46. CLIM 92.
47. CLIM 95.
48. Cf Comisión Episcopal de Apostolado Seglar (CEAS), *Guía-marco de formación de laicos,* pp. 61-63.

Señalamos a continuación algunas de las tareas más significativas que la comunidad cristiana tiene que ir incorporando en su acción pastoral en orden a la incorporación plena y activa de los enfermos y minusválidos en la vida de la Iglesia y en su misión evangelizadora.

SENSIBILIZACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD

En orden a sensibilizar a todos sus miembros y realizar la pastoral con los enfermos

Crear en las parroquias equipos de pastoral cuya finalidad sea atender la evangelización de los enfermos.

Mucho se ha hecho ya en este sentido. Son numerosas las parroquias que cuentan con equipos que programan y coordinan los diversos servicios o acciones pastorales realizadas con los enfermos.

Será enriquecedor, más testimonial y eficaz el ir incorporando a los propios enfermos y a los disminuidos físicos en estos grupos de «visitadores». Y también contar con sus asociaciones, y movimientos.[49]

Acercarse a los enfermos sin paternalismo ni superioridad.

Estamos acostumbrados a rechazar la indiferencia y el egoísmo como actitudes contrarias al espíritu evangélico, pero también hemos de hacer lo mismo con la superioridad y el paternalismo... ya que, también éstas, conducen al enfermo al mismo callejón sin salida: la resignación, la inutilidad, la incomprensión y la soledad más radical.

La resignación, no resulta ser la más cristiana de las actitudes, con ella hemos provocado demasiado aislamiento y dolor, con ella hemos provocado la increencia de muchos enfermos que lejos de sentirse inútiles necesitaban ser reconocidos como personas. Nuestro acercamiento no puede estar básicamente guiado por lo que le falta al enfermo, por lo que no tiene, por lo que ha perdido, sino por las posibilidades que le quedan, por su deseo de vivir, de salir de la situación en la que se encuentra. Nuestro mensaje no puede ser pedir al enfermo que acepte, ofrezca y sufra con resignación. Al menos no puede ser en primer lugar, ni exclusivamente.

49. Un claro ejemplo de lo que estoy proponiendo lo encontramos en la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos (FCEM), en ella la mayoría de sus miembros son enfermos y minusválidos. Este movimiento de apostolado seglar tiene, precisamente, en las «visitas» una de sus tareas fundantes y básicas. Las «visitas» a los enfermos en el hospital son el origen del mismo movimiento, en Francia, animadas por un sacerdote enfermo; y son también una de las tareas que no puede eludir ninguno de los grupos de enfermos y minusválidos que viven su fe comprometidos en el movimiento.

Despertar y animar vocaciones seglares para ejercer el servicio a los enfermos.

La comunidad cristiana deberá ayudar a sus miembros a descubrir el mundo de los enfermos y minusválidos como un campo concreto donde vivir el compromiso de la fe al servicio de los demás. Esta acción nos facilitará el poder contar con personas motivadas, formadas y con disponibilidad.

Procurar la formación adecuada para los responsables de la pastoral con los enfermos.

La formación permanente de los diferentes agentes o responsables de la acción pastoral con los enfermos es una tarea ineludible, más en estos momentos en los que la realidad de la fe ha de vivirse en un ambiente fuertemente descristianizado y de increencia que afecta muy particularmente a los enfermos y minusválidos. Para servir y evangelizar a los enfermos no es suficiente con la buena voluntad, ni siquiera con la experiencia en este campo, es necesario, además, para insertarse adecuadamente en el mundo de la limitación física y la enfermedad, contar con una formación adecuada.

Preocupación por la totalidad de la persona en su condición de enferma o discapacitada.

> «La salud, en el plano natural, y la salvación, en el plano sobrenatural, teniendo por sujeto al hombre, se colocan en una perspectiva armónica y unitaria».[50]

La Evangelización que pretendemos en el mundo de la salud nos conduce a la preocupación por la persona total, por su cuerpo (limitaciones y posibilidades) y por su espíritu (angustia, complejos, interrogantes profundos, búsqueda de respuestas, esperanza y fe...). Todo ella íntegra y plenamente ha de ser objeto de nuestra atención y servicio.

Dimensión personal.

El enfermo necesita de nosotros muchas cosas: ser curado, sentirse apoyado, alivio en su dolor, medios técnicos para rehabilitarse y poder funcionar, compañía en la soledad del hospital o de su domicilio... Pero necesita también, y esto es muy importante, ser valorado en sí mismo, amado en sí mismo, no por su enfermedad o minusvalía.

Lo más importante no son los medios técnicos que podamos emplear para paliar las consecuencias de su fragilidad, ni nuestras palabras de «consuelo», ni siquie-

50. Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, *Los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud,* 1. Y también las siguientes afirmaciones: *«La asistencia sanitaria, guiada por la fe cristiana, no es sólo expresión de caridad, sino deber de justicia. En el doble servicio de la ciencia y de la fe, quien sufre, es el único destinatario, porque Cristo se ha hecho hombre y quiere salvar al hombre»,* 29. Cf EN 29.

ra los sacramentos que les administramos...[51] lo que realmente necesitan de nosotros, lo que verdaderamente puede sanar y curar, en el pleno sentido de la palabra, será nuestra acogida respetuosa y desinteresada.

Dimensión espiritual.

La medicina, las instituciones, los recursos técnicos y humanos... abordan hoy la salud corporal como un reto permanente y con evidentes resultados, pero su acercamiento al hombre suele ser parcial, fragmentado. Incluso la psicología, las terapias de apoyo personal y familiar marginan la dimensión trascendente, la vida espiritual, la fe.

Nuestra presencia evangelizadora apunta hacia la sanación integral y por lo mismo hacia la verdadera salud. Jesús es la Salud,[52] Él cura a la persona desde sus raíces, no se acerca a ella sólo para la curación física sino para sanarle íntegramente, para reconstruirle completamente de forma que llegue a ser un hombre nuevo.[53]

En este aspecto, cada persona es para nosotros un reto, no podemos partir de respuestas prefabricadas, es necesaria la formación catequética y pastoral que nos capacite para despertar la fe y la confianza en Dios.

Debemos presentar al enfermo nuestra fe, sin imposiciones y sin complejos, el Evangelio es, en muchos casos, la mejor de las medicinas. No podemos renunciar a ofrecerla, como tampoco podemos imponerla.

Dimensión transformadora.

Nuestra acción evangelizadora ha de integrar en su dinamismo la defensa de la dignidad inalienable del enfermo, todos sus derechos, en todas sus dimensiones.

Esto nos conduce también a la necesidad de conocer cuales son sus reivindicaciones más importantes, sus necesidades concretas, las causas y las consecuencias de su marginación social.

La función de los creyentes comprometidos en el mundo de la salud ha colaborado siempre con su acción en la mayor humanización de los lugares de asistencia y de salud. Debemos seguir haciéndolo; de modo que «la asistencia sanitaria alcance, en el mundo, una más equitativa distribución en beneficio de todos e indistintamente del status social».[54]

No podemos hablar de una promoción auténtica de la vida humana sin una creciente humanización de la medicina y de la atención a los enfermos.[55] Mucho de lo conseguido hay que apuntarlo en el haber de la comunidad eclesial y su presencia evangelizadora en el mundo de la salud. Tenemos que seguir.

Con respecto a los disminuidos físicos, la fe y nuestro compromiso en el mundo de la salud, nos sumerge también en la dimensión social, política y económica que conlleva la aspiración de integrarse plenamente en la sociedad. Esta dimensión transformadora del mundo de la salud forma parte de la evangelización[56] y es necesaria, hoy más que nunca, para que nuestro mensaje obtenga credibilidad[57].

Nuestra acción pastoral ha de incorporar en su dinamismo más profundo la fuerza transformadora y profética que emana del Evangelio luchando contra las injusticias que se cometen frecuentemente en el mundo sanitario, en las políticas de la salud que atentan contra los derechos humanos más fundamentales, incluso contra la vida de los más débiles (aborto, eutanasia).

Por otra parte, es importante que esta acción sea liderada y coordinada por los propios enfermos creyentes, en solidaridad y coherencia con las reivindicaciones sociales de otras organizaciones que desde ámbitos civiles luchan también por los derechos del enfermo y la integración de los mismos en la sociedad. Es éste un terreno donde los disminuidos físicos creyentes, como seglares, tienen un amplio campo de apostolado y un protagonismo que hemos de reconocer y potenciar.

Cuidar la dimensión cristiana y eclesial de la familia de los enfermos.

La familia del enfermo, como Iglesia doméstica, ha de ser también sujeto de nuestra acción pastoral. La comunidad cristiana deberá realizar un esfuerzo por acercarse a ella de forma que, constituyéndose en célula viva de la fe, pueda ofrecer al enfermo la experiencia de una comunidad cristiana inmediata que ora, celebra y vive la enfermedad y la asistencia a sus miembros más débiles, con esperanza. Esta tarea deberá estar enmarcada en el conjunto de acciones pastorales que la comunidad realiza hacia las familias en general. Muchas enfermedades superan las posibilidades de la propia familia y necesitan el apoyo directo, acogedor y desinteresado de la Iglesia.

51. No trato con esto de desvalorizar la importancia de los sacramentos, como tampoco podríamos renunciar a la medicina y los medios técnicos, intento subrayar la importancia de la fe, gratuidad y el amor como fuente primera de nuestro acercamiento a los que sufren.

52. Este fue el lema del Día del Enfermo el año 1991, ocasión que aprovecharon los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral para afirmar: *«Jesús es la salud y seguirle es una de las maneras más sanas y gratificantes de vivir»* Cf *Los 10 Días del Enfermo en la Iglesia Española,* o.c. p 126.

53. Jn 7, 23.

54. *Los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud,* 51.

55. *Los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud,* 49.

56. Dimensión ésta suficientemente fundamentada en el Evangelio, el mismo Jesús se enfrenta a todas aquellas leyes e instituciones que marginan a los enfermos. Cf Mc 3, 1-6 (cura en sábado), Mt 8, 3 (toca a un leproso).

57. Así lo refleja el documento final del Sínodo de los Obispos celebrado en Roma en 1973: *«Si el mensaje cristiano sobre el amor y la justicia no manifiesta su eficacia en la acción por la justicia en el mundo, muy difícilmente obtendrá credibilidad entre los hombres de nuestro tiempo»* texto citado por: PAGOLA J. A., *Cómo evangelizar hoy el mundo de la salud,* publicaciones Idatz, San Sebastián, 1998, p 36.

Procurar la accesibilidad de nuestras parroquias y locales.

Una de las graves dificultades para los disminuidos físicos son precisamente las llamadas barreras arquitectónicas, es decir: las escaleras, las puertas estrechas, los lugares intransitables, los aseos donde no pueden entrar, etc.

Y también la palabra de Dios es iluminadora de esta experiencia: La gran roca colocada a la puerta del sepulcro donde pusieron el cuerpo sin vida de Jesús, se convierte en un signo profético que trasladado al tema que nos ocupa, adquiere una asombrosa actualidad. La enorme piedra, sellada y vigilada por la guardia judía, nos habla de «una auténtica barrera» cuya finalidad no era otra que impedir el acceso de los discípulos al cuerpo de Jesús. No resulta difícil comparar esta «roca» con las enormes y bellas escalinatas que, protegidas por leyes de patrimonio —justas y necesarias—, vigiladas y restauradas..., sin pretenderlo quizá, cumplen la misma finalidad que la piedra del sepulcro: impedir el acceso al Cuerpo de Jesús, la Iglesia, de quiénes amándole no podrán acceder a Él, por sí mismos, mientras esas escaleras no desaparezcan. Y no sirva, al menos como aspiración y proyecto el que siempre aparezca el alma caritativa que se ofrece a subirnos como si de un «anda» se tratase, es más fácil, más humanizado y más digno adaptar nuestros templos y dependencias.

La opción por la incorporación de los minusválidos en la misión evangelizadora de la Iglesia exige también dedicar a ellos, además de personas y palabras, medios técnicos y económicos para posibilitar su acceso a nuestras instalaciones.

Una comunidad sensibilizada, que acoge a los enfermos y minusválidos, necesariamente tiene que plantearse como exigencia apostólica y de justicia la eliminación de las barreras arquitectónicas. Este esfuerzo será un «signo» de nuestra voluntad integradora o por el contrario, nuestras escaleras y obstáculos físicos se convertirán en puntos de referencia que denuncian directamente la poca veracidad de nuestras palabras cuando hablamos de acoger y servir a los más pobres. Tengamos en cuenta que ésta es hoy una de las demandas más comunes en todos los colectivos de minusválidos con respecto a la sociedad.

En muchas ciudades y pueblos están apareciendo rampas, ascensores y van desapareciendo los escalones... la Iglesia no puede permanecer al margen de esta conciencia que va creciendo en nuestra sociedad y que se traduce poco a poco en soluciones concretas[58].

58. Al principio puede esto parecer difícil, incluso imposible... la experiencia demuestra que se trata más bien de voluntad y de concienciación, los aspectos técnicos y económicos suelen tener una solución adecuada y relativamente fácil.

En esto los propios minusválidos pueden asesorar tanto en las soluciones técnicas (ubicación, dimensiones, materiales a utilizar...) como en la búsqueda de financiación de las obras.

Una Parroquia que va poco a poco adaptando sus edificios y dependencias es sin duda un signo del amor de Dios, que encarnado en la realidad humana concreta, generación tras generación, no les abandona en sus dificultades y aspiraciones, acogiéndoles, con las consecuencias que conlleva el amor al prójimo si éste es de verdad y no sólo de palabra.[59]

INTEGRAR A LOS ENFERMOS EN LA VIDA ENTERA DE LA COMUNIDAD CRISTIANA

Conocer la realidad

Ya hemos dicho que la comunidad cristiana tiene que conocer a los enfermos y minusválidos que viven en su ámbito de actuación: quiénes son, dónde residen, con quién conviven, qué enfermedad o limitación física les afecta, cuáles son sus necesidades más importantes, su situación de fe.

En esta tarea, que ha de realizarse especialmente a través de las «visitas», la comunidad cristiana tiene un fuerte apoyo en los grupos de «visitadores de enfermos» que desde hace años han ido constituyéndose desde la Pastoral de la Salud, y especialmente en los enfermos y minusválidos que desde la Frater se dedican a ello con verdadero espíritu misionero y con una larga experiencia en este campo. Contar con ellos y posibilitar la realización de esta tarea pastoral en el seno de la comunidad es otra forma concreta de incorporarles activamente. Su aportación en este aspecto será de gran valor mentalizador con respecto a toda la comunidad.

Servir primero a los últimos

A ello nos invita directa y permanentemente el Evangelio: «los últimos serán los primeros» (Mc 10, 31). Lo hemos aprendido de nuestra fe en Jesucristo: hemos de estar más cerca de aquellos que más sufren, de aquellos que más nos necesitan. Ellos son la imagen viva del Dios encarnado: «... os lo aseguro, cada vez que lo hicisteis con un hermano mío de esos más humildes, lo hicisteis conmigo».[60] Ellos son los bienaventurados del Reino de Dios.[61]

Así nos lo recuerda el Catecismo de la Iglesia Católi-

59. Cf Aspecto este ineludible para el seguimiento de Cristo: *«¿de qué le sirve a uno decir que tiene fe si no tiene obras?(...) Lo mismo que un cuerpo que no respira es un cadáver, también la fe sin obras es un cadáver»* Cf Sant 14-26. En el aspecto que nos interesa, son iluminadoras las palabras del Papa en su comentario de la Parábola del Buen Samaritano (Lc 10, 25-37) que considera parte del Evangelio del Sufrimiento: «es, en definitiva, buen samaritano el que ofrece ayuda en el sufrimiento, de cualquier clase que sea. Ayuda, dentro de lo posible, eficaz. ***En ella pone todo su corazón y no ahorra ni siquiera medios materiales».*** Cf SD 28-30.

60. Cf Mt 25, 31-46.

61. Cf Mt 5, 1-16.

ca: «Jesucristo reconocerá a sus elegidos en lo que hayan hecho por los pobres (cf Mt 25, 31-36). La buena nueva 'anunciada a los pobres' (Mt 11, 5; Lc 4, 18) es el signo de la presencia de Cristo».[62] Y también la Comisión Episcopal de Enseñanza y Catequesis en sus orientaciones pastorales para la Atención a los Minusválidos en la Iglesia y en la Escuela: «Entre los pobres se juega la causa de Jesucristo. Entre ellos se verifica, se comprueba la autenticidad del reino».[63]

En nuestro mundo actual y en la cultura dominante, estructurados al servicio de los privilegiados, los servicios sanitarios y el cuidado de los enfermos no están todavía al alcance de todos. Acercarnos a los más pobres, con la fuerza del Espíritu de Jesús que habita en nosotros y con el mayor de los respetos acentúa la autenticidad de nuestro amor gratuito. El Evangelio nos invita a ello siguiendo el ejemplo de Jesús que no sólo curaba a los «suyos» sino que se acercaba a los pecadores y a los paganos. Seguramente, en los casos donde el mal se experimenta como algo insoluble y en las situaciones más marginales del mundo de la enfermedad estaremos atendiendo a los que, como el paralítico del Evangelio, «no tienen a nadie» que les meta en el agua; ni siquiera a sí mismos.[64]

Posibilitar la participación de los enfermos y de los minusválidos en la vida normal de la comunidad.

La comunidad ha de posibilitar la participación activa de los minusválidos en su vida normal ofreciéndoles actividades y responsabilidades concretas en las que ellos puedan integrarse plenamente. Esta tarea incluye al menos los aspectos más importantes de la vida comunitaria:

> La participación en la Eucaristía de los domingos, incorporarles a los procesos catequéticos y de educación en la fe que la parroquia tiene establecidos para todos sus miembros, informarles periódicamente de las actividades y acontecimientos más significativos, de forma que puedan conocer la vida y la marcha de la comunidad cristiana sin sentirse excluidos...

UTILIZAR CON LOS ENFERMOS UN LENGUAJE POSITIVO Y ESPERANZADOR

Una y otra vez nos vemos obligados a insistir en esto. Aún a costa de ser repetitivos o mal interpretados. El problema del lenguaje y del diálogo con los enfermos se ha convertido hoy, en un verdadero reto para todos los agentes de la Pastoral de la Salud, un reto al que debemos hacer frente partiendo de una teología fundamentalmente positiva según la cual Dios es el Dios de la vida, el Padre de la misericordia que busca la felicidad y la realización humana, que nos salva y nos abre a la esperanza más allá de nuestras limitaciones, más allá de las situaciones extremadamente oscuras de la vida. Un Dios que no nos deja solos en el dolor y en el sufrimiento.

Frente a la experiencia del sin sentido y del ¿por qué? de lo que está ocurriendo, nuestro lenguaje, en este momento especialmente delicado de la persona humana, es fundamental. Ha de ayudar al enfermo a superar la idea, todavía excesivamente extendida, según la cual la enfermedad es una «prueba», un «castigo» o una «visita» de Dios.

Es necesario elaborar una teología del dolor que sin duda ha de comenzar por cambiar el lenguaje 'clásico' sujeto a interpretaciones ambiguas que ocultan el verdadero rostro del Dios vivo, del Dios de la vida, que empujan al enfermo hacia el vértigo del sin sentido o de la desesperación, que le colocan al borde del reproche y la increencia. Una teología del dolor que utilizando un lenguaje sencillo y asequible, evangélico y antropológico facilite el acompañamiento de la fe y de la esperanza de aquellos que han de creer contra toda esperanza que han de vivir el amor de Dios integrado en su condición de fragilidad extrema.

El lenguaje de nuestra propia vida, más que nuestras palabras, hará posible la experiencia de la ternura de Dios y su misericordia.

POTENCIAR LA PRESENCIA EVANGELIZADORA DE LOS ENFERMOS EN LA PARROQUIA

Los enfermos han de estar presentes en la comunidad no sólo porque como miembros del Pueblo de Dios forman parte de ella sino también porque su testimonio es necesario y enriquecedor para toda la comunidad. Con la fuerza de su debilidad evangelizan a toda la comunidad. Su oración, sus palabras, su compromiso apostólico será un testimonio que anime a todos los miembros de la comunidad a superar las dificultades confiando más en la acción del Espíritu que en nuestras propias fuerzas. Los enfermos, si les conocemos bien, si les ayudamos a superar las barreras que ellos no pueden salvar con sus propias fuerzas, si cuentan con la formación adecuada y con la acogida de la comunidad, estarán presentes en ella participando activamente en su acción evangelizadora, bien como catequistas, integrados en grupos concretos de liturgia, en las acciones de caridad, en los movimientos etc.

Integrar a los enfermos en las acciones de animación, discernimiento y acompañamiento vocacional, ayudándoles a descubrir y vivir su vocación cristiana.

Ellos, como cualquier otro miembro de la comunidad necesitan que alguien les acompañe, les oriente y anime

62. CEC 2443. Cf Tercera parte cap. VI, 2443-2446.
63. CEEC, *Atención a los Minusválidos en la Iglesia y en la Escuela*, 9.
64. Cf Jn 5, 1-10.

a ir respondiendo, en el proceso personal de su fe, a la llamada que el Señor dirige a todos sus hijos para que se incorporen al «trabajo en su viña».

Hay que despertar vocaciones a la vida apostólica, y también en algunos casos a la vida religiosa y al sacerdocio, entre los enfermos y minusválidos de la comunidad cristiana. Ponerles en contacto con movimientos apostólicos especializados, con asociaciones y congregaciones religiosas, con los seminaristas, etc. son acciones pastorales, que la comunidad realiza, especialmente con los adolescentes y jóvenes, de las que no debemos excluir a priori a nuestros hermanos enfermos o minusválidos, al menos no por su limitación física.

Los propios movimientos apostólicos, los grupos y asociaciones cristianas, las ordenes religiosas y congregaciones deben estar abiertas y sensibilizadas para acoger en su seno a creyentes adultos en la fe que desean acercarse o integrarse en ellos.

RENOVAR LA PRÁCTICA DE LOS SACRAMENTOS DE LOS ENFERMOS

La Iglesia, Sacramento de Salvación, ofrece la gracia de Dios, la fuerza de su presencia salvífica, de manera especial a través de los Sacramentos.[65]

Es necesario un esfuerzo cada vez mayor no sólo para que los enfermos participen de ellos sino para que lo hagan con fe y activamente. Esta sensibilización y renovación de la práctica actual es necesaria para ir desterrando las costumbres y hábitos que llevan por un lado a la poca participación y por otro a la rutina, el ritualismo, la separación de los mismos de la vida, etc.

En los llamados sacramentos de los enfermos, la persona que los recibe en situación de fragilidad ha de encontrar en ellos no acciones finales sino signos vivos y significativos. Signos que le ayuden a iniciar o continuar su camino de dolor y sufrimiento, de limitación y dependencia, con esperanza. De lo contrario, la administración de los sacramentos vendrá a reforzar el temor y la angustia que envuelven la psicología de la enfermedad.

Integrar los sacramentos en el conjunto de nuestra acción evangelizadora con los enfermos.

Hemos de celebrar los Sacramentos integrados en el proceso global del servicio que la Iglesia realiza con los enfermos teniendo en cuenta todas sus dimensiones, personal, sanitaria, social y eclesial. Lo habitual debería ser que la celebración de los sacramentos fuese la culminación de «una relación significativa»[66] con el enfermo y el resultado de un proceso de fe personal realizado por el propio enfermo.

Esto nos ayudará a evitar la celebración de los ritos sin la suficiente evangelización y catequización,[67] respetando el ritmo personal de iniciación y maduración en la fe, sin forzar las situaciones.[68]

En este sentido será muy positivo potenciar las celebraciones comunitarias de la Penitencia y de la Unción.

Fomentar la existencia de ministros extraordinarios de la Eucaristía.

Es importante realizar el esfuerzo de contar con este servicio en nuestra comunidad, encargándoles a ellos la administración periódica de la sagrada Comunión a los enfermos. Esto no debe evitar que también los sacerdotes de la parroquia se acerquen a los enfermos, les conozcan y les sirvan, especialmente cuando sean requeridos por el propio enfermo o por la familia.

La existencia de los ministros extraordinarios, seglares y voluntarios, si han sido bien elegidos y preparados para este servicio, será una eficaz ayuda para facilitar a los enfermos la recepción de la Comunión de manera regular cuando no sea posible su asistencia a las celebraciones de la comunidad.

Este servicio facilita también un mayor conocimiento de la situación personal de fe, su acompañamiento y la vinculación de la vida con la fe que se celebra.

Potenciar la participación activa del enfermo en la celebración.

Por un lado aprovechando la experiencia de los propios enfermos integrados en la comunidad. Y por otro lado haciendo tomar conciencia, al enfermo que los va a recibir, de su responsabilidad cristiana al solicitar o rechazar los sacramentos. Es él el que tiene que celebrar la fe activa y conscientemente.[69]

Recuperar la administración del Viático.

Frente a las circunstancias que rodean a la administración de este sacramento del tránsito de la vida: son muchos los que no lo reciben, familias que no lo solicitan, que esperan a que el enfermo haya muerto o al menos haya perdido la conciencia etc. Es necesario realizar un verdadero esfuerzo de recuperación: el Viático ha de entrar a formar parte de nuestra preocupación global por la celebración de los Sacramentos en la comunidad cristiana. «Transformar este ideal en realidad cotidiana es uno de los desafíos con que se enfrenta hoy el quehacer pastoral.»[70]

65. *Sacrosanctum Concilium* (SC), «Para realizar una obra tan grande, Cristo está siempre presente en su Iglesia sobre todo en la acción litúrgica (...). En ella, los signos sensibles significan, y cada uno a su manera realizan la santificación del hombre», 7.

66. Comisión Episcopal de Pastoral, *La Asistencia Religiosa en el Hospital. Orientaciones Pastorales,* 69

67. Cf *Ritual de la Unción de los enfermos* (RU) 59.

68. Cf SC, capítulo II. *Necesidad de promover la educación litúrgica y la participación activa,* n.º 14-21.

69. Cf RU, 13.

70. RU 84.

ACERCAMIENTO AL ENFERMO INCREYENTE O ALEJADO DE LA FE

La acción misionera de la comunidad cristiana exige también que nos acerquemos a los enfermos que, por diversas razones, han abandonado la fe y viven al margen de la vida de la Iglesia. «Gratis»[71] lo hemos recibido, gratuitamente debemos hacerlo llegar a los demás.[72]

La comunidad cristiana ha de realizar con ellos el mismo esfuerzo evangelizador y misionero que realiza con el resto de nuestros hermanos alejados: conocer las raíces de su increencia, las razones de su alejamiento, buscar los posibles puntos de encuentro y los caminos que pueden ir acercándole la experiencia de la fe, caminos que podemos recorrer juntos, etc. El mundo de los enfermos alejados ha de ser motivo de una preocupación mayor por parte de la comunidad cristiana, acercándose a ellos con respeto pero con la misericordia que nos lleva a intentar que todos los hombres conozcan y amen al Dios Vivo y Verdadero: «... pues Él quiere que todos los hombres se salven y lleguen a conocer la verdad» (I Tm 2, 4).

71. Cf Mt 10, 7-8.

72. En este sentido de gratuidad generosa son esclarecedoras las siguientes palabras de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios: «... toda forma de instrumentalización del enfermo, además de dañar el derecho fundamental de la salvaguardia de la dignidad de la persona humana, traiciona el significado de la acción sanante y ejemplar de Cristo, venido no para ser servido sino para servir». Cf *Los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud,* 30.

CONCLUSIÓN

Estas líneas trazadas son para los propios enfermos y minusválidos creyentes, no sólo, una oportunidad para su integración sino un reto ineludible. Asumiendo su responsabilidad apostólica han de saber estar presentes en la comunidad eclesial de una forma más activa y comprometida.

Estas líneas de acción son, también, un desafío apasionante para la comunidad eclesial en su conjunto. Realizando una acción evangelizadora llena de esperanza, en los diferentes ambientes e instituciones. Dispuesta, también, a dejarse evangelizar por la propia fragilidad de aquellos a los que se acerca por la caridad de Cristo.

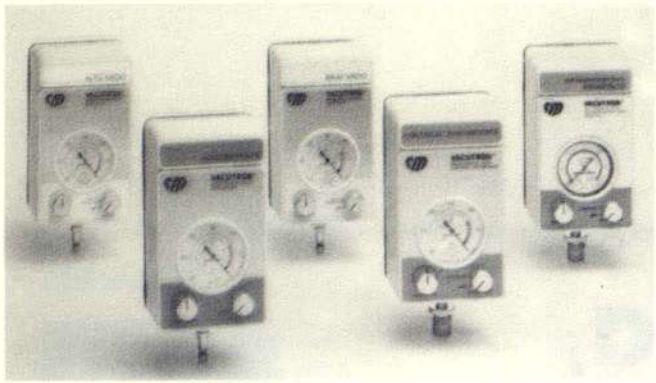
Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

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

VACUTRON

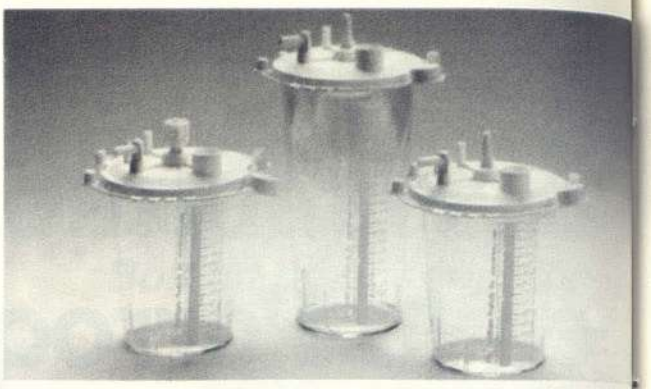
Reguladores de Vacío.



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

HANDI-VAC

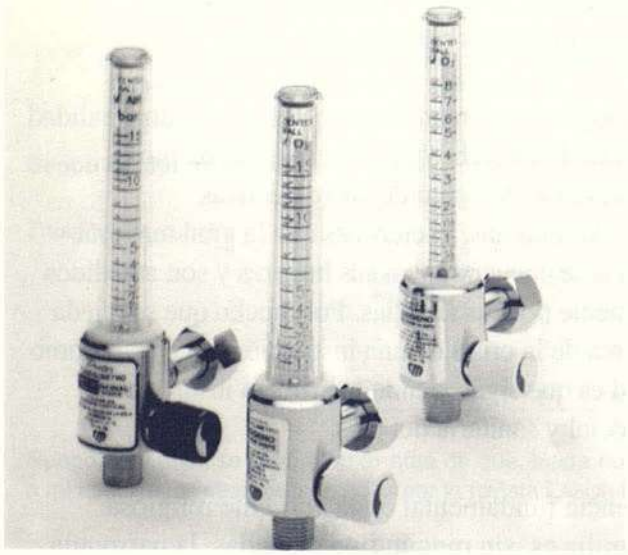
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- *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.*

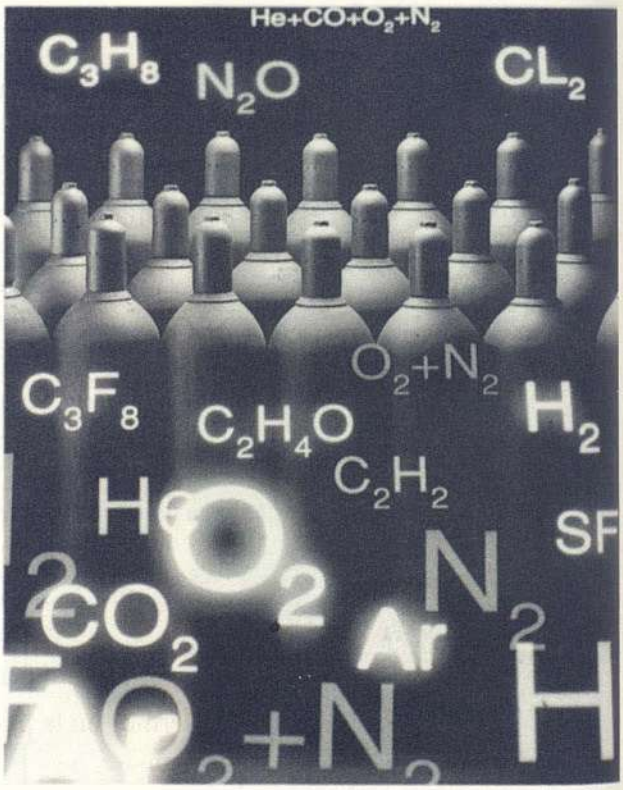
ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



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

GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO



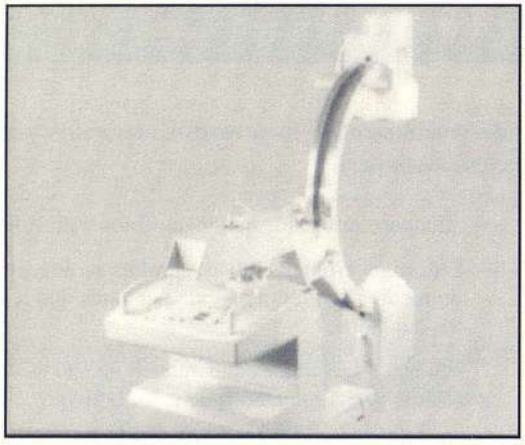
CARBUROS METALICOS
División Médica Hospitalaria

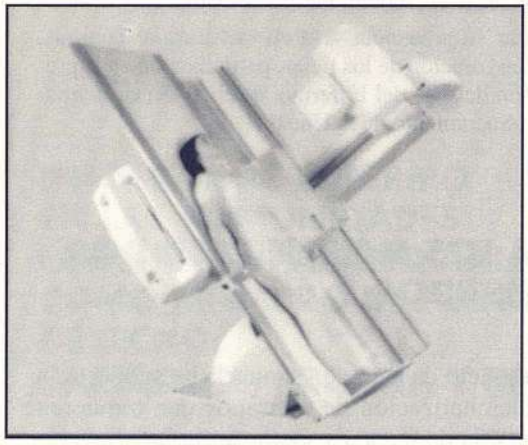
Calle Aragón, 300
08009 Barcelona
Tel. (93) 290 26 00
Fax (93) 290 26 03

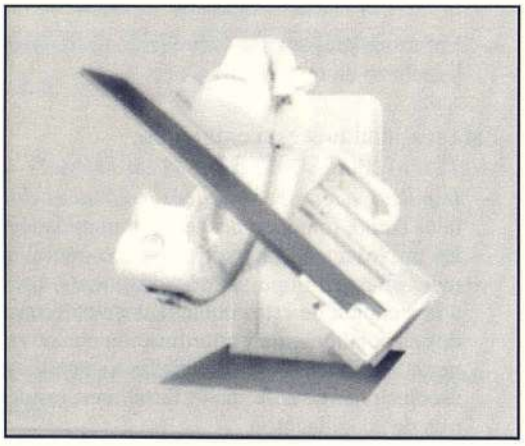
Apelem
ESPAÑA

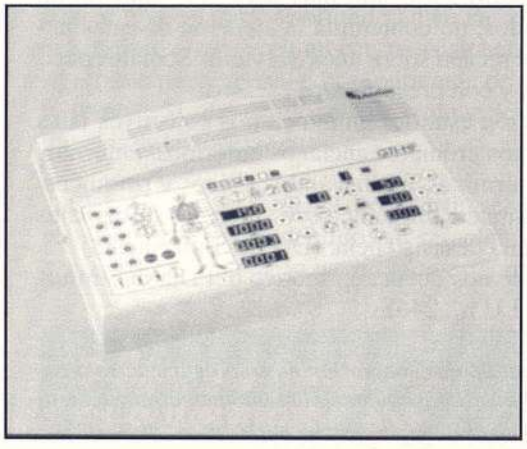
APELEM ESPAÑA, S.A.

Llussà, 13
Tels. (93) 330 02 83 - 491 49 92
Fax (93) 411 26 37
08028 BARCELONA
E-mail: apelem@feelingst.es
http://www.apelem.com









- Intensificadores de imagen.
- Cadenas T.V. radiológica.
- Sistemas digitales para radiología, angiografía y hemodinamia.
- Arcos quirúrgicos.
- Generadores de RX alta frecuencia.
- Mesas telemandadas.
- Presupuestos de actualización, adaptaciones.
- Telemandos polivalentes.

INSCRITA EN EL REGISTRO DE EMPRESAS AUTORIZADAS PARA LA VENTA Y ASISTENCIA TÉCNICA DE EQUIPOS DE RX (ERX-B/001/92) REAL DECRETO 1891/1991

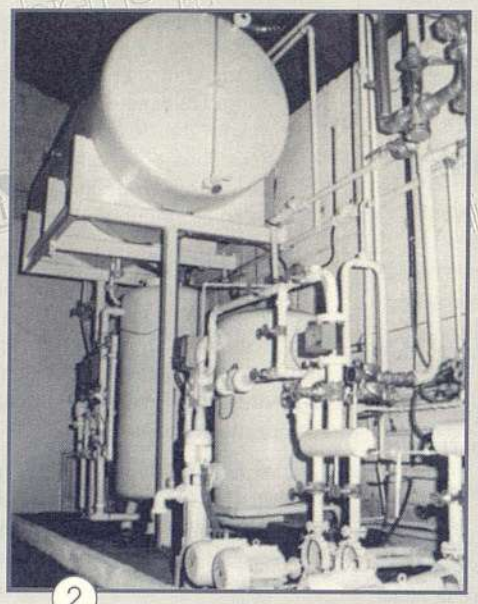
Interhospitalia s.a.

Especialistas en lavado y desinfección de lencería

Suministramos al paciente y a los servicios internos, lencería bacteriológica y visualmente limpia y correctamente acabada.

Para ello, la devolvemos:

1. Lavada y desinfectada (por proceso chemo-térmico).



2

2. Sin incrustaciones, tersa y suave.

1

4

3. En paquetes individuales y cuantificados.

3

4. En contenedores racionales, y

5

5. Puntualmente a la hora convenida.

La solución con garantía:

Interhospitalia s.a.