

Pastoral de la Salud al encuentro de la Iglesia Doméstica: el enfermo y su familia

> José María Galán González-Serna
*Medico Internista. Secretario del Área de Pastoral de la Salud.
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Provincia Bética). Sevilla.*

El autor parte de la definición de salud que hace la Organización Mundial de la Salud y desde ese concepto se plantea cómo anunciar, en la realidad del sufrimiento, la Buena Noticia que el Evangelio nos ofrece.

Esta reflexión empieza analizando algunos de los rasgos de la cultura postmoderna que influyen hoy en la vivencia de salud y de enfermedad. A continuación, se centra en el carácter imprevisto y en la sorpresa que la enfermedad produce en este contexto cultural. Se profundiza en los contenidos de esta experiencia y describe las reacciones psicológicas de afrontamiento que personas y familias ponen en juego ante el enfermar. Finalmente la reflexión se encauza sobre cómo ayudar pastoralmente al enfermo ante la experiencia de limitación y sufrimiento que supone la discapacidad, la enfermedad y la muerte. ▶



Hace unos años la Organización Mundial de la Salud, al lanzar el eslogan "Salud para todos en el año 2000", definía la salud como el estado de bienestar físico, mental y social y no exclusivamente la ausencia de enfermedad. Dicho de otro modo, para estar sano no es suficiente con no estar enfermo, sino que se exigiría la presencia de un cierto componente de felicidad en forma de bienestar físico, mental y social¹.

Esta definición de salud tiene la particularidad de que introduce componentes más allá de lo puramente biológico, pues cada persona tiene una percepción y vivencia personal de lo que es la salud¹⁻² de acuerdo con lo que considera normal, su experiencia personal, su nivel cultural y socioeconómico, religión, estilo de vida o los conceptos que los grupos sociales en los que participan tienen de ella.

Así pues, según la Organización Mundial de la Salud, el concepto salud es múltiple y depende de varios factores.

- _ Depende de la cultura en la que se produce, pues ella es la que suministra el patrón que define la forma de estar o de ser sano.
- _ Depende de la filosofía propia de la época –incluyendo la metafísica, la psicología y la ética–.
- _ Depende de las características biopatológica del estar sano –o enfermo– y de las directrices terapéuticas más eficaces del momento.

Desde este concepto de salud, que nos ayuda a comprender la complejidad de los factores que influyen en la vivencia de enfermar, nos plantearemos cómo anunciar en la realidad del sufrimiento la Buena Noticia que el Evangelio nos ofrece.

Para realizar esta tarea iniciaremos nuestra reflexión analizando algunos de los rasgos de la cultura postmoderna que influyen hoy en la vivencia de salud y de enfermedad. A continuación, nos fijaremos en el carácter imprevisto y en la sorpresa que la enfermedad produce en este contexto cultural. Profundizaremos en los contenidos de esta experiencia y describiremos las reacciones psicológicas de afrontamiento que personas y familias ponen en juego ante el enfermar. Finalmente reflexionaremos sobre cómo ayudar pastoralmente al enfermo ante la experiencia de limitación y sufrimiento que supone la discapacidad, la enfermedad y la muerte.

1. La experiencia de enfermar en un mundo postmoderno.

Sabemos que evangelizar constituye la vocación propia de la Iglesia, su identidad más profunda y que la realidad del sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte es-tán necesitadas especialmente de la Buena Noticia del Evangelio.

Sin embargo, la evangelización no es posible sin la inculturación y hoy nos encontramos con que la ruptura entre Evangelio y cultura es el drama de nuestro tiempo, como lo fue también en otras épocas³. Esta ruptura afecta de una manera importante a la evangelización del mundo de la salud.

El proceso de secularización ha desembocado, de hecho, en el establecimiento de una cultura

1- Rozman C. Salud y Economía. Perspectiva desde la Práctica Clínica. Humanitas-Humanidades Médicas Vol I (3) Jul-Sep 2003; 271-278.

2- Domínguez Carmona M. Concepto de Salud y Enfermedad, en Piédrola Gil G. Et al "Medicina Preventiva y Salud Pública". Barcelona, 1989. 15-31.

3- adium et Spes, 43

de la increencia en la que las afirmaciones relativas a la transcendencia se tornan social y culturalmente irrelevantes⁴. Esta influencia se ha dejado notar en muchos cristianos que se alejan de la vivencia de la propia fe o de la práctica de la religión para asumir otras creencias y visiones de la vida.

En nuestro mundo vivimos influidos por una nueva cultura que modula, en mayor o menor medida, nuestra manera de afrontar el sufrimiento y, sin embargo, la enfermedad sigue siendo el lugar donde constatamos los límites del ser humano y al mismo tiempo se formulan los grandes interrogantes.

La cultura postmoderna posee una serie de rasgos que hacen que la vivencia del enfermo y de la familia sea hoy más compleja.^{5,6}

Comentaremos brevemente alguno de estos rasgos:

1.1. La pérdida de confianza en la religión:

El pensamiento postmoderno defiende que los grandes relatos entendidos como visiones integradas de la realidad, que dan cohesión social y legitiman los sistemas de valores, ya no encuentran credibilidad.

Se va perdiendo la confianza en las grandes ideologías, religiones o sistemas morales y se va produciendo un desvanecimiento de sistemas de creencias compartidos que expliquen la realidad.

Esto lleva a la pérdida del sentido de totalidad y a una vivencia del presente de forma inmediateista, sin relación con el pasado y el futuro. Existe, por tanto, una reinterpretación de la dimensión espiritual de la persona que pone en entredicho la salud entendida al servicio del desarrollo de un proyecto vida que posea un sentido trascendente.

1.2. La propuesta de una neutralidad axiológica.

Un segundo rasgo importante de la postmodernidad es que se defiende el relativismo y la provisionalidad de los acontecimientos históricos. La postmodernidad intenta hacer viable el vivir una situación continuamente inestable, posibilitando un pensamiento sin valoraciones ni implicaciones, un pensamiento que acepta acríticamente las diferencias y las múltiples perspectivas.

En este ambiente, todo termina siendo aceptable, posible, cambiante, inconsistente. Un signo de esta apatía puede ser que la información que se recibe a través de los medios de comunicación suele encontrarse homogeneizada y descomprometida sin enfatizar suficientemente lo verdaderamente importante frente a lo trivial o secundario. Podría decirse que se propone una cierta neutralidad axiológica donde valores y contravalores conviven sin suficiente crítica.

Sin embargo, sabemos que para educar en valores es necesario destacar y mostrar el valor de lo importante. No con argumentaciones sólo de carácter intelectual, sino a través del testimonio de un compromiso real y vivo con los principios y valores humanos y humanizadores.

1.3. La opción por el individualismo, el hedonismo y el narcisismo.

En tercer lugar, la postmodernidad promueve una cultura donde la estética prevalece sobre la ética y en la que se opta por el individualismo, el hedonismo y el narcisismo. En este sentido, si se piensa que no hay nada realmente valioso, tampoco se encuentra nada por lo que merezca la pena entregarse a fondo, excepto si de ello se obtienen recursos económicos que proporcionen bienestar.

Los proyectos colectivos pierden fuerza frente a la inmediatez del propio disfrute vivido en el presente. Se reivindica la libertad como forma de eliminar compromisos y vínculos, como liberación de ataduras físicas y morales, de normas, pero se debilita el ejercicio de la libertad como medio esencial para acceder a compromisos éticos personales o sociales y surge el pasivismo. Desde el pasivismo se decide que sean

4- Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Roma, 2000.

5- Jiménez Ortiz A. Por los Caminos de la Increencia: la fe en Diálogo. Madrid: 1996. Editorial CCS.

6- Domínguez Prieto XM. La Familia y sus Retos. Madrid: 2002. Fundación Emmanuel Mounier.

7- Otard JF. La condición postmoderna. Informe sobre el saber. Madrid:1984, 10-11. 73-78.

otras instancias las que resuelvan los problemas de la vida, ya sea el estado, la sanidad u otros.

Esta actitud de fondo puede desembocar en el olvido del enfermo, cuya asistencia supone un esfuerzo y dedicación y la despreocupación por prestarle ayuda desde el ámbito familiar. Contra esta tendencia tan autolesiva, desde la Pastoral de la Salud será necesario ayudar a las personas a descubrir que el ejercicio de su libertad debe estar orientado al compromiso con los demás y con el valor de la vida. Promoviendo el compromiso con el enfermo aunque sólo fuera por pura solidaridad.

La familia cristiana, portadora de sensibilidad humana y de valores solidarios puede jugar un papel esencial en la educación de sus miembros en las virtudes del respeto, la tolerancia y la misericordia que son base fundamental de la acogida al enfermo y al necesitado.

1.4. La pretensión de un agnosticismo acrítico.

Desde el punto de vista religioso, en el postmodernismo se promueve el nihilismo: la cultura del vacío. Se pretende vivir un agnosticismo que no se pregunta ni siquiera por la utopía. Se trata de lo que se ha venido en denominar el pensamiento débil para el que todas las cuestiones últimas, incluida la cuestión de la fe en Dios, son inexpresables.

De esta forma la referencia a Dios durante la enfermedad tiende a hacerse ausente y, sin embargo, en este contexto de la postmodernidad no debemos olvidar que la enfermedad, la discapacidad y el morir continúan suponiendo hoy para las personas una sorpresa dolorosa e inesperada donde se plantean las últimas preguntas sobre el sentido de la existencia.

2. Razones del carácter imprevisto de la experiencia de enfermar.

De hecho, en la práctica, sólo cuando el sufrimiento causado por la enfermedad se hace presente de forma directa en la vida de la persona, ésta conoce en la realidad lo que hasta entonces sólo

conocía en el ámbito de la posibilidad. Dicha experiencia de sorpresa viene reforzada por las nuevas creencias que hoy van calando en la conciencia social.

**En este panorama,
la irrupción del sufrimiento
no deja de ser una noticia
imprevista y contradictoria
que provoca rechazo
y ocultamiento.**

De hecho, en la práctica, sólo cuando el sufrimiento causado por la enfermedad se hace presente de forma directa en la vida de la persona, ésta conoce en la realidad lo que hasta entonces sólo conocía en el ámbito de la posibilidad.

Dicha experiencia de sorpresa viene reforzada por las nuevas creencias que hoy van calando en la conciencia social.

2.1. Por las expectativas exageradas en el poder de la ciencia.

Una primera es la generación creciente de expectativas, muchas veces exageradas, que originan los avances y disponibilidad general de los medios científicos con los que hoy contamos para mejorar la salud de la población y sus condiciones de vida. La misma recuperación de la salud es considerada cada vez con más frecuencia como un bien de consumo.

Las posibilidades de mejorar la salud son, efectivamente, cada vez más reales y benefician al conjunto de nuestra sociedad española, pero a su vez apartan provisionalmente de muchas familias las experiencias duras y negativas de enfermar o de morir; con lo que no tienen por qué enfrentarse a ellas hasta llegar a los momentos más críticos donde la limitación de la salud no es superable por la técnica.

2.2. Por la influencia de los medios de comunicación en la promoción de concepciones de vida que no incorporan el hecho de enfermar.

La sociedad de los medios de comunicación hace llegar a la intimidad de nuestros hogares valores,

ideales de vida, opiniones sobre los modos de alcanzar la satisfacción de las necesidades humanas, ya sean éstas reales o artificiosas, en consonancia con los valores culturales dominantes.

La publicidad, que está presente en todas partes, nos somete a un bombardeo de elaborados y atractivos mensajes que nos ofertan posibilidades sin límite de disfrutar y gozar de la vida. Se trata normalmente, de adquisiciones materiales a las que cada vez se puede acceder con más facilidad.

No se puede negar que disfrutar de la vida es bueno; cuando se hace responsablemente es una tarea saludable; sin embargo, disfrutar de forma irresponsable nos evade del mundo real y, por consiguiente, de la experiencia de sufrimiento y del dolor que forman también parte de esta vida y a las que finalmente no es posible eludir.

2.3. Por la primacía de valores como el bienestar, la belleza física y la capacidad de producción y disfrute.

Las ventajas que nos ofrece el mundo desarrollado influyen en nuestro ritmo de vida, el cual se orienta a obtenerlas; para ello, se mantiene como meta fundamental la consecución de una buena calidad de vida que la mayoría entiende fundamentalmente como sensación y experiencias de bienestar.

Tanto es así que se llega a entender el bienestar como consecuencia del éxito en la vida social y laboral. Se nos propone, por lo tanto, generar a través de las rentas procedentes del trabajo una creciente capacidad de disfrute y de consumo. Para alcanzarla se nos exige utilizar medios como la eficacia y la competitividad que implican una dedicación a veces desmesurada al trabajo y a la vez una incertidumbre e inseguridad en el terreno laboral.

Esta dedicación a la obtención de recursos hace difícil la convivencia familiar y al mismo tiempo se ve muy condicionada por el hecho de enfermar. Pues, dado que la enfermedad genera discapacidad y dependencia, al enfermar corremos el peligro de perder nuestro rol social y a consecuencia de esto el tren de la obtención de nuevos recursos que nos permitan acceder a los bienes de consumo.

Por otra parte, enfermar hoy, si no se obtiene solución médica y quedan secuelas o discapacidad funcional, puede significar quedar al margen de la dinámica social. El enfermo crónico, el enfermo terminal, el enfermo psiquiátrico, el anciano enfermo, el discapacitado, quedan en mayor o menor grado excluidos de una sociedad que valora la belleza física y la capacidad de producción y de disfrute ocultando los aspectos carenciales que origina el enfermar.

3. Contenidos de la experiencia de enfermar.

No resulta extraño que en este contexto se viva la enfermedad como sorpresa, sobre todo cuando la ciencia no llega a resolverla. En estas circunstancias, la enfermedad aporta una experiencia decisiva que significa una crisis, ya que nos hace descubrir la propia fragilidad.

Analizaremos brevemente esta crisis desde el punto de vista antropológico, filosófico y religioso.

3.1. Desde una perspectiva antropológica.

Ante la enfermedad, por una parte, el cuerpo requiere más atención: se vuelve desconocido y amenazador, disminuye la autoestima y se verifica en la propia carne la frase coloquial "no somos nadie" y, además, se modifican las relaciones con los demás: familia, amigos, trabajo, sociedad.

Desde la perspectiva objetiva, es posible que se pierdan: el buen aspecto somático, la normalidad de las funciones, la buena sensación cenestésica, la posibilidad ilimitada de ejercer su personalidad, la vida de familia y de grupo plenas, los ideales de vida y los proyectos de autorrealización, el trabajo, la sexualidad, la armonía de la integridad corporal, la participación social y política.

Desde la sensación subjetiva, el ser humano tiene capacidad para reconocerse enfermo, de sufrir por

su enfermedad y de saber que se muere: la conciencia de enfermedad y muerte es propia del ser humano y se vive en cada persona de manera particular. De hecho, la enfermedad puede llegar a suponer una experiencia ambigua que marca la vida: puede hundir y destruir, puede ayudar a crecer y a madurar, puede encerrar en sí o servir para abrirse, puede alejar de Dios o acercar más a Él.

Si es necesaria la hospitalización, son numerosos los temores y aprensiones que pueden afligir al enfermo ya que al ser hospitalizado se es sometido a cambios culturales no deseados ni comprendidos en el seno de un ordenamiento institucional muy nuevo que además se percibe como hostil ya que deben asumirse nuevas normas, valores y creencias.

Así pues, de una manera general, según Rodrí-

guez-Marín¹⁰, cabe establecer que el ingreso de un enfermo en el hospital tiene, entre otras, las siguientes consecuencias:

1. Extrañamiento por inserción en un medio desconocido con pautas culturales diferentes. De hecho el mundo hospitalario constituye una subcultura propia que va a exigir del paciente, como en su día exigió del propio personal sanitario un proceso de "aculturación".
2. Situación de ignorancia que se suma a la ya existente respecto de la enfermedad, por desconocimiento de los procesos que han de tener lugar, de las vías alternativas que los resultados de las pruebas diagnósticas pueden abrir, de los roles a asumir, etc. En la práctica el enfermo desconoce prácticamente todo, al menos en el momento

9- Cooke AM. "Libros de Texto y Medicina" en Weatherall DJ. "Tratado de Medicina Interna Oxford" Editorial Floum. 1993: 3-6.
10- Rodríguez-Marín J. El impacto psicológico de la hospitalización: Análisis y Modificación de Conducta; 33:421-440.



agelectric
CORPORACIO AGE

Instal.lacions específiques de establiments sanitaris
Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)
Instal.lacions de seguretat
Instal.lacions contra incendis
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

del ingreso. La ignorancia del lenguaje, propio del nuevo entorno es específica y muy importante.

3. Exigencia de adaptación, tanto al nuevo marco físico como el entorno psicosocial, y por tanto necesidad de un cambio de hábitos comportamentales persona-les.

4. Pérdida de la intimidad y de la privacidad. El paciente es ingresado en un mundo en que, por lo que al enfermo se refiere, no hay espacio ni tiempos privados. Precisamente uno de los objetivos de la hospitalización es ese: poner al enfermo en una situación de completa disponibilidad y accesibilidad para el equipo médico.

5. Pérdida del control para sus actividades cotidianas y de las decisiones habituales. El paciente pone literalmente su vida en manos de los demás sobre la base de una supuesta confianza que, en principio sólo se apoya en el reconocimiento social de la pericia médica profesional al margen de individualidades y de reconocimiento y aceptación personal del "carisma" del médico. Por otro lado, unos sí y otros menos, todos los hospitales tienen muchas de las características de los que Goffman calificó de instituciones totales. Significa que controlan o intentan controlar todos los aspectos de la vida del enfermo. El hospital, como hemos dicho, es uno de los sitios en los que la persona pierde casi todo el control sobre su vida. Usualmente no es capaz de hacer el esfuerzo más pequeño porque realmente no puede y en otros muchos casos porque no se permite.

6. Devaluación de la persona, por cuanto desaparece la relación persona a persona que es usual en la consulta médica ambulatoria o externa, y el enfermo se ve convertido en un caso más, en un número.

7. Pérdida de la independencia y pase a una situación de dependencia. Como es evidente esta situación de dependiente correlaciona en alto grado con la imposibilidad de control sobre su propia vida que el paciente hospitalizado tiene. Al pasar ese control a manos del personal y de la organización, el enfermo se ve automáticamente en una situación de dependencia. La dependencia está igualmente en estrecha relación con el sometimiento al conjunto de "rutinas" del establecimiento.

8. Separación brusca del marco social habitual, especialmente de la familia y del trabajo e interrupción brusca en el desempeño de los roles normales en la familia, trabajo, sociedad.

9. Pérdida del apoyo social que no necesariamente es total, pero que siempre ocurre cuando menos a nivel parcial.

3.2. Desde una perspectiva filosófica.

Desde un punto de vista filosófico, ante el sufrimiento llegamos a experimentar de alguna manera el límite de nuestra existencia, se percibe el sinsentido de que una vida puede terminarse o de que de hecho se termina.

El sufrimiento que origina la enfermedad es un anticipo de la muerte y, para el no creyente, no es más que anticipo de la nada, del aniquilamiento.

Al final de este proceso nos damos el mayor encontronazo con el significado de la muerte: la finitud. Una finitud que contradice la oferta de bienestar a la que estamos continuamente sometidos pues el contraste entre las posibilidades que hoy nos da la vida en nuestro entorno y la realidad que encontramos en la enfermedad y la muerte es fenomenal.

Una actitud ética ante el sufrimiento nos hace preguntarnos hoy más que nunca por el sentido: ¿tiene sentido sufrir? ¿por qué hay que sufrir? El sufrir nos sitúa en una encrucijada donde se articulan los conceptos de calidad de vida, cantidad de vida, sentido de la vida, santidad de vida.

3.3. Desde una perspectiva espiritual y/o religiosa.

En esta situación el enfermo se repliega sobre sí mismo y se establece una relación de dependencia. Es entonces cuando pueden plantearse los grandes interrogantes: ¿Qué sentido tiene mi vida? ¿Por qué he caído enfermo? ¿Por qué me ha tocado a mí? ¿Qué he hecho yo para acabar así? ¿Qué sentido tiene sufrir como estoy sufriendo? Y, si es creyente, ¿Cómo puede Dios permitir esto? ¿Por qué, Señor?

4. Reacciones psicológicas de afrontamiento ante la enfermedad.

Hasta ahora hemos visto que la crisis del enfermar nos sitúa de frente a nuestra propia indignidad y nos

lleva a las últimas preguntas por el sentido de nuestra vida. Me gustaría que nos fijáramos en que se trata de una experiencia lo cual significa que el tipo de interrogantes se realiza desde cómo la vivencia de enfermar me afecta mi vida, mis sentimientos, mis proyectos, posibilidades o capacidades, mi existencia.

Se provoca un conocimiento desde el plano vital y no sólo desde el intelectual.

Es una experiencia humana que exige en consecuencia más respuestas vitales y no tanto intelectuales.

Psicológicamente, se activan en nosotros diferentes vivencias en relación con el enfermar que provocan mecanismos de afrontamiento psíquico ante la agresión y ante las pérdidas que se nos vienen encima.

4.1. Afrontamiento de la enfermedad por el mismo enfermo.

Las reacciones psicológicas fundamentales del propio enfermo son, por una parte, el miedo y la ansiedad que surgen ante la amenaza importante que representa el enfermar y que se manifiesta como preocupación razonable, pánico que paraliza y desestructura, ansiedad, tensión o inquietud por la inseguridad que le invade. Por otra, puede ser la depresión, vivida como pérdida o conjunto de pérdidas.

Los mecanismos de afrontamiento psicológico son los ya conocidos y descritos en los tratados de psicología de la salud: la agresividad, la proyección, la negación, la racionalización, la intelectualización, las compensaciones en la fantasía, la sublimación, la regresión, la identificación, que en este momento no vamos a detenernos a explicar. Sólo recordar

que estos resortes son de carácter psicológico y no religioso. Ocurren en cualquier enfermo independientemente de su credo y pretenden facilitar un equilibrio emocional ante el hecho del enfermar. Desde el uso de técnicas de carácter psicológico se puede y se debe hacer mucho por ayudar al enfermo a integrar su experiencia de enfermar.

4.2. El afrontamiento de la enfermedad por la familia del enfermo.

La enfermedad no sólo provoca estrés en la persona que la padece, sino que tiene un alto efecto estresante en los familiares del enfermo. La dinámica de las relaciones personales intrafamiliares se ve afectada por la enfermedad de uno de los miembros de la familia, y se producen cambios en la representación de los roles habituales. Este cambio de roles por sí mismo es una fuente de estrés, que se suma a la propia situación del enfermo¹¹.

Sabemos que la familia es algo más que la suma de sus miembros, ya que se trata de un grupo social cuya totalidad implica un conjunto de interacciones, normas, reglas y roles que constituyen una realidad distinta al sumatorio de padres e hijos. No es un archipiélago constituido por varias islas, sino que entre sus miembros existe un perfecto engranaje que constituye una nueva realidad. Si las piezas dejan de encajar surge el desequilibrio, la angustia y la patología familiar. Este desencaje suele tener lugar cuando acontece la enfermedad o la muerte de alguno de sus miembros.

4.2.1. Factores que pueden hacer más vulnerable a la familia frente a la enfermedad.

Hoy las familias se ven condicionadas por diferentes factores que pueden hacerlas más vulnerables a la incidencia de enfermedad en alguno de sus miembros. Estos factores son entre otros¹²:

— Pluralidad de formas de familias frente al modelo de familia tradicional, lo que genera retos pastorales nuevos, diversos y complejos. Entre estas nuevas formas se encuentran las familias monoparentales, los hogares de personas solas y las uniones de hecho o cohabitación.

11- Rodríguez Marín J, Zurriaga Llorens R. Estrés, Enfermedad y Hospitalización. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie Monografías: Granada 1997. Núm. 17: 56.

12- Chacón Roger M, Grau Abalo JA. "La familia como parte del equipo: el cuidador principal", en Gómez Sancho M, et al. "Medicina Paliativa en la Cultura Latina". Madrid: 1999. Ediciones Arán: 995-1004.

- Características personales individuales como el nivel cultural, educacional y emocional de los miembros de la familia y sus capacidades de interpretar adecuadamente la evolución de la enfermedad hasta su final; recursos para afrontar las situaciones estresantes, estilos de vida de los familiares. Tipos de relaciones y afectos con el enfermo y entre los demás miembros de la familia: conflictos previos en la familia.
- Historia previa de pérdidas y la forma en que se han manejado y adaptado a ellas.
- Deficiente educación sanitaria de la familia para afrontar la situación de enfermedad. Desde el sistema sanitario se incide en la educación para la salud y prevención de enfermedades, lo que es deseable y necesario, pero se educa poco o nada en cómo afrontar existencialmente la situación de enfermedad, cómo abordar los cuidados básicos de miembros de la familia enfermos y sobre cómo adaptar las diferentes aspectos de la vida de la familia.
- Carencia de tiempo disponible para atender al enfermo por la multiplicidad de obligaciones laborales y sociales o hacia dentro de la propia familia como el cuidado de hijos y de otras personas dependientes. La distribución del tiempo entre los miembros de la familia ha sufrido modificaciones importantes sobre todo a consecuencia de la justa revalorización del estatus familiar de la mujer que se va incorporando al mundo laboral y cultural y por la disminución de miembros de la familia nuclear, sobre todo, en el medio urbano.
- Limitación de recursos económicos que además pueden ser priorizados en otros sentidos, distintos a la ayuda del enfermo.
- Condiciones de la vivienda inadecuadas por la falta de espacio y la dificultad de adaptación a las nuevas necesidades que presenta el miembro enfermo de la familia y la hostilidad propia del entorno urbano.
- Diversidad de creencias y valores entre los miembros de la misma familia que les hace asumir compromisos diversos con el enfermo y vivir la situación desde visiones de la vida y religiosas distintas y en ocasiones incompatibles.

4.2.2. Desequilibrios que puede sufrir la familia ante el enfermar.

A pesar de la constatación de todas estos condicionamientos, que serán crecientes en un futuro no muy lejano, nos sumamos a Julio Iglesias de Ussel¹³ cuando afirma que la familia española sigue siendo escenario de solidaridades y, como tal, un instrumento extraordinariamente importante para la cohesión social. Dice Iglesias de Ussel:

“Viene siendo tan importante su protagonismo que puede decirse que la familia en España es el auténtico Ministerio de Asuntos Sociales. La familia es la que presta ayuda en caso de enfermedad, es la que se ocupa de la crianza de los hijos, del cuidado de los ancianos, la que sustenta en situaciones de paro prolongado y la que carga con las consecuencias de todo orden en los casos de droga y de enfermedades graves como los casos de SIDA, y en gran medida la que sume tareas domésticas de los hogares de sus descendientes donde la mujer se ha incorporado al trabajo extradoméstico. Incluso las instituciones hospitalarias funcionan en gran medida, por la red de apoyos y cuidados que los familiares suministran a los internados”.

No obstante, cuando un miembro de una familia enferma, toda ella se ve afectada por el hecho, ya que la familia se comporta como un sistema social.

Entre los desequilibrios que el impacto originado por la enfermedad puede provocar en los miembros de una familia se destaca:

- La afectación de las relaciones afectivas entre los propios miembros de la familia secundarias al impacto de la enfermedad o a la pérdida de capacidad de comunicación por el enfermo.
- Otra cuestión importante hace referencia a los cambios que se producen en las relaciones, papeles y roles dentro del núcleo familiar y en el desempeño de actividades dentro del hogar.
- También se pueden presentar dificultades económicas por la disminución o pérdida de ingresos a consecuencia de la necesidad de proceder a reajustes en

13- Iglesias de Ussel J. La Familia y el Cambio Político en España. Madrid 1998. Editorial Tecnos.

el desempeño profesional del enfermo o de algún otro miembro de la familia lo que puede afectar a su nivel patrimonial.

- _ Deterioro de las relaciones de amistad y pérdida de vida de ocio al margen de la enfermedad.
- _ Crisis espiritual y búsqueda de significado y sentido en la nueva situación.

4.2.3. Reacciones psicológicas de la familia ante la enfermedad de alguno de sus miembros.

Este desequilibrio origina una serie de reacciones psicológicas. Sabemos que cuanto mayor es el peligro de sufrir una pérdida, más intensas y variadas son las acciones destinadas a impedirlo, provocando una fase de protesta y de agudo estrés fisiológico¹⁴ y malestar emocional en quienes la padecen.

Las reacciones psicológicas de disconfort y malestar que una familia expresa ante la enfermedad de uno de sus miembros son variadas y diversas. Es importante que el agente de pastoral las conozca e identifique en los casos concretos, pues pueden estar relacionadas o unidas con vivencias de carácter religioso. Entre las posibles señalamos las siguientes:

- _ Negación ante el miedo que provoca reconocer la enfermedad. Esta reacción es peligrosa pues evita la realidad y puede suponer un problema para que se atienda correctamente al enfermo.
- _ Barreras en la comunicación del tipo "conspiración de silencio", por la que no se habla de la enfermedad o del mal pronóstico con el enfermo, manteniéndose un círculo de complicidad entre los demás familiares. Esta reacción es negativa ya que se rompe la comunicación y el enfermo no tiene posibilidades de expresar sus sentimientos y emociones.
- _ Sobreprotección, que suele ser fruto de la ansiedad provocada por la enfermedad y posiblemente por sentimientos de culpa. Consiste en que el familiar se ofrece para hacer cualquier cosa que supone necesita el enfermo, desestimando sus capacidades. Esto puede provocar en el enfermo el sentirse anulado, provocándole sentimientos de inutilidad e inferioridad.

_ Infantilización, que se produce cuando se subestima la importancia que tienen los hechos, se minimizan los problemas y se utiliza con el enfermo el mismo lenguaje que se usa con los niños. Esta forma de actuar menosprecia al enfermo en lo que necesita expresar o compartir.

_ Aislamiento social, que se manifiesta en distanciamiento en las relaciones interpersonales por miedo a mostrarse ante los demás con un aspecto físico deteriorado, porque ha disminuido la autoestima del enfermo o de la familia que piensan que no se van a atender sus demandas, por el temor a las críticas y consejos que puedan perturbar en demasía su equilibrio emocional, o por el temor de que desde fuera, se pueda desestabilizar la información que hasta ahora ha recibido el enfermo o alguno de sus familiares.

_ Reivindicación desmesurada de atención al personal sanitario, reproches y exigencias a la institución o centro sanitario, agresividad en el trato. Estas actitudes generan un rechazo inmediato en el personal frente a la familia, ocasionando un distanciamiento cada vez mayor. La reivindicación puede surgir de la vivencia por parte de la familia de que la enfermedad es una agresión que se le hace de carácter externo e injusto en lugar de reconocerla como parte de un proceso vital del individuo.

_ Sentimiento de incapacidad, ocasionado por el miedo, la angustia, el sufrimiento, la inexperiencia y la falta de confianza en uno mismo y en los demás. Es lo que se ha denominado claudicación familiar por la que muchas veces la familia acude al hospital o reclama ayuda alegando cualquier desmejora del paciente y depositando en el equipo sanitario la confianza que han perdido en ellos mismos.

_ Sentimiento de culpa, que puede estar originado por varias causas como la re-criminación del tiempo perdido, la idealización de objetivos ahora inalcanzables, la importancia dada a cosas que ahora carecen de significado, la ignorancia de cómo hacer frente a la situación, la incapacidad para repararla, el deseo de que la enfermedad termine para acabar con el sufrimiento propio.

Por otra parte, la capacidad de respuesta de la

14- Bowlby, J. La pérdida afectiva. Barcelona: 1993. Editorial Paidós.

15- Novellas A, Gómez-Batiste X, Guerra R, Salvador G. Atención a la Familia en Gómez-Batiste X et al "Cuidados Paliativos en Oncología". Barcelona Editorial JIMS. 1996: 299-312.

familia a la situación de demanda de ayuda del enfermo va a estar condicionada por múltiples factores.

Quizás de los factores con mayor importancia sea el ethos de valores que la familia haya vivido y defendido hasta este momento en que hay que ponerlos en práctica. Valores como la responsabilidad, el respeto, la solidaridad, la sensibilidad ante el sufrimiento, la apertura, la acogida, la capacidad de escucha y diálogo, la actitud de servicio, la sencillez...

Una forma de evaluar la salud general de una familia consiste en observar cómo los miembros de la misma pueden trabajar en equipo para realizar una tarea.

5. Ayudar pastoralmente al enfermo y la familia facilitando una búsqueda de sentido.

Tanto para el enfermo como para la familia la forma más saludable de afrontar la experiencia de enfermar, es encontrar el "sentido de su significado".

La búsqueda del significado es, según Taylor¹⁶, uno de los temas fundamentales del proceso de adaptación cognitiva a los acontecimientos amenazantes. La búsqueda de un significado tiene que ver con la necesidad de entender por qué ha ocurrido la crisis, cuál ha sido su impacto y por qué seguir viviendo.

El agente de pastoral debe asumir como una tarea fundamental el facilitar al enfermo y familia una búsqueda de sentido en el contexto del sufrir.

Se trataría de conseguir reformular el significado de la salud asumiendo la enfermedad y mirando al futuro.

5.1. Considerar el aspecto teleológico de la salud.

Nos ayuda en esta búsqueda de sentido considerar el que se ha venido en denominar "aspecto teleológico de la salud". Este aspecto es el que nos recuerda que la salud nos permite dar a la vida mayor libertad y mayor responsabilidad. Asumir objetivos finales en cuanto a nuestro proyecto vital. Incorporar valores, creencias y fines que modulan y dan sentido al vivir. Es el aspecto que nos sitúa en el proceso de construcción de la salud biográfica. Es decir, en el punto donde interconectamos salud y sentido de la vida.

Estos dos términos, salud y sentido de la vida, se encuentran completamente entrelazados y cada uno supone un elemento que modula, se alimenta y se fundamenta en el otro configurando en la práctica la vida de las personas, de las familias, y sus sistemas de creencias, de compromisos vitales, de percepción de interpretación de la realidad que viven.

Martín Rodrigo, nos apunta el hecho, verificable desde nuestra experiencia, de que *"la vida cotidiana nos muestra cómo personas que vivimos en entornos y condiciones semejantes, experimentan distinto grado de felicidad. Asimismo, personas aquejadas por la misma patología, o al menos con secuelas parecidas, viven muy distintamente su condición y expresan un diferente grado de calidad de vida en función del cual su vida es desdichada o feliz, todo ello en menor o mayor grado. Parece que, junto a los factores físicos que condicionan nuestro estado de salud, deben existir otros factores que determinan el grado de apropiación de esa salud, la vivencia interior que cada uno hace de la misma y que, en última instancia, resultan determinantes a la hora de valorar nuestra calidad de vida"*¹⁷.

Y esto es así porque, a pesar de la influencia de la cultura postmoderna, el sentido que cada cual persigue de su vida está en el fondo preñado de futuro, de transcendencia, de eternidad. Somos seres que nos autoreconocemos como sujetos y este autoconocimiento nos descubre nuestra vinculación a la transcendencia, nos evoca la permanencia futura. Esto ha sido así a lo largo de las diferentes etapas

16- Taylor SE. Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation, American Psychologist; 1983; 38 (11): 1161-1173.

17- Martín Rodrigo M. Aspectos Espirituales. II Jornadas Nacionales Comités de Ética Asistencial. Labor Hospitalaria 2-2000 (256): 127-134.



históricas y desde las diversas culturas y maneras de comprender la vida. El ser humano es capaz de captar que la vida es una realidad que le sitúa ante la eternidad, la felicidad, la plenitud y paradójicamente ante la muerte, el sufrimiento y la limitación.

Definimos la salud teleológica como aquella que incorpora el fin para el que somos creados a nuestros hábitos y estilos de vida, a nuestra vivencia de felicidad.

“Es el hallazgo y la realización de la verdad sobre la propia vida” (Victor von Weizsäcker, padre de la Medicina Antropológica del siglo XX). Tiene, por lo tanto, mucho componente de interpretación autónoma y personal aunque también participa y de forma importante de la cultura y creencias donde el individuo se desarrolla. La familia juega en este sentido un papel fundamental en la educación de los individuos tanto en cuanto a los valores y virtudes como en cuanto a las creencias sobre la vida y sobre lo que se asume como saludable.

Este aspecto teleológico de la salud nos habla de la dimensión espiritual del ser humano. Una dimensión que nos recuerda que la vida humana posee un significado para quien la vive. La importancia humana que la persona atribuye a este significado hace que muchas veces ponga en juego la misma salud en pos de lograr las metas que se propone.

Podemos preguntarnos: ¿cómo influye el aspecto teleológico de la salud en la experiencia de enfermar y qué conexión podemos encontrar con la vivencia de la fe en Dios? ¿Qué pistas de actuación pastoral nos aporta esta visión antropológica de la salud?

5.2. Los principales objetivos de la ayuda pastoral.

5.2.1. Revelar el rostro misericordioso de Dios.

Quizás uno de los mayores retos de la pastoral hoy es clarificar y descubrir tanto a la persona alejada de la Iglesia como en el creyente el verdadero rostro

misericordioso de Dios Padre revelado a través de Jesucristo, ya que la relación con Dios tiene su base en la comprensión que de Él tenga el enfermo y los familiares y esta comprensión puede o no puede corresponder con el Dios verdadero revelado en Jesús. De hecho, muchas personas se alejan de la Iglesia porque no han captado en profundidad quién es Dios para ellos y cuál es la relación que Dios desea tener con ellos.

Si, por una mala educación en la fe, se piensa que Dios es “justiciero y castigador”, que “no deja pasar un error” y que “más tarde o temprano dará a cada cual lo que ha merecido”, surgirán preguntas del tipo: ¿por qué me has castigado Dios mío?, ¿qué he hecho yo para que me castigues, me mandes esta enfermedad? Ante esta idea falsa de Dios surgen sentimientos insanos de autoculpa, resignación, y aceptando en definitiva la cruz por los pecados, como un castigo, por tenerla bien merecida.

Si la imagen de Dios es la de un dios “milagrero” puede plantearse la pregunta de ¿por qué no me escuchas si tanto te rezo y te pido? El enfermo y familia llegan a protestar por la “ausencia percibida de actuación divina según sus planes”, tratando de convencerlo con promesas o buscando recomendaciones ante Él de santos a los que se ofrecen novenas o velas para que conceda lo que le pide.

Pueden plantearse otras múltiples imágenes falsas de Dios que es necesario cuestionar, reformular y clarificar. Lo más importante, quizás no es aclarar estos conceptos sólo desde el punto de vista teológico, sino dando testimonio del Dios Misericordia y, como nos recuerda Rudesindo Delgado, del Dios Cristo que es un Dios sufriente, que comparte hasta el fondo el dolor humano y desde ahí salva.

5.2.2. Ofrecer la fe y la relación con Dios, como verdaderas fuentes de salud, de sentido y de salvación.



Puesto que la fe y la relación con Dios deben ser fuentes de salud y de salvación, no deben ser realidades ajenas a la experiencia de vida o de enfermedad.

Por ello, cuando nos planteamos cuál debe ser la ayuda y acercamiento pastoral tanto a las personas y familias alejadas de la práctica de la fe como a los creyentes, creo que puede ser de utilidad práctica hacernos estas preguntas:

- ¿Cómo podemos transformar los gestos de curación en auténticos gestos de evangelización, cómo transformar los lugares en que trabajamos en lugares significativos de evangelización?
- ¿Qué puede llegar a ofrecer la experiencia de la fe en Jesús al enfermo y a su familia? ¿Puede encontrar el enfermo, gracias al crecimiento en la fe, el soporte necesario en su familia?
- ¿Cómo puede la fe dinamizar la vida familiar? ¿Se anuncia una fe viva y que se encarna en la vida, que mejora las relaciones entre sus miembros, que facilita una respuesta conjunta ante la enfermedad?
- ¿Puede activar la fe la sinergia en la búsqueda de nuevos recursos que den respuesta a necesidades concretas? ¿Impulsa a compartir el tiempo, el esfuerzo, el dinero con el miembro de la familia que padece la enfermedad?
- ¿Generará comprensión, reconciliación, superación de las diferencias y barreras? ¿Potenciará la unidad, el amor mutuo, la sintonía afectiva, la solidaridad?

Dar respuestas positivas a estas preguntas plantea unos retos pastorales importantes ya que la vivencia verdadera de la fe es siempre fuente de salud integral, impulsa a la caridad solidaria con el que sufre y fundamenta la esperanza.

Así pues, el gran problema para la pastoral de la salud es acertar hoy, ante una sociedad secularizada, en el cómo debemos anunciar la esperanza que nos ofrece Jesús Resucitado en muchas situaciones personales y familiares donde existe la limitación, el sufrimiento físico, psíquico, social, espiritual. Allí donde se encuentran proyectos de vida rotos y, por lo tanto, donde existe mucha justificación humana para la desesperanza. Más aún, en un contexto cultural que dificulta en gran manera el afrontamiento de la enfermedad.

En esta línea, la realidad del alejamiento de la fe de la Iglesia y el creciente agnosticismo nos impulsa a plantear una pastoral de lo esencial. Pues en lo esencial del vivir es donde es posible el encuentro. En las vivencias universales de fragilidad es donde se hace consciente la llamada a la trascendencia y donde debería situarse el núcleo de la acción pastoral con las personas alejadas. Desde este espacio, respetando la libertad de cada persona, es posible ofrecer el salto a buscar y hallar nombres y rostros auténticos de Dios para aquellos que lo anhelan aun sin conocerlo todavía.

Desde la sintonía con la experiencia humana del sufrimiento es posible encontrar el rostro de Dios, puesto que es un lugar donde, especialmente, Él se hace presente.

Por tanto, las formas de la Pastoral deben responder a las expresiones culturales del enfermar sin perder lo esencial del mensaje evangélico. Las acciones de la Pastoral de la Salud deberían inculturarse, personalizarse, en cada hombre y mujer que sufre. Y si no es posible la sintonía desde la fe, al menos, ofrecer la sintonía humana cuando desde la incredulidad se desee afrontar la enfermedad con esperanza humana o al menos con una gran dignidad.

Para ser capaz de realizar esta tarea, el agente

de pastoral debe llegar a ser un fiel mensajero de Dios, testigo de la fe que entiende que su actitud pastoral básica es dar muestras del amor de Dios a través del servicio al enfermo. Dedicarse con gozo a la asistencia de quien sufre con las actitudes y gestos de hospitalidad: realizando un servicio humilde, paciente y responsable; con el debido respeto y fidelidad a la persona; con la comprensión, benevolencia y abnegación en el trato; participando realmente en sus angustias y esperanzas¹⁸.

5.3. Propuestas de algunas pautas de actuación pastoral ante el enfermo y su familia.

Mencionaré, a continuación, unas breves pautas generales y prácticas de actuación pastoral ante el enfermo y su familia, que describiré en tres aspectos: favorecer la humanización de la asistencia desde el Servicio de Pastoral, realizar actividades para la Evangelización y Celebrar la Fe y los Sacramentos¹⁹:

5.3.1. Favorecer la Humanización de la Asistencia, signo de solidaridad y caridad cristianas.

— En el contexto del equipo interdisciplinar, en el que el agente de pastoral de la salud debe participar, se hace necesario evaluar la situación familiar para facilitar respuestas humanizadoras a la experiencia de enfermar.

Algunas de las actividades que desde el servicio de pastoral ayudan a evaluar a la familia son:

- Examinar las reacciones del enfermo ante su proceso de enfermar.
- Captar la percepción que la familia está teniendo, si ésta es valorada de la misma forma por cada miembro o no.
- Conocer el grado de comunicación existente entre la familia y la comunicación de ésta con el enfermo.
- Conocer cuáles son las funciones que desempeñan cada uno de ellos incluyendo al enfermo y el grado de relación existente entre dichos miembros y entre estos y la familia externa.

- Valorar el grado de predisposición de la familia para comunicar y compartir su vivencia con el equipo terapéutico.
- Evaluar cuáles son las expectativas reales de la familia y en especial de los cuidadores respecto a su relación con el servicio de pastoral.
- Conocer cuáles son los patrones morales por los que se rigen. El significado de ellos nos clarificarán el estilo de vida.
- Saber cuál es su experiencia de crisis y resolución de conflictos
- Los objetivos y actividades de humanización desde el Servicio de Pastoral pueden ser:
- Ayudar al enfermo y a la familia a conocer y asumir la realidad de la enfermedad.
- Animar la colaboración de todos los miembros implicados no dejando a uno solo la dedicación al enfermo, mentalizando para el cuidado del enfermo y el autocuidado de la familia y apoyar para el desempeño de su papel.
- Educar para vivir los valores auténticos que la enfermedad no pone en crisis: la solidaridad, la gratuidad, haciendo de la enfermedad una ocasión de aprendizaje y entrenamiento, abriendo a sus miembros a la realidad de la enfermedad, del dolor y de la muerte.
- Atender la dimensión espiritual del enfermo y de los demás miembros para que les ayude a descubrir un sentido a lo que vive.
- Formar a la familia en aspectos importantes de apoyo al enfermo como: informar al enfermo, respetarle, transmitirle la fuerza que él no tiene, hacer crecer la fuerza que ha perdido en sí mismo, “aguantarle” los días malos y el desánimo, ayudarle a sobrellevar la enfermedad, evitar la soledad y el aislamiento del enfermo, ayudarle a la reinserción social.
- Preparar para las pérdidas y en su caso colaborar en prevenir el duelo patológico.

18- Constituciones de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Año 1984. Nº 3b

19- Valero Hurtado L. (coor). "El Servicio de Pastoral de la Salud". Hermanos de San Juan de Dios Provincia Bética. Sevilla: 2003.

5.3.2. Anunciar el Evangelio al enfermo y a su familia:

Para anunciar el Evangelio a los enfermos y familias, creo que es importante destacar cuál es la función simbólica que desempeña hoy el agente de pastoral de la salud en el contexto del enfermo y cuál es su actividad principal, como es anunciar con sus palabras, actitudes y acciones la esencia del mensaje evangélico ofreciendo, por tanto, motivos para la esperanza.

_ Función simbólica del agente de pastoral²⁰.

El agente de pastoral, sobre todo el sacerdote, es una referencia simbólica que genera en los creyentes una percepción positiva al evocar en el paciente realidades como Dios, Iglesia, comunidad, fe, perdón, solicitud, curación. Es en estos momentos de experiencia positiva del símbolo del ministro cuando se puede aportar una significativa ayuda a recomponer sus relaciones con Dios.

Por el contrario, si la figura del capellán evoca una experiencia negativa al enfermo y a su familia difícilmente podremos llevar a cabo un trabajo pastoral. El rol simbólico del agente de pastoral puede generar o no rechazo en las personas alejadas de la Iglesia y en los no creyentes, independientemente de quién y cómo lo ejerza.

El respetar al no creyente o al indiferente no quiere decir que el agente de pastoral no deba acercarse y ofrecerse como experto en acompañar la situación de enfermar desde el amor cristiano y ayudarles a una reconciliación con su propia existencia. Una actitud especial de sencillez, cercanía afectiva y disponibilidad respetuosa pueden servir de ayuda en el acercamiento pastoral a este grupo de personas.

Para desarrollar eficazmente esta labor, algunas cualidades importantes para el agente de pastoral son la sensibilidad y capacidad de escucha, la capacidad de sintonía con la historia personal del paciente, la confianza y habilidad para convertirse en amigo de otros, una personalidad abierta y flexible, cortesía y amabilidad, capacidad de aceptar el rechazo sin

sentirse personalmente ofendido, prudencia y discreción, disponibilidad y prontitud²¹.

_ Anunciar con credibilidad el núcleo de la fe.⁵

Una tarea esencial para la Pastoral de la Salud es anunciar con credibilidad lo más nuclear de la fe ofreciendo un testimonio transparente y coherente del amor de Dios a los hombres, revelado en Jesucristo, despertando al mismo tiempo con iniciativas adecuadas el interés religioso dormido o extinguido.

_ Para ello, es imprescindible sintonizar en profundidad con las personas y utilizar un lenguaje apropiado²², ya que un lenguaje no comprendido produce indiferencia. Debe ser un lenguaje que traduzca y comunique la experiencia cristiana de tal forma que en la masa de los indiferentes puedan sonar nuevamente palabras de vida y de salvación.

Este lenguaje en el caso de la experiencia de enfermar necesita de agentes de pastoral de la salud que vivan con gozo su misión evangelizadora y, en palabras de Riesco Álvarez²³, *“desarrollen la capacidad de amar a quien sufre, haciéndolo de manera que el otro no se sienta herido en su dignidad personal. Esta tarea supone que quien sirve lo hace con espontaneidad, como algo que le brota naturalmente. A la base de esta espontaneidad, se necesita una personalidad sencilla, comprensiva, sensible al dolor del otro y, al mismo tiempo, suficientemente equilibrada y segura”*.

Riesco insiste en que *“ser capaz de dedicarse “con gozo” a la asistencia de quien sufre manifiesta que, ante el sufrimiento del otro, uno se siente movido a ofrecerle la propia vida y está dispuesto a acompañarle en su dolor, no sólo realizando unos gestos externos, sino a partir de una capacidad de entrega que brota de un corazón muy sensible y de una solidez interior, que le permiten conjugar la conmoción que se siente ante el dolor de un semejante con las actitudes y gestos que traslucen un mensaje de amor a la vida. Cuando alguien descubre dentro de sí esta capacidad de reacción ante el sufrimiento, puede vivir el gozo profundo de dedicar la propia existencia a quien sufre, porque le está posibilitando descubrir que*

20- Comité de Ética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Provincia de Castilla. Compartiendo ese tiempo del enfermo terminal. Madrid: 1992.
21- Martínez Cortés J, et al. El Sacerdote en el Acompañamiento al Final de la Vida, en Gómez Sancho M, et al. "Medicina Paliativa en la Cultura Latina". Madrid: 1999. Ediciones Arán: 987-994.
5- Jiménez Ortiz A. Por los Caminos de la Incredencia: la fe en Diálogo. Madrid: 1996. Editorial CCS.
22- Pangrazzi A. El Mosaico de la Misericordia. La Relación de Ayuda en la Pastoral Sanitaria. Santander: 1990. Editorial Sal Terrae.
23- Riesco Valentín. A. O.H. "Visión de la Persona en la Orden Hospitalaria". Actas del Congreso de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España sobre "Dimensión Evangelizadora de Nuestros Centros". Benidorm, 18-19 Enero 2001.

su vida es significativa, tiene valor en sí misma, hasta el punto de merecer ser amada”.

Y finaliza afirmando que *“servir con gozo significa hacerlo de manera que toda la persona se exteriorice en el gesto, permitiendo que el gesto transmita lo que interiormente se vive. Esto supone haber descubierto el significado del cuerpo como mediación de comunicación de los propios sentimientos y un buen nivel de integración y madurez de la propia afectividad y sexualidad. Pocas cosas son tan estimulantes para quien sufre, como descubrir ante él una mirada cargada de afecto, una sonrisa comprensiva, unos gestos relajados, un cuerpo sereno”.*

5.3.3. Celebrar la fe y los sacramentos

En la acción pastoral ante el creyente, el capellán y agentes de pastoral de la salud han de estar suficientemente atentos para saber dar el paso oportuno desde un acompañamiento humanizador y evangelizador, a la celebración de la fe y de los sacramentos. Sabemos que las personas alejadas de la fe o de la Iglesia pueden encontrar en la oración y en la celebración sacramental un vínculo de unión con Dios que conecta con su historia personal, aunque en ese momento de la vida haya abandonado la práctica religiosa o su fe se haya debilitado.

El papel del sacerdote adquiere pleno sentido también cuando, además de haber favorecido la comunicación y relaciones interpersonales, sabe “ofrecer” otras dimensiones de la vida de fe de la Iglesia en toda su riqueza y plenitud como son entre otras:

- _ Ser vehículo de desahogo espiritual del enfermo y su familia mediante todo tipo de encuentro facilitando conversaciones explícitas sobre la fe, Dios, la otra vida, el sufrimiento, a modo de encuentro espiritual.
- _ Ayudar a redescubrir y depurar la imagen auténtica de Dios, como Padre y Señor de la vida que acoge y perdona.
- _ Presentar a Jesús como salvador, el Resucitado, que también ha pasado por el mismo proceso de sufrimiento y muerte.
- _ La enfermedad, además, no se explica ni se razona

desde la fe, sino que se ilumina y se vive desde ella.

- _ Manifestar un respeto máximo a sus creencias, pues por parte del agente de pastoral se trata de exponer el Mensaje y nunca de imponerlo.
- _ Orar con el enfermo y con la familia e invitar a la participación de las celebraciones litúrgicas.
- _ Desarrollar el papel del sacerdote como guía espiritual y confesor y experto en facilitar las relaciones humanas.

Se trata en todo caso, como ya otros han dicho, de confirmar la fe donde está presente, aportar un desafío nuevo donde esté dormida y asegurar un soporte donde esté creciendo.

20- Comité de Ética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Provincia de Castilla. Compartiendo ese tiempo del enfermo terminal. Madrid; 1992.

El mundo sanitario y la pastoral de la salud. ¿Próximos o lejanos?

Luces y sombras

> Arturo Fuentes Varela
Médico Pediatra. Ourense.

El Dr. Fuentes pone la mirada en el horizonte donde se debanan, separándose y confundiéndose, los conceptos de dos perspectivas y quizás una sola realidad: mundo sanitario y pastoral de la salud.

En la siguiente reflexión, el autor ha pretendido explicar cómo "mundo sanitario" y "pastoral de la salud", no son dos realidades extrañas la una a la otra respectivamente, sino dos dimensiones o puntos de vista sobre un mismo problema, el de la salud y los enfermos, que están llamadas a desenvolverse armónicamente e implicarse simbióticamente, sin perder el carácter peculiar de cada una: la "eclesialidad" de la Pastoral de la salud y la "autonomía propia de las realidades creadas" del Mundo sanitario. No obstante, en la actualidad de nuestra sociedad, fuertemente secularizada, se perciben dificultades para llevar a cabo este ensamblaje. ▶

Mundo Sanitario, constituido por el hecho del enfermar y poder ser cuidado y curado; por la presencia de los profesionales (enfermeras, auxiliares, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, farmacéuticos, etc.) y los avances de las ciencias y tecnologías biomédicas. Mundo sanitario constituido también por la dimensión política del principio justicia, la equidad en las prestaciones cuando todos tenemos derecho a una asistencia sanitaria con pretensiones de "completa" ("completo estado de bienestar físico, síquico y social").

Pastoral de la Salud, constituido también por la presencia de los propios enfermos y sus familias; por los profesionales que de modo interdisciplinar les cuidan y atienden en sus necesidades de curación; por las adquisiciones de las ciencias de la salud que permiten afrontamientos más integrales de los procesos saludables; todo ello vivido, interpretado y asumido desde una dimensión eclesial.

La eclesialidad es la dimensión que califica una actuación específica en el mundo de la salud y de los enfermos como Pastoral de la salud. La Pastoral de la salud es una acción de la Iglesia; no de individuos particulares. Precisaré de agentes concretos, con la actitud y formación adecuadas para este menester, vocacionados para este servicio que lo es de rango eclesial y no privado. Es una llamada a todos los cristianos el que *"la vocación a la asistencia sanitaria sea sentida y vivida como misión propia de la Iglesia y de todas sus miembros"*¹.

Si la "eclesialidad" es la dimensión propia de la Pastoral de la Salud, el mundo sanitario reclama la autonomía propia de las realidades terrenas, conforme afirma el Concilio Vaticano II: *"las cosas creadas y la sociedad misma gozan de propias leyes y valores, que el hombre ha de descubrir, emplear y ordenar poco a poco; ... pues por la propia naturaleza de la creación, todas las cosas están dotadas de consistencia, verdad y bondad propias y de un propio orden regulado, que el hombre debe respetar, con el reconocimiento de la metodología particular de cada ciencia o arte"*².

Es importante dejar bien a las claras anotada la "justa autonomía" del mundo sanitario. Porque

muchos contemporáneos están reticentes ante cualquier estrecha vinculación entre la actividad humana y la religión. Reticencias por parte de los profesionales, en general, dado que el proceso de secularización se continúa incrementando en el mundo sanitario, poniendo más interés en el descubrimiento de medios técnicos, que en la búsqueda de sentido y reticencias por parte de los usuarios-pacientes, que reclaman la autonomía con nuevo cuño, asumiendo las decisiones sobre su propio cuerpo, sobre su propia vida.

La Pastoral de la Salud tiene que asumir de modo exquisito esa autonomía para no falsificar, deambulando por vericuetos ininteligibles, su ser dadora de sentido: dar sentido al sufrimiento, dar sentido a la entrega de familiares y profesionales, dar sentido a la propia tarea sanitaria reconociendo los valores éticos que humanizan el sistema, etc., *"poniendo a disposición del género humano el poder salvador que la Iglesia, conducida por el Espíritu Santo, ha recibido de su Fundador"*³.

Como creyente en Jesús, intuyo que hay un acercamiento armónico entre ambas realidades o miradas del mundo de la salud-enfermedad. No me cabe duda de que están llamadas a integrarse, siendo así la mejor manera de vivir la salud y la enfermedad aquella que se mantiene abierta a la totalidad, a la trascendencia, a una visión de fe, en referencia al Señor muerto y resucitado que encarnamos como Iglesia-comunidad.

Porque, aún teniendo sumo respeto de la autonomía de las realidades humanas, de la libertad de conciencia, de las opciones personales,... de enfermos, familias, profesionales y sociedad, los creyentes en Jesús de Nazaret no podemos dejar de estar atentos a la dimensión de una salud que esté abierta a la salvación y a ver en cada enfermo el icono de Jesús.

En primer lugar porque en la propia praxis de Nuestro Señor Jesucristo, narrada en los evangelios, su actuación a favor de la salud y de los enfermos ocupa un lugar y peso considerablemente significativo.

En segundo lugar, porque la comunidad cristiana se constituyó desde su origen con ministerios al servicio de la salud y de los enfermos.

1- Los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud. n.º 7. Pontificia comisión para la Pastoral de los agentes sanitarios.

2- GS.36

3- El mundo de la salud y de la enfermedad a examen, en I Congreso Iglesia y Salud. Madrid 1995, 100-101

4- GS.3

En tercer lugar, porque la reflexión creyente a lo largo de la historia de la Iglesia ha descubierto que en esa realidad del enfermar y del sufrimiento se juegan valores importantes, fundantes, radicales que Jesús abrió a la salvación definitiva.

Un cuarto aspecto del gran encuentro o simbiosis entre "Mundo Sanitario" y "Pastoral de la Salud" lo aporta el propio contexto sacramental en el que la Iglesia propone hoy la Unción de Enfermos.

Al hacer recuento de los servicios que puede poner en marcha la Comunidad Eclesial a favor del cuidado y la curación de los enfermos está el gesto sacramental de la "Unción", que garantiza dicha curación y el fortalecimiento del enfermo mediante la gracia del Espíritu Santo.

Sin ninguna duda es un gesto terapéutico el "ungir con aceite" en un contexto de sanación; pero no es un rito de magia. La unción no actúa como una medicina corporal ni sustituye los esfuerzos terapéuticos. Dios puede escuchar la oración del ministro y de los fieles haciendo que la técnica y los cuidados médicos mitiguen los dolores del enfermo, alivien, fortalezcan y mejoren su estado e incluso le devuelvan la salud.

La Iglesia no puede prometer al enfermo la curación corporal de manera incondicional, ya que no cuenta con ninguna promesa de Dios que le garantice de forma absoluta la consecución de bienes temporales; pero aún así, el sacramento de los enfermos no es una realidad totalmente separable de los cuidados de los enfermos. La celebración de la Unción manifiesta públicamente que Dios no está ausente de esta tarea, sino que, presente en el corazón mismo de la vida del ser humano, le quiere curar, en el sentido más pleno de la palabra, salvarle.

Por eso, aún en la vecindad de los que se sitúan lejos de esta visión (enfermos, profesionales, científicos, políticos, determinadas propuestas sociales, etc.) no podemos los creyentes dejar de construir hoy la Iglesia de Jesús como una comunidad de referencia

que da prioridad a la salud⁵, da preferencia a los enfermos, se afana y es solícita en su disposición cuidadora y terapéutica, se hace próxima a las necesidades de los "heridos", ella misma construida por sanadores-heridos; da sentido al sufrimiento, asociándolo al de Cristo, quien supo hacer de él una fuente de hacer el bien y capacitar al sufriente para abrirse a la gracia que transforma a las personas.

Este preámbulo quiere ser una declaración de intenciones: me decanto personalmente por esa visión de la realidad del mundo de la salud y de los enfermos que propone una unión armónica entre lo que aportan las estructuras "civiles" que llamamos "mundo sanitario" en toda su complejidad y la visión "eclesial" que tiene puntos de mira para esa misma realidad y que llamamos "pastoral de la salud".

Pero algún matiz es preciso destacar para evitar la confusión, que no la composición armónica. Y me quiero referir, para ilustrar el contraste, al hecho de que si bien ya muy pronto iniciada la Edad Media se sientan las bases que compatibilizan la medicina pagana con la vivencia y el ejercicio de la fe cristiana - a partir de Orígenes, "los buenos terapeutas cristianos percibieron con claridad que religión y medicina podían y debían ir hermanadas, y que la ética cristiana exigía toda la perfección técnica posible en la asistencia a los enfermos"¹⁰ - sin embargo la Iglesia oficial evitó, en su momento, el riesgo de someter el elemento científico del ejercicio profesional al imperio de los modos religiosos, predominantemente clericales, prohibiendo el ejercicio de la profesión médica a los clérigos¹¹ y promoviendo la creación de Escuelas de Medicina, así como las Facultades de Medicina en las Universidades. A partir del siglo XII el ejercicio de la medicina fue eminentemente laical.

¿Qué quiso significar este cambio? El ministerio ordenado se reservaba el ejercicio terapéutico de la oración por el enfermo, de la unción sacramental y del perdón de los pecados; mientras los laicos se consagraban a trabajar dentro del marco de la

5- J. Feiner. La Unción de los enfermos en *Mysterium Salutis* vol.V pag.514.

6- Rudesindo Delgado Pérez. La Unción de enfermos en la comunidad cristiana, hoy. Curso Sacramentos nº17 Fundación Santa María. Pag.59.

7- Rudesindo Delgado, op.cit. pag.59.

8- Jn.10,10.

9- S.D., 27

10- J. Conde, La aportación de la Iglesia a la sanidad. Labor Hospitalaria; nº223.1992. pag.74.

11- Lain Entralgo, P. en "La relación médico-enfermo", ed. Alianza (1983) 1º edc.pag.142, cita los siguientes sinodos que prohíben a los clérigos el ejercicio de la medicina: Clermont (1130), Reims (1131), Londres (1138), Letrán (1139), Montpellier (1162 y 1195), Tours (1163), París (1212).

“autonomía de las realidades terrenas”, desde donde cupiese entender este concepto por entonces. Las prácticas médicas, farmacéuticas, quirúrgicas..., quedaban en manos de los laicos.

La segregación tenía su parte positiva: salvaguardar el valor trascendente de la acción terapéutica sacramental; no confundir religión con magia. Quizás también tuvo de bueno el evitar un cúmulo de poder insospechado en la clase clerical en épocas proclives al cesaropapismo.

Evitar conscientemente tentaciones de poder ayudó a redescubrir o a potenciar el contenido del cuidado a los enfermos como un servicio en cuya dedicación se manifiesta el amor de Dios. De ahí que el mundo sanitario sea tierra de vocaciones consagradas. Abandonada la Edad Media, la Moderna se caracteriza por la aparición de multitud de Ordenes Hospitalarias, cuyo testimonio evangelizador llega hasta nuestros días. Una señal más de que nuestra tradición occidental y cristiana compatibilizó de forma ejemplar Mundo Sanitario y Pastoral de la Salud.

¿Cómo podemos ahora actualizar la reflexión después de este atrevido deambular por mi parte por los vericuetos de una historia compleja y más complicada que mi parva visión simplificadora?

Algunas “encrucijadas sensibles”

Puestos sintéticamente los preámbulos de una visión armónica e integrada entre Mundo Sanitario y Pastoral de la Salud, vamos a referir ahora algunas “encrucijadas sensibles” del mundo “real”, o momentos que se dan en el desarrollo ordinario de ambas perspectivas que viviendo sucesos o puntos de vista relativos al mundo de la salud y de los enfermos, dan como resultado encuentro o desencuentro, proximidad o lejanía, simbiosis o rechazo.

1. Necesidades de salud de las personas.

Una manera de conocer la proximidad o lejanía del mundo sanitario y la pastoral de la salud es preguntándonos qué tanto de una y de otra responden a las necesidades de salud de las personas; o dicho de otra manera, como se preguntaba Francisco Alvarez en el I Congreso Iglesia-Salud¹²: ¿La salud a la que aspiran los hombres y mujeres de nuestra sociedad tiene relación con el Evangelio anunciado por la Iglesia?

Quizás sea un falso dilema o respuesta insuficiente el explicarlo del siguiente modo:

_ Hay posibilidad de encuentro entre ambas perspectivas cuando las dimensiones de la salud solicitada y a su vez ofrecida, están en la línea de ver la persona entera, de la salud integral, de una salud abierta a la trascendencia, abierta a la salvación.

_ No hay encuentro cuando lo que se solicita por parte de los enfermos, o se ofrece por cuenta de las instituciones, es un mero parcheo de órganos quebrados, sin que se dé importancia a la repercusión que sobre la persona entera conlleva.

Porque este análisis, desde el punto de vista de la pastoral de la salud, nos puede empujar a caer en dos tentaciones:

a) No ofrecer una salud abierta al que sólo solicita “parcheo”. “Respetar”.

b) Ofrecer “a la fuerza”, si esto fuese posible, una salud abierta a quien no lo solicita, creándole necesidades que previamente no percibía. “Forzar”.

Más allá de ambas tentaciones el dinamismo pastoral nos intentará motivar y nos enseñará a no estar lejos, respetuosamente, de quien no percibe la necesidad de una sanación más amplia, sin forzar propuestas que no reconoce en su momento; así como evitar catalogar como “lejano” al que sólo cree necesitar parcheo¹³.

En el mundo sanitario “oficial” de nuestros días, la propuesta de salud aunque abierta al bienestar

12-I Congreso Iglesia y Salud. 2º Ponencia, pág. 107
13-Cfr. : Mc. 10, 51.

(“completo estado de bienestar”), lo cierto es que va impresa con la marca de lo utópico, tan ausente en la mayoría de otras propuestas¹⁴. Hay un modo de aprovecharse de estas “necesidades crecientes de salud” y lo sabe muy bien la industria tecnosanitaria, que aporta continuamente nuevos remedios para ser “consumidos” dado que nunca conseguimos ese estado ideal de salud permanente. También los políticos se aprovechan de esta pujanza que da a los votos el cubrir con tecnologías necesidades insatisfechas y crecientes: todavía no tenemos resuelto el problema de las listas de espera en cuestiones más básicas de salud general y ya se nos proponen programas de búsqueda de nuevas patologías. Y siendo bueno, en una sociedad organizada, las posibilidades técnicas y económicas de lograr arrancarle a los potenciales de salud nuevos niveles, lo cierto es que quedan en la actualidad muchos flecos (gasto farmacéutico creciente, mayor insatisfacción y patologías generadas por las propias listas de espera, ...).

En todo esto nos aparece que la “aspiración de salud” es algo acrecentable; las personas no se contentan con unos mínimos; que la insatisfacción que conllevan propuestas insuficientes tiene como resultado el incremento de las patologías.

Creo que hay una capacidad de nuevas propuestas desde la Pastoral de la Salud, completamente integrables en el Mundo Sanitario, en forma de programas que nos motiven y enseñen para asumir nuestro propio proyecto de salud, que nos eduquen en salud, que descubramos la responsabilidad en nuestro propio cuidado y la responsabilidad colectiva que representan los bienes de salud, aprender el gozo de vivir sanos, etc. Además, hoy, hay propuestas desde la psico-somática, desde la medicina holística, desde los dinamismos de crecimiento personal, etc. que pueden sustentar de forma moderna y actual la capacidad de ser evangelizadas. El acoger desde su pequeña carga utópica el concepto de salud de nuestros contemporáneos puede ser parte del compromiso evangelizador de los cristianos de hoy, desde ese “esfuerzo orientado al anuncio del Evangelio a los hombres de nuestro tiempo”¹⁵.

Pablo VI acoge el término salud con esta ambigüedad e indefinición, pero con su potencialidad de ser recibida por los contemporáneos con cierta



14- J.L. Ruiz de la Peña. La Pascua de la Creación.
Sapientia Fidei. Pág. 10.
15- Evangelii Nuntiandi n° 1

apertura y utopía, y la usa para desear algo bueno para todos, y algo bueno que también es signo de los tiempos mesiánicos; es decir, utiliza de forma evangelizadora la expresión salud para acercarse a los cristianos del siglo XX: *"Venerables hermanos y amados hijos: salud y bendición"*¹⁶.

Quiero ver en este uso de Pablo VI en una encíclica central de su pontificado y que ha pervivido de manifiesta actualidad hasta nuestros días, un ejemplo de lo que estamos reflexionando. Cómo el uso de una encrucijada, en este caso el término *"salud"*, tan constreñido por la secularidad aportándole el contenido de *"bienestar"*, puede ser alzado al mundo de la evangelización cuando aprovechamos la carga utópica que porta, las aspiraciones a una salud integral que deja intuir, si no en su literalidad, sí en el ánimo de acogida de los contemporáneos.

2. Respuesta a las evidencias del "mal".

Pero no sólo es importante tomar conciencia de si se da respuesta, desde el Mundo Sanitario y la Pastoral de la Salud, a las aspiraciones de salud que tienen las personas. Otra perspectiva importante, momento también de encuentro y desencuentro, es el analizar de qué modo se le da, desde cada instancia, respuesta a las evidencias del mal¹⁷.

Para el mundo de la salud que acostumbramos a vivir, secularizado, celoso de su autonomía, proponente con frecuencia de terapias consumistas e intranscendentes al lado de grandes conquistas, el problema del mal no es más que una evidencia empírica, y si alguien pudiese estar detrás del problema del "mal", cosa que no cree, sería un enemigo de la humanidad. Para el mundo sanitario la cuestión en marcha es poder alcanzar cotas de salud arrancando quebranto, sufrimiento y dolor al "mal". Y con un sentido prác-

tico y utilitarista, en una línea de resolver problemas evidentes, acomete investigaciones que le permiten adquirir logros terapéuticos insospechados; aunque no siempre, por posibles, sean necesarias y adecuadas dichas búsquedas. Y así dentro del propio mundo sanitario los progresos científicos para luchar contra las enfermedades son a la vez que fuente de interés y de consuelo, generadores de reserva e inquietud¹⁸.

El mundo sanitario por sí mismo toma nota del *"mal"* pero no tiene teoría para justificarlo; y parece una evidencia en la historia de la humanidad que el problema del mal, la justificación del mal, no es racionalizable¹⁹.

Pero lo cierto es que sin explicar el mal, la propuesta evangelizadora desde la Pastoral de la Salud para el Mundo Sanitario debe aportar sentido a la enfermedad y al sufrimiento; porque desde la fe sabemos que ni la enfermedad ni el sufrimiento²⁰ tienen la última palabra, que la enfermedad puede ponernos en contacto con el interior de nosotros mismos, puede ayudarnos a descubrir nuestros puntos negativos, puede ayudarnos a descargar a tiempo los acúmulos nocivos de una biografía sobretensionada que nos permitirán sanarnos a tiempo; etc.²¹. Desde una visión mística de fe, podemos vivir la enfermedad como la cruz que nos toca cargar en la tarea de cristificarnos y lo mismo diríamos del sufrimiento²² que, a fuer de incombustible en ocasiones, debe desembocar en una Pascua (muerte/resurrección). Pero además, para la Pastoral de la salud, para la Iglesia, *"el hombre se convierte de modo particular en camino de la Iglesia, cuando en su vida entra el sufrimiento"*. (Visión importante para confrontar con otras propuestas que ante el sufrimiento de la madre proponen el aborto, ante el sufrimiento de los individuos la eutanasia).

¿Pero estas visiones desde la fe, son comunicables en el Mundo sanitario? Parece que no serían adecuadas estas propuestas de sentido para quien no ha recorrido un proceso de crecimiento en la fe. Con todas las reservas para la acción del Espíritu Santo en cada ser humano, diríamos que no nos entendería el no creyente, que el "no iniciado" no sabría encajar

16- E.N. preámbulo.

17- Cfr. : G.S. 18,b..

18- Pilar Nuñez. Comités nacionales y supranacionales de bioética. Dilemas éticos de la medicina actual nº16 . 2003. Pág. 139.

19- En nuestro ámbito cultural ver todas las nuevas teologías.

20- Salvifici Doloris nº1: "La alegría deriva del descubrimiento del sentido del sufrimiento".

21- A.Grün. La salud como tarea espiritual. Narcea. Pág.21.

22- SD.nº3.

las piezas del puzzle que le proponemos construir en trecho tan difícil y misterioso.

Pero también es cierto que hay propuestas cristianas que han sido apropiadas por el Mundo Sanitario y hoy no se entenderían muchos de los valores comunes que sustentan el sistema sin la cimentación históricamente evangélica de las mismas: la solidaridad con los que sufren haciéndose cercano a ellos, motivando a compasión, cuidándolos, asumiendo sus necesidades que ya no son capaces de cubrir (Lc.10, 30-37); el afirmar con rotundidad la no culpabilidad del enfermo en el enfermar (Jn.9, 2-3); la centralidad del servicio a los otros en la promoción del Reino (Lc.22, 27).

Si cuajaron en nuestra cultura esas proposiciones y no sería históricamente entendible nuestro mundo sanitario sin hacer referencia a ellas, ¿cómo no aspirar a que la invitación neotestamentaria²³ de dar sentido a la cruz y al sufrimiento no pueda ser acogida por nuestros contemporáneos como una propuesta saludable? La Iglesia, en tanto, *"está obligada a buscar el encuentro con el hombre, de modo particular en el camino del sufrimiento"*²⁴.

3. La centralidad de servicio al enfermo.

Con mayores o menores coincidencias en los temas previamente tratados, tanto al Mundo Sanitario como a la Pastoral de la Salud les incumbe el servicio: estar al servicio de los usuarios y pacientes, de los enfermos y enfermas.

Constatamos que así como en las cuestiones previas la falta de encuentros es patente, en este tema del servicio en la asistencia sanitaria, la reflexión y el compromiso desde la Pastoral de la Salud ha sido un ejemplo de camino a recorrer juntos como posible cauce de encuentro sin fisuras.

Si lo vemos con los ojos de un PROSAC (Profesionales sanitarios cristianos) observamos

cómo las reflexiones suscitada sobre la humanización de la asistencia (I Jornadas Nacionales PROSAC, El Espinar 1987) y el compromiso que asumieron muchos profesionales del mundo de la salud en dicha línea, cuajó en experiencias notables. Lo mismo podríamos decir de la asistencia a los enfermos más necesitados y desasistidos (II Jornadas Nacionales PROSAC, Zaragoza 1988), del acompañar en el proceso de morir y en los cuidados paliativos (VII Jornadas Nacionales, Poio 1993), o el cuidado de la salud de los propios profesionales (VIII Jornadas Nacionales, Pilas 1994), etc..., forman parte del acervo cultural del mundo sanitario español del momento.

Que se reconozca su fontalidad cristiana quizás requiera un proceso de formación y argumentación adecuado a las exigencias intelectuales de quien lo cuestione; pero como dinamismos evangelizadores ahí están presentes y actuando en nuestro hoy.

Pero a pesar del proyecto de encuentro y simbiótico que se puede llevar a cabo desde la colaboración en el mismo servicio a los enfermos y a la sociedad en el campo de la salud y el enfermar, también se aprecia un matiz diferencial que es preciso destacar y que se explica por el distinto contenido que aporta a la responsabilidad de los profesionales el principio de beneficencia escrutado desde una ética civil, siempre ética de mínimos²⁵, o desde una ética religiosa, ética de máximos, en la que se proponen ideales, aspiraciones a la perfección, llamadas heroicas en ocasiones, un modelo de vida feliz,... en razón de las creencias o la imitación del líder.

En nuestro caso, el servicio propuesto por una ética de "mínimos" tiene como lectura profesional ciertas exigencias: coherencia, honradez, puesta al día de los conocimientos, respeto a las leyes que nos implican, cumplimiento de horarios laborales, cumplimiento de la documentación exigida a cada estamento, la buena educación en el trato con usuarios, pacientes y compañeros, etc.

En el caso de una ética de "máximos", que indudablemente está en nuestro caso directamente relacionada con la vocación cristiana²⁶, además de llevar implícitas las exigencias de "mínimos" relatadas anteriormente, se invita a un plus según

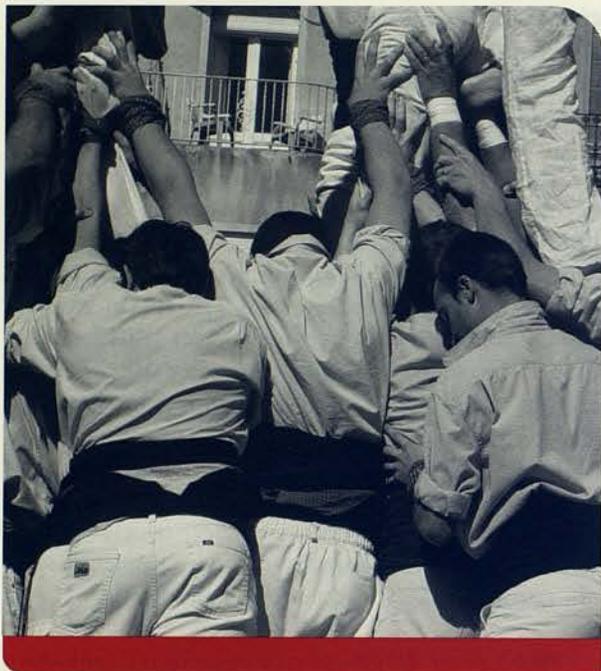
23- cfr.:Flp.3,10-11; Act.14,22

24- SD. n°3

25- A.Cortina. Modelos éticos y fundamentación de la ética en La pregunta por la ética. Publicaciones UPSA p.41-56.

26- I Pe.4,10.

27- Cfr.:Mt.5,39-41; 5,43-48; 18,22; 22,39; Lc.10,30-37.



el proyecto de perfección que cada uno personalmente pueda acoger; el servicio honrado se rodea de gozo de servir, la “buena educación” en el trato con los pacientes se llena de cercanía, proximidad, empatía, servicio desinteresado, compasión, disponibilidad,... hasta los horarios laborales se alargan y se dan con generosidad por fidelidad al enfermo, o al servicio de un trabajo en equipo, etc.

La gestión civil del mundo sanitario solo puede hacer propuestas de honradez y supone una base de gestión y política honesta y responsable; mientras que desde la Pastoral de la salud se puede motivar a ideales, aspiraciones a la perfección, al cumplimiento de una misión de servicio en su proceso de imitación de Jesús, que vino a servir y no a ser servido²⁸. Por eso, desde una visión eclesial y de vocación cristiana el mundo de la salud y de la enfermedad es tierra de vocaciones consagradas, de inmenso voluntariado, de profesionales que encuentran en el desempeño de su profesión, sentido para su vida y un modo de crecer como creyentes y como personas, un camino para ser santos²⁹.

Incluimos también aquí una reflexión sobre el gasto económico en el Mundo Sanitario, donde la propuesta cristiana es integrable con las propuestas

de gestión en cuanto se habla de optimizar los recursos que por definición son limitados, con un reparto equitativo de las prestaciones, al alcance de todos los individuos. El que llegue a toda la población mundial una asistencia digna es una pretensión de los cristianos que nos llevará a no circunscribir los problemas de asistencia sanitaria exclusivamente a nuestras fronteras. Un matiz de colaboración solidaria en materia de asistencia sanitaria con países pobres puede ser un proyecto “**signo**” promovido desde la Pastoral de la Salud de la Iglesia española. Y no me estoy refiriendo a prestaciones puntuales que sí están aportándose a través de las distintas asociaciones y organismos eclesiales encargados de esta tarea solidaria. Me refiero a ese “**proyecto signo**” de solidaridad en el mundo sanitario que signifique también una evangelización de la globalización en este área, para que cuando digamos “**salud para todos**” nos estemos refiriendo a todas las personas que habitan el planeta, sin discriminación alguna; para que cuando digamos “**atención universal**”, incluyamos a todos los ciudadanos de la tierra y no sólo a cuarenta y cuatro millones de españoles.

Entraría también en este capítulo de análisis del mundo sanitario, los servicios y la economía, una reflexión sobre el matiz que se le está dando en los medios de información al fundamento de la atención universal y reparto equitativo de prestaciones en nuestra sanidad, que no es en base al “¡sálvese quien pueda!” que tiene su traducción bancaria en los anuncios de prensa, radio y televisión animando a cada ciudadano a preparar sus planes económicos para el futuro, porque el sistema puede quebrar.

Sin hacer de menos al sistema de seguros que representa un modo de gestión económica en sociedades de la complejidad de la nuestra, desde Pastoral de la Salud y desde las propuestas evangelizadoras en la actualidad, hay que hacer énfasis en que el milagro de una sanidad “**más organizada que menos**”, a pesar de sus sombras, con logros que pueden llegar a ser coyunturalmente irrepetibles como ha sido la “**prestación universal**” con carácter equitativo, con cotas tan altas como en la española, es fruto de opciones sociales, políticas y legislativas de solidaridad. El milagro estuvo en la solidaridad³⁰ y hay que insistir en ello. Con “planes de seguro” hay salud y bienestar para unos pocos; con “solidaridad”

28- Mt.20,28; Jn.13,14-15.

29- Ch.L.17.

30- Ch.L. 42 h.

hay prestación universal y de calidad en un mundo sanitario bien gestionado y honradamente servido.

3. El mundo de la bioética.

Donde se pretende conscientemente que se haga un lugar de encuentro entre la pluralidad de opciones es en el mundo de la bioética.

En un mundo en el que tanto históricamente como en el presente se viven desencuentros violentos, también creemos en la capacidad de encuentro entre toda la humanidad sin renunciar a lo mejor de nosotros mismos.

Nuestra generación ha vivido el auge de la bioética y desde el mundo de la salud la recibimos como un instrumento que nos ayuda al diálogo, a promover el crecimiento moral de los individuos, instituciones y sociedades, y a resolver conflictos.

No hace falta de nuevo insistir en el protagonismo que ha tenido en nuestro medio los teólogos morales en el desarrollo y divulgación de la bioética, así como personajes significativos del mundo intelectual español, que se confiesan creyentes y que colaboran con las delegaciones de pastoral de la salud, en sus planes de formación, temarios, congresos.

Quiero citar expresamente aquí la línea de militancia que identifica a los PROSAC y que en sus estatutos, promovidos por la Conferencia Episcopal Española, señala como uno de sus fines **"ayudar a los agentes sanitarios en su formación en bioética"**³¹. En el plan cuatrienal 2001-2004 mantiene como objetivos: el elaborar criterios de orientación bioética ante situaciones concretas y problemáticas; mantener los seminarios de bioética como claves de la formación en esta militancia cristiana; e impulsar el compromiso de los PROSAC en asociaciones civiles de bioética, para ser "fermento en la masa" y no constituirse en grupo de privilegiados, de los que poseen la verdad.

Cito estas realidades como luces que despuntan

31- Estatutos PROSAC 3.3
32- Ecclesiam Suam. 60
33- E. S. 56
34- E. S. 58

en el deambular de la Pastoral de la Salud en España en los últimos decenios del siglo XX y en el despertar del siglo XXI. Naciendo dichas actitudes evangelizadoras del espíritu surgido con el Concilio Vaticano II, que el Papa Pablo VI expresaba así: **"la Iglesia debe entablar diálogo con el mundo en el que tiene que vivir"**³², porque **"será cosa en extremo oportuna que también el cristiano de hoy tenga siempre presente su original y admirable forma de vida"**³³; lo que supone una forma diferenciada de existencia, **"pero esta distinción no es separación"**³⁴.

En el mundo sanitario que vivimos ya no todos compartimos la misma fe, ni estimamos de igual manera y con el mismo peso los llamados "valores humanos". Pero es un mundo en el que son necesarias alianzas terapéuticas, consensos, toma de decisiones entre los implicados (enfermos, familias, profesionales, instituciones); apareciendo la bioética en este momento, con sus propuestas de análisis y métodos, como un instrumento fundamental.

Porque la apologética ya no es género que suscite credibilidad, precisamos acogernos a nuevos métodos de argumentación para entrar en diálogo. En nuestro contexto eclesial aún se denota una carencia de formación cristiana básica (una mayoría de creyentes se ha quedado a nivel de catequesis de confirmación), lo que conlleva una pobreza argumental a la hora de dar razones sobre nuestros criterios éticos.



Las argumentaciones “fundamentalistas” no cubren las aspiraciones razonables de interlocutores con distintas opciones morales; siendo la falta de formación, a argumentación acrítica, la defensa de los privilegios de clase, etc... las sombras que todavía aletean en el mundo de los que nos confesamos cristianos y trabajamos en el mundo sanitario. La necesidad de compartir en los Comités de Ética exige nuevos niveles de formación en los agentes cristianos de salud.

Pero también hay luces cuando personas concretas y asociaciones se ponen comprometidamente al servicio de la *“defensa de los derechos de las personas, en la salud o en la enfermedad, sin discriminación alguna por cualquier circunstancia”*³⁵. Este compromiso cuando se realiza desde una posición abierta,



argumentada y coherente, predispone a un mejor diálogo con las instituciones civiles, sin renunciar a la propia identidad cristiana y a colaborar con propuestas que significan avances morales en nuestra sociedad³⁶.

Cuando afrontamos los dilemas Bioética civil/Bioética cristiana, no estamos hablando de los que surgen de posiciones fundamentalistas, inmovilistas y acríticas, sino de aquellos que ineludiblemente aparecen en el seno del diálogo más serio entre intervinientes que desde el esfuerzo por buscar la verdad y respetar los valores humanos, discrepan en conciencia en elementos que no pueden compartir.

Para ratificar este esfuerzo por el diálogo en autenticidad, Juan Pablo II nos anima a continuar, entre otros, con este instrumento de la Bioética racional

y crítica: *“el pensamiento filosófico es a menudo el único ámbito de entendimiento y de diálogo con quienes no comparten nuestra fe”*³⁷. *“Con el nacimiento y desarrollo cada vez más extendido de la Bioética se favorece la reflexión y el diálogo –entre creyentes y no creyentes, así como entre creyentes de diversas religiones– sobre problemas éticos, incluso fundamentales, que afectan a la vida del hombre”*³⁸.

Hoy para ser evangelizadores en el mundo sanitario se exige de los agentes de la salud la “fidelidad ética”, lo que conlleva como responsabilidad para el militante que trabaja en Pastoral de la Salud formación cristiana en el sentido expresado en la Christifideles Laici: *“la formación cristiana como un continuo proceso personal*

*de maduración en la fe y de configuración con Cristo”*⁴⁰. Y en ello las delegaciones de Pastoral de la Salud, las asociaciones de militantes, las parroquias..., tienen cada una, un papel insustituible.

Conclusión

En la reflexión que se me propuso presentar a estas Jornadas Nacionales, he pretendido explicar cómo “Mundo sanitario” y “Pastoral de la salud”, no son dos realidades extrañas la una a la otra respectivamente, sino dos dimensiones o puntos de vista sobre un mismo problema, el de la salud y los enfermos, que están llamadas a desenvolverse armónicamente

36- cfr.: distintas opiniones respecto a la ley catalana sobre información al paciente y testamento vital. Bioética&debat VII, n.º 24. Pág. 6

37- Fides et ratio. 104

38- Evangelium Vitae. 27

39- Carta a los agentes de la salud del Consejo Pontificio para la Pastoral de los agentes sanitarios n.º 10

40- Ch. L. 57

e implicarse simbióticamente, sin perder el carácter peculiar de cada una: la **“eclesialidad”** de la Pastoral de la salud y la **“autonomía propia de las realidades creadas”** del Mundo sanitario.

Sin embargo, en la actualidad de nuestra sociedad, fuertemente secularizada, se perciben dificultades para llevar a cabo este ensamblaje. Anotamos cuatro encrucijadas clave, de cuya correcta simbiosis va a depender el desarrollo armónico, con sus frutos, y la evangelización del mundo de la salud y de los enfermos. Nos referimos en primer lugar al propio concepto de salud haciéndonos la pregunta: ¿Qué salud solicitan y necesitan nuestros contemporáneos? En el intento de respuesta nos vamos haciendo cargo de las oportunidades para ser evangelizada dicha dimensión de la vida de las personas.

de primera magnitud. Donde realmente se define la proximidad o lejanía es en la mayor o menor ejemplificación de la parábola del Buen Samaritano por parte de los agentes.

En un cuarto apartado afrontamos el mundo de la Bioética haciendo hincapié en la necesidad de formación, capacidad argumentativa y fidelidad ética de los agentes de Pastoral de la salud, desde la perspectiva de un punto de partida importante: la bioética nace como impulso al diálogo en un mundo en el que ya no todos pensamos de la misma forma. Huir del **“fundamentalismo”** es signo de **“proximidad”**; no renunciar a la **“fidelidad ética”** es una manera de evitar las tentaciones de **“lejanía”**.

Orientando nuestra reflexión sobre la **“proximidad”**



Lo mismo sucede respecto de la segunda cuestión: ¿cómo responde cada dinamismo de los dos tratados, Mundo sanitario y Pastoral de la Salud, a las evidencias del mal que nos afecta? El tomar conciencia desde dónde se promueve más salud integral y servicio a los enfermos, si desde los aspectos meramente técnicos o desde la búsqueda de sentido, también creemos que es cuestión clave para discernir la proximidad o lejanía de estas dos visiones y la oportunidad de su evangelización.

Un tercer aspecto, donde se ha puesto mucho en común en las últimas décadas, es la dimensión de servicio. Analizando la **“centralidad del servicio a los enfermos”** desde la perspectiva de la responsabilidad profesional que sugiere el principio bioético de beneficencia con contenido **“civil”** o **“religioso”**, nos damos cuenta también de lo coherente del desarrollo de nuestra vocación cristiana en el mundo de la salud como un elemento evangelizador

o **“lejanía”** de dos dimensiones, dos visiones, dos tareas, ... no podemos olvidarnos en el uso pastoral de su traducción personalizadora: **“los alejados”**, los que no están cerca. En el Nuevo Testamento el ejemplo más notable de "alejado", alejado del pueblo de Dios, era el **“extranjero”** (gr. allotrios), que incluso es considerado como enemigo. Pero esta concepción negativa fue abolida por Cristo. Gracias a Jesús, unos y otros, tenemos acceso al Padre⁴¹. Tal fue la novedad de esta reunión, que los judíos se extrañaban de que el Espíritu Santo fuese derramado también sobre los paganos⁴².

Si en algún momento el término **“alejado”** en pastoral conllevó el sesgo de vejación, el Concilio Vaticano II en su declaración **“Nostra Aetate”** afirma que **“la Iglesia reprueba como ajena al espíritu de Cristo cualquier discriminación o vejación realizada por motivos de raza o color, de condición o religión”**⁴³. En este sentido, la condición de paciente,

41- cfr. Ef.2, 13-17; Col.1, 20-22.

42- Hech.10, 45.

43- N.Ae. 5c.

incapacitado, débil, sufriente, persona en crisis, ... con su biografía peculiar, no puede llevar a considerarlo un "alejado", sobre todo si es un bautizado, dado que el Espíritu Santo fue derramado sobre él con la gratitud con que acontece en la primitiva Iglesia de Jerusalén, y porque la Iglesia, en su condición de enfermo, lo considera *"sujeto activo y responsable de la obra de evangelización y de salvación"*⁴⁴. Los enfermos nos evangelizan, y es preciso matizar el calificativo de "alejado" al uso; matizarlo desde la peculiaridad de la Pastoral de la Salud (¿cómo llamar "alejado" al que es icono de Cristo sufriente?) y desde la peculiar heterogeneidad del catolicismo español (la diversidad de estilos de pertenencia y compromiso que evidenciamos en nuestra geografía).

También el pecador fue considerado un "alejado" y hoy una categoría al uso en la Iglesia española es la de "católico de vida irregular", principalmente aplicado en el campo de las separaciones matrimoniales y divorciados vueltos a casar, así como en el mundo de las secularizaciones irregulares de clérigos.

La constitución conciliar *Lumen Gentium* afirmó enfáticamente, con su tono de "constitucionalidad" que *"la Iglesia encierra en su seno a pecadores"*⁴⁵, con lo que tendríamos que concluir que ni siquiera el pecado "aleja" de la comunidad eclesial. En la praxis de Jesús, los legalmente impuros, provocaron cercanía y proximidad, en forma de compasión⁴⁶ y hasta elogio de su fe, en ocasiones⁴⁷, etc. Y la Iglesia primitiva tiene conciencia de haber sido enviada precisamente *"a las ovejas descarriadas de la casa de Israel"*⁴⁸. Lo importante es no estar alejado del que necesita nuestra ayuda pastoral. Está alejado el que no se hace próximo, sin más reticencias, dado que *"no os toca a vosotros saber los tiempos y las circunstancias que el Padre ha fijado con su autoridad"*⁴⁹; lo importante es que seamos sus testigos⁵⁰ en todas partes y ante todos. Son precisamente los "signos terapéuticos"⁵¹ –dedicación generosa, cálida cercanía, sensibilidad atenta– los que convierten a quienes los realizan en testigos del Reino.

Mas bien que con alejamiento, segregación, exclusión, respetuoso olvido, etc. *"la Iglesia abraza con su amor a todos los afligidos por la debilidad humana"*⁵².

El Mundo sanitario es el ámbito donde, desempeñando su dinamismo como Pastoral de la Salud, la Iglesia se realiza en su seno como auténtica Iglesia de Cristo; y el Mundo Sanitario, recibiendo este influjo del Espíritu Santo, desempeñando sus tareas desde la autonomía propia de las realidades creadas, se convierte en más saludable, más promotor de salud integral, más servidor de una medicina humanizada, quizás también en señal y esperanza de una tierra nueva donde ya *"no habrá más muerte ni luto, ni llanto ni pena"*⁵⁴ porque también habrá comprendido que una salud trabajada como abierta al futuro escatológico es más humana y en definitiva más plenamente salud esperada.

Por la vía del diálogo y el servicio a los hermanos *"en todo el mundo los hombres se sentirán despertados a una viva esperanza, que es don del Espíritu Santo, para que, por fin, llegada la hora, sean recibidos en la paz y en la suma bienaventuranza en la patria que brillará con la gloria del Señor"*.

44- Ch.L. 54b.

45- L.G. 8c.

46- Lc.10, 33.

47- Lc.17, 15-19.

48- Mt.10, 5.

49- Lc.10, 36-37.

50- Hech.1, 7.

51- Hech.1, 8.

52- El evangelio, fuente de vida en el mundo de la salud y de la enfermedad: en I Congreso Iglesia y Salud, pag.133.

53- L.G. 8c.

54- Ap.21, 4.

Analisis de la sociedad como lugar de encuentro y desencuentro. Sus factores saludables y sus patologías

> Raúl Berzosa Martínez

*Pro-Vicario general y Vicario de Pastoral de la Diócesis de Burgos.
Profesor de Teología en la Facultad del Norte de España (Burgos y Vitoria)*

El autor al plantearse esta ponencia tuvo ante sus ojos dos indicaciones precisas: por un lado el objetivo primero de las jornadas, "dar una visión lo más completa posible sobre el fenómeno de los alejados, desde el punto de vista de la salud y de la enfermedad", aunque a él le corresponde hacerlo en el conjunto de la sociedad de hoy.

Y por otro, revisar algunas obras publicadas con anterioridad por él mismo, advirtiéndonos que, aunque no sea original del todo, es lícito.

Lo expresaba bellamente el poeta León Felipe cuando afirmaba que los escritos de un mismo autor no deben partir siempre de cero; en muchos puntos, amasan

y refunden material anterior. ▶

La herencia del S.XX

Comienzo afirmando sin rodeos, y en ello estoy de acuerdo con muchos otros autores, que el siglo XX, del que somos herederos forzosos, parece haber sido uno de los más impresionantes en cuanto a progresos tecnológicos de la humanidad se refiere, pero, al mismo tiempo, ha sido uno de los siglos de la historia humana más crueles y patológicos desde el punto de vista de la salud psicosocial de la historia.

¿En qué me baso para realizar tan atrevida y provocadora afirmación?

Baste enumerar, para comenzar, que ha sido un siglo marcado por dos guerras mundiales en su primera mitad, y por incontables guerras locales y regionales en las décadas sucesivas. Todas estas guerras, como siempre, se han originado por pretensiones de poder territorial, político o económico.

Un siglo en el que, a pesar de mil prohibiciones, la práctica de la tortura se extendió y puso a su servicio los mayores refinamientos de la mente humana.

Un siglo donde aún seguía vigente la pena de muerte, incluso en naciones de las denominadas del primer mundo.

Fue un siglo que finalizó con más de cien millones de niños esclavos, sin contar las mujeres explotadas por servidumbres de tipo laboral o sexual.

Un siglo que se acostumbró a la cifra de 35 ó 40 millones de muertos anuales por hambre.

Un siglo que permitió que el 70% del comercio mundial estuviera controlado por las multinacionales, y que el interés de la deuda que el tercer mundo pagaba a los países industrializados fuera más del doble de la ayuda que recibía

Un siglo en el que, a su término, el patrimonio total de las 10 personas más ricas del mundo equivalía a una vez y media los ingresos de los países menos desarrollados, y en el que 360 personas acumulaban tanta riqueza como la mitad de la población mundial.

Un siglo en el que se seguía gastando cada año 820 mil millones de dólares en armamento, y en el que se había sembrado 110 millones de minas antipersonales, que asesinaban a 26.000 personas al año, sin contar los mutilados.

Un siglo que vio crecer y especializarse el fenómeno del terrorismo, indiscriminado y cobarde, mucho más inhumano que el de la guerra. Terrorismo fundamentalista, ideológico-nacionalista, terrorismo de bandas y mafias, de facciones pseudopolíticas o paramilitares; incluso terrorismo de Estado y terrorismo internacional, bajo el signo de lucha de religiones y hasta de civilizaciones.

Un siglo en el que las formas democráticas se extendieron, pero, al mismo tiempo se fueron debilitando, al menos, por una doble razón: por un lado, por la aparición de poderes financieros supraestatales, con rasgos tendencialmente totalitarios y, por otro, por el crecimiento imparable de la corrupción, en todas sus formas y gamas.

Un siglo, por no seguir abrumando con datos, que dejó gravemente enfermo el ecosistema del planeta tierra.

Por todo lo expresado anteriormente, Olivier Clément escribe: *"La humanidad que observamos, y somos, parece una humanidad rota. Rota, en primer lugar, en cada uno de nosotros: el yo es un teatro de sombras, de personajes neuróticos cuyos hilos no manejamos...Nuestras facultades también están disociadas y su jerarquía trastocada... Divididos con nosotros mismos, lo estamos asimismo entre nosotros: somos enemigos, solitarios, y confundidos en la misma confusión y división"* (O.CLEMENT,





Sobre el hombre, Encuentro, Madrid 1983, p.5).

No deseo cargar las tintas en lo negativo. Reconozco que existieron también brotes admirables de solidaridad y que, en dicho siglo, se produjeron avances técnicos deslumbrantes. Y hasta se gestaron importantes novedades e iniciativas humanistas, que siguieron marcando caminos de utopía y esperanza para el próximo milenio. Recuerdo algunas de ellas:

- _ La creación de la ONU.
- _ La proclamación y ratificación de los Derechos Humanos.
- _ La abolición legal de la tortura.
- _ Los movimientos de liberación de la mujer.
- _ La convicción de que los dictadores ya no pueden apelar a la independencia territorial para quedar impunes.
- _ La aparición de organizaciones como Amnistía Internacional o Greenpeace, y la eclosión de las ONGs.
- _ las agrupaciones de comunidades internacionales...

Y, ya dentro de nuestro mundo más cristiano, la celebración del Concilio Vaticano II, y el advenimiento de los Papas “gigantes” de este siglo.

Ciertamente, éstas y otras muchas realidades son eso que Jesús el Nazareno llamaba “signos de los

tiempos”, que podemos calificar de “salud y salvación”, y que no debemos permitir que agonicen o sean desactivados en el nuevo milenio.

S.XXI: En un nuevo contexto histórico, después del 11 de septiembre de 2001

Atónito, delante del televisor, contemplo cómo se desploman las torres gemelas de New York y es destruída parte del Pentágono. Ante el dramatismo y la impotencia de los afectados me invaden sentimientos de tristeza profunda. Abro Internet. Copio diversos y significativos mensajes.

El Papa Juan Pablo II habla de un día de luto para la humanidad. Pide que no sea la primera gran guerra del milenio, sino el incentivo para un milenio de paz. ¡Qué verdad recuerda el Papa!: “*El corazón del hombre es un abismo del que emergen en ocasiones designios de inaudita ferocidad, capaces de transformar negativamente la vida de un pueblo*”. Y un consuelo incuestionable: “*Aunque la fuerza de las tinieblas parezca prevalecer, el creyente sabe que el mal y la muerte no tienen la última palabra*”.

Muy valientes y generosas me parecen también las palabras de los obispos norteamericanos en este momento dramático: **“No nos dejemos involucrar por los prejuicios étnicos, religiosos o nacionales a causa de unos pocos violentos”**.

Cierro Internet. Intuyo que, desde este momento, ya casi nada será igual a escala mundial.

Me vienen al corazón las palabras de un pensador: estamos asistiendo a la tercera muerte de Dios en Occidente. La primera, en la primera guerra mundial cuando parecían triunfar los maestros de la sospecha. La segunda, en el segundo gran conflicto bélico cuando se lanzó la gran pregunta: **“¿Dónde estaba Dios en los campos de concentración?”**. La tercera, en nuestros días cuando escuchamos el eco de genocidios de pueblos enteros y el azote devastador del terrorismo.

Soy consciente del momento histórico que vivimos.

Seguro que cambiarán muchas cosas y que la razón y la justicia prevalecerán sobre el odio y la venganza.

Guardo silencio y me sumo a las sinceras oraciones del mundo católico y de los hombres de buena voluntad de cualquier religión o credo. Sé que esta noche me será difícil conciliar el sueño. Siguiendo la recomendación de la Carta de San Pedro, **“me abandono en las manos del Señor de la Salud y de la Vida”**.

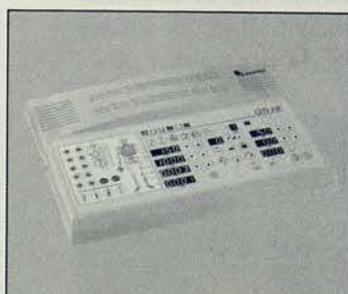
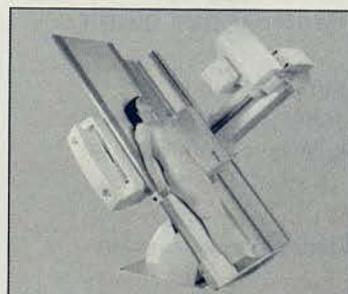
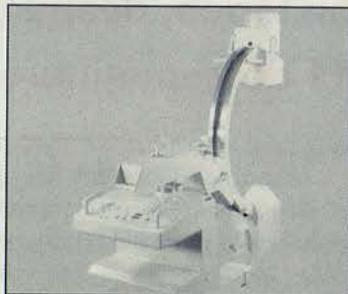
Una frase de Helder Cámara me ronda: “hay que romper la espiral de la violencia porque cuando alguien nos trata mal, acaba sacando lo peor de nosotros mismos”.

Una pregunta inevitable, ¿qué futuro se aventura, a grandes rasgos? ¿Qué modelo de organización socio-política?... Occidente lo tiene difícil. Se ha llegado a afirmar que es como un archipiélago de libertades rodeado por un océano de totalitarismos.



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

La OTAN ha diseñado tres modelos de organizaciones nacionales:

– *Modelo Israel:* democracias internas, pero hacia el exterior gran gasto en armamento y la amenaza constante del sistema.

– *Modelo Irán:* países no democráticos; carga ideológica fuerte de tipo marxista, islámica o populista (en este sentido, no sólo países islámicos, sino naciones como Venezuela o Perú).

– *Modelo mafioso (tipo Ruso):* Colapso interno, sin orden; donde las mafias pueden gobernar a sus anchas.

Recordemos que las democracias son débiles por la debilidad de su fibra moral. Es falta de salud social.

El precio de la libertad es la eterna vigilancia y la fundamentación ética y espiritual.

En un contexto religioso nuevo: en tiempos de postcristianismo

Si grave y llamativo aparece el panorama mundial, no menos complejo es el mundo cristiano en estos momentos. Me atrevo a subrayar algunas frases y microsignos que apuntan como dardos. Comienzo recogiendo frases de diversos autores, a modo de titulares, con la pretensión de servir como un primer diagnóstico:

– *“Desde hace mucho tiempo algo no va entre el Evangelio y el mundo al que queremos anunciar dicho Evangelio” (Tillard, en los años 50)*

– *“La fe y la Iglesia viven en estado de invierno: hay vida, pero no se manifiesta o lo hace muy difícilmente” (K.Rahner, años 70)*

– *“¿Seremos los últimos cristianos?” (Tillard, años 80)*

– *“Asistimos a un cierto malestar de lo religioso y a un evidente cansancio de los agentes de pastoral más cualificados” (Martín Velasco, años 90)*

Todas estas sugerencias nos hablan de crisis, en varias dimensiones.

En otro lugar me he atrevido a escribir que, como cristianos encarnados en cada contexto socio-cultural, debemos saber leer los nuevos signos de los tiempos, grandes y pequeños.

Sin repetir otros **“macrosignos epocales”**, algunos de los **“microsignos”** que siguen golpeando mi corazón son los siguientes:

Comienzo con unas pintadas en algunos templos de Burgos-ciudad: **“Cristianismo = 2000 años de cuento”**. **“Curas: nos robáis para nada”**. **“No entres, Dios está dentro de Ti”**.

El segundo signo lo recojo en Roma. Después de confesar a una penitente, abogada de oficio, me regala **“su diagnóstico particular”** sobre el cristianismo: los curas se han convertido en funcionarios



de la religión oficial; los templos, son salas de exposiciones y auditorios de lujo para el mundo de la cultura (conciertos, conferencias, etc); y la religión, en el campo social, no es más que una gran ONG de la caridad. A su juicio, hemos perdido la mística y el misterio. Aún la señora me añade algo más: *“Puedo dividir a los cristianos de hoy (incluidos sacerdotes y religiosos) en tres clases: los que sirven a la Iglesia; los que se sirven de la Iglesia; los que sirviéndose de la Iglesia, sirven a la Iglesia”*.

Mi misión como Vicario me lleva a un Arcipresbiterato donde hace apenas una semana se acaba de secularizar un sacerdote muy joven. Los compañeros me subrayan, por este hecho y por otros “fracasos” en la evangelización que tienen la sensación como si caminaran por arenas movedizas, donde todo parece tambalearse.

Finalmente, en un encuentro con universitarios, ya de los últimos años de carrera, me repiten las mismas tesis de Sánchez Dragó: el cristianismo

(A la luz de Mt 13,1 y ss; Lc 8,5 y ss; Mc 4,1 y ss)

1.- UNA VEZ = EL CRISTIANISMO COMO ACONTECIMIENTO SALUDABLE Y MISIONERO

2.- SALIO UN SEMBRADOR ----- Trinidad Económica y agentes de pastoral

3.- A SEMBRAR SU SEMILLA = La salud que nos trae Jesucristo

4.- EN LOS CAMPOS DE IGLESIA EN ESPAÑA EN EL S.XXI = Una tierra y un pueblo insertado en un contexto socio-cultural y político nuevo.

5.- PARTE CAYÓ EN EL CAMINO, FUE PISADO Y COMIDO POR LAS AVES =

- Fenómeno de la Postmodernidad,
- El neopaganismo,
- El mundo mediático y de la red

6.- PARTE CAYO EN PEDREGAL, CRECIO RAPIDO, SIN RAICES, SIN HONDURA DE TIERRA, SIN HUMEDAD Y AGOSTADO POR EL SOL=

- Fenómeno de la New Age,
- Religiosidad popular,
- Nuevos movimientos seculares
- Diálogo interreligioso

7.- PARTE CAYO ENTRE ABROJOS Y FUE AHOGADO=

- Neoliberalismo y globalización
- Submundo de la tribus urbanas

8.- PARTE CAYO EN TIERRA BUENA, BIEN PREPARADA Y BIEN CULTIVADA=

Retos para redescubrir la salud que porta el cristianismo

9.- Y DIO FRUTOS VARIADOS...QUE TAL VEZ NOSOTROS NI SIQUIERA RECOGEREMOS....

no tiene futuro, porque las religiones monoteístas no lo tienen: porque son las culpables de todas las violencias y guerras de la humanidad. Y, por su parte, añaden: la Iglesia en el siglo pasado perdió a los obreros; en la primera mitad del s.XX, a los jóvenes y a la opinión pública (mass media); y en la segunda mitad, a las mujeres.

Dejo las experiencias y microsignos epocales y me centro en la conferencia de hoy. A la hora de dar forma estructural y literaria a la presente ponencia podíamos haber elegido diversos caminos de exposición. Quiero hacerlo desde la conocida parábola del Sembrador recogida en Mt 13,1y ss; en Lc 8,5 y ss; o en Mc 4,1 y ss.

1. El cristianismo como “acontecimiento saludable y misionero”

1.1. “Una vez salió un sembrador a sembrar su semilla de salud y salvación”

El cristianismo no es una gnosis, ni una filosofía, ni una leyenda. Es el autodesvelamiento del Dios Trino y Vivo, con hechos y palabras, cuya culminación es el acontecimiento de Jesucristo, a cuya luz descubrimos quién es Dios y quién es el hombre (Dei Verbum, n. 3).

Cuando en el cristianismo hablamos de Sembrador, primero, tenemos que remitirnos a la Trinidad misma en su dimensión “externa” (lo que teológicamente conocemos como “Trinidad económica”).

En segundo lugar, los sembradores somos todos los agentes de pastoral; en este caso, los agentes de pastoral de la salud.

¿De qué semilla hablamos?

**El cristianismo,
en Jesucristo, es
acontecimiento saludable.
Por eso la semilla**

**que sembramos es “muy
especial”: la salvación en,
con y por Jesucristo.**

Como acertadamente resume J.A.Pagola, es una salud integral (Mt 4,4-6); una salud liberadora (Lc 13,12; Mc 1,23-28); una salud responsable (Mc 10,52; Jn 5,6); una salud no idolatrada (Mc 8,35); una salud solidaria y ofrecida a los más débiles (Jn 5,7).

2. En los campos de Iglesia en España, en el siglo XXI, una tierra y un pueblo insertado en un contexto europeo y mundial cambiantes y en unos nuevos valores culturales.

2.1. En un contexto español y europeo cambiantes

Desde la necesaria lucidez, diez factores que configuran la sociedad actual serían, a juicio de autores como J.González Anleo, los siguientes:

1. Bajo Crecimiento demográfico (mitigado en parte por los inmigrantes) y aumento de la tercera edad.
2. Sociedad de consumo de masas y afianzamiento del neoliberalismo.
3. Imposición mayoritaria de la clase media (mesocratización)
4. Predominio de la economía de sectores terciarios.
5. Consolidación democrática y carta de identidad europea.

6. Las Nuevas prioridades sociales **"civiles"** serían: el Estado del bienestar, la calidad de vida, la defensa del medio ambiente, la lucha por las libertades individuales.

7. Mayor cultura de masas;

8. Emancipación de la mujer y un nuevo rostro de la familia.

9. Pérdida del monopolio sacro y resurgimiento de la **"religión salvaje"**: adivinos, astrólogos, parasicólogos, echadores de cartas, etc...

10. Nuevo estilo de vida **"español"** (spanish life), con las siguientes manifestaciones: privatización, individualismo, permisividad, presentismo, dimensión lúdica de la vida.

Todo ello desde nuestro ser y hacer como europeos.

¿Cuál es el **"european life"** de hoy?. Se puede resumir en estas claves:

a) Estamos en la cultura de la satisfacción. Frente a la «moral del héroe», propia de tiempos pasados, predomina hoy entre nosotros una «moral de la satisfacción».

b) Una religiosidad sin Iglesias. Quienes se consideran religiosos tienden cada vez más a vivir su religiosidad al margen de las iglesias: sólo uno de cada cuatro asisten a los cultos dominicales.

c) Y... ¿mirando al futuro?. La Unión Europea, como nos viene advirtiendo el Papa Juan Pablo II, corre el peligro de reducirse, en la práctica, a eso que despectivamente se ha llamado «la Europa de los mercaderes».

d) Los **"valores de cada día"** nos denuncian:

_ **Frigorífico:** símbolo del **"hágase ud. mismo"**. Por él y de él, selecciono lo que me apetece, no tengo que esperar a que las cosas se hagan y acumulo aquello que necesito y no necesito de inmediato.

_ **Los pañales desechables o los kleenex:** usar y tirar; símbolo de que nada dura y nada es estable. Todo es intercambiable.

_ **Microondas:** símbolo de resultados inmediatos, instantáneos, desde la descongelación hasta la cocción. En el mínimo tiempo, el máximo resultado.

_ **Aspirina:** símbolo de la huida del dolor, de todo lo que pueda suponer molestia o esfuerzo. También prevención por lo que pudiera suceder.

_ **Invernadero:** todo crece en el mínimo tiempo posible, sin importar la calidad del sabor.

_ **Televisión:** la vida como zapping, historias cortas y sin huella, entretenimiento y ocio, fomento del look guapo y del narcisismo por salir en pantalla.

_ **Ordenador-Internet o mesa Nintendo:** el mundo al alcance de la mano, la información y los conocimientos sin esfuerzo, el goce del presente.

_ **Fotocopiadora:** poderío y eclecticismo, coleccionismo, selección y apropiación rápida, copia.

Una pregunta: ¿Serán el **"hágase ud mismo"**, lo intercambiable, los resultados inmediatos, la huida de lo que cuesta, la colección de experiencias, el narcisismo y el **"gozar a tope el momento presente"**, los valores más profundos de nuestra cultura? ¿Llevarán razón aquellos psiquiatras que afirman que el hombre y mujer de nuestros días es sencillamente **"light"**, descafeinado, presentista y sin valores de fondo?

En cualquier caso, L.Pinillos y J.L. Elzo, nos ofrecen esta tabla sinóptica y orientativa sobre los nuevos valores sociales :

MODERNIDAD

- _ global
- _ absoluto
- _ unidad
- _ gran relato
- _ universal
- _ objetivo
- _ fuerte
- _ futuro
- _ razón
- _ ética
- _ certeza
- _ secularización
- _ día
- _ trabajo
- _ utopía
- _ comuna

POSTMODERNIDAD

- _ fragmentario
- _ relativo

- _ diversidad
- _ pequeño relato
- _ particular
- _ subjetivo
- _ light
- _ presente
- _ emoción
- _ estética
- _ duda
- _ espiritualización potencial humano
- _ noche
- _ ocio-fiesta
- _ desencanto
- _ pareja

3. Parte cayó en el camino, fue pisado y comido por las aves. Entre la postmodernidad y el neopaganismo; el mundo mediático y de la Red.

3.1. El fenómeno de la postmodernidad

3.1.1. ¿Qué es eso de la postmodernidad?

En un primer momento, postmoderno viene a ser sinónimo de desencanto de la modernidad y de sus valores, de visión fragmentaria de la vida, de provisionalidad, de cierta nostalgia y melancolía.

Los intelectuales postmodernos hablan de la razón débil, incapaz de llegar a la verdad; de una razón que ha perdido su sentido y no puede construir sistemas duraderos, ni mucho menos utopías.

En definitiva, postmodernidad es sinónimo de **“crisis de civilización”**. Crisis para la que no se atisba un futuro con esperanza. De ahí que el postmoderno viva al día, goce el momento presente, experimente la mística de lo cotidiano. El hombre postmoderno es un hombre solitario, hedonista, preocupado por sobrevivir, sin grandes ni duraderos ideales. Para este hombre postmoderno la sociedad en crisis ha tocado techo.

Pero junto a esta cara, a la larga destructora y anti-humana, la modernidad se asentó sobre otro pilar: igualdad, libertad, fraternidad, solidaridad. Es la versión de la utopía; para algunos “el mesianismo laico”.

3.1.2. Algunas claves cristianas para sembrar la salud ante el dedo de la postmodernidad.

Recuperar el metarrelato y el sentido de la historia, y, al menos, “las pequeñas utopías saludables. Al menos, tres: la preocupación por los problemas del Tercer Mundo, la defensa de los derechos humanos y la inquietud por una experiencia religiosa que enlace con nuestra existencia. Desde la dimensión cristiana se debiera favorecer, para responder a estas aspiraciones, el auténtico voluntariado, el sano pluralismo y la búsqueda de Dios como centro unificador.

3.2 España, ¿neopagana?

3.2.1. Breve descripción

El verdadero y nuevo fenómeno es la aparición del neopaganismo, al que podemos definir en un primer momento *“que no es simplemente un recurso retórico para designar el debilitamiento de la práctica cristiana o el alejamiento de la Iglesia. Designa más bien una concepción global de la realidad y del hombre”*.

Dicho neopaganismo encontraría, al menos, estas claves :

- a) Considera y valora a la humanidad actual como la que está viviendo su mejor momento;
- b) Visión optimista, individualista y hedonista incluso frente a la pobreza y a la injusticia (“creo contribuir a la felicidad universal anunciando al mundo la fórmula de descubrir los mejores melones y cangrejos”).
- c) Su valoración de la religión en general, y del cristianismo en particular, es tajantemente negativa.
- d) Se abre otra perspectiva que puede aportar un sentido de lo sagrado y religioso, fundamentado en el viatismo, la naturaleza y la búsqueda de placer: Dios, o mejor lo divino, acaban identificándose con la experiencia **“natural”** de la vida.

¿Cómo hemos podido llegar hasta aquí? ¿Cuáles son, en el fondo, las raíces del nuevo neopaganismo? Tenemos que remontarnos, sin duda, a la moderni-

dad (*“agnóstica y satisfechamente instalada en el gozo de la finitud”*), y en la postmodernidad (*“conciencia desdichada de una razón sin esperanza”*). La postmodernidad desemboca en la *“ultramodernidad”* donde el naufragio se hace navegante, descubriendo en sí mismo fuerzas y energías naturales, impulsos originarios y potentes que nos resultan desconocidos pero que se manifiestan a través de nuestros deseos (*“estamos en una cultura del deseo”*); dichos impulsos son reales y capaces de superar la angustia y la vulnerabilidad del hombre postmoderno. Y en todo esto, ¿qué rol juega lo religioso? Escaso, ambiguo y peligroso porque pertenece al ámbito de la ignorancia, del miedo y del dogmatismo. El derecho y la ética deben emanciparse de la religión, para recorrer los caminos del razonamiento, la racionalidad y el argumento (A. Marina). La fórmula, aunque parezca contradictoria, será la de *“una religión más allá del cristianismo en el sentido de un ateísmo religioso que respeta el misterio”* (J. Sádaba). No se puede ocultar que el hombre pagano se siente,

En el horizonte, como puntos críticos y alternativos al neopaganismo, desde el cristianismo, tendremos que hablar:

1. Denunciar el concepto de no-historia circular, donde no existe la novedad ni el futuro.
2. Denunciar el concepto de hombre mismo, que ha perdido su nombre y singularidad, convirtiéndose en un elemento más de la naturaleza, en un animal que consume y disfruta.
3. Denunciar la no atención a los crucificados, quienes pierden su dignidad. Con Dionisio, la experiencia de los débiles se desvanece.
4. Potenciar la presencia misma de la Iglesia como testigo de *“que las paredes del mundo”* no explican todo; es fundamental la apertura al misterio. A la luz de la Trinidad, experimentamos *“que el otro siempre pasa antes”* (H. U. von Balthasar).



en el fondo, como un *“ser trágico abandonado en la Vida, siendo la nada su sueldo a fin de mes, y su héroe preferido Dionisio”*. Llegados a este momento, nos preguntamos:

3.2.2. ¿Cómo sembrar la semilla de salud en el paganismo?

En un primer momento, afrontar sin miedos el diálogo y reconocer lo positivo que pudiera encerrar esta postura (reivindicación de la naturaleza y de la vida; deseo de felicidad).

Al mismo tiempo, presentar al Dios cristiano como quien es en realidad: Señor y amante de la Vida, Creador y autor de la nueva creación, y plenitud de felicidad. Y, siempre, en actitud humilde (*“la fe se propone, no se impone”*) acompañar al hombre y mujer sufriente de hoy desde la gratuidad, la compasión profunda, y lo comunitario.

5. Con una seria advertencia: los paganos no son sólo *“los otros”*, sino también nosotros mismos en proceso de conversión sincera y auténtica.

3.3. El mundo mediático y de la red: ¿Quién manda aquí? Enchufados a la Red.

3.3.1. Los complejos aspectos del mundo de la cibercultura:

a) Breve descripción:

Cuando me dispongo a escribir estas páginas, tengo delante la pantalla del ordenador personal, estoy escuchando música de un CD, observo desde mi ventana en la calle a chavales hablando por su móvil o leyendo mensajes en el mismo, y alzando un poco la mirada, reconozco distintas antenas, en forma de grandes platos, que me indican señales de canales digitales. Todo un símbolo del mundo tecnológico

que nos envuelve. Es la revolución digital. PC ya no significa **"Partido Comunista"** sino **"Personal Computer"**. Todo un paradigma del cambio revolucionario.

Internet, la red de las redes, es un instrumento multiárea: transmite texto, sonido e imágenes, abre a la comunicación entre los usuarios, y permite una profundización ilimitada en cualquier curiosidad (es como una biblioteca universal conectada por diferentes mecanismos).

Los peligros que se anuncian, en forma de interrogantes, se pueden formular de esta manera (D. Tapscott-J.L.Cebrián): ¿Vamos a crear un mundo dual y dividido entre cibernautas y el resto? ¿Y, dentro de los cibernautas, entre ciber ricos y ciber pobres? ¿Cómo haremos la transición hacia los nuevos tipos de trabajo? ¿Cómo proteger la identidad e intimidad en la era digital? ¿Cuál será el rostro de las empresas, sindicatos y obreros? ¿Quién gobernará, y cómo,

(despertar crítico y comunitario) ; cuidado de la humanidad (recobrar lo real más allá de lo virtual); cuidado del espíritu (interioridad, profundidad); proponer la fe como oferta de sentido gratuito; proponer la fe como terapia-schok para despertar.

4. Parte cayó en pedregal, creció rápido, sin raíces, sin hondura de tierra, sin humedad y agostado por el sol = En la nueva era, en la religiosidad popular, en los nuevos



los Estados y naciones virtuales? ¿Qué roles asumirán las religiones? ¿Será una sociedad hipnotizada por el medio digital, adormecida, y a la que han secuestrado el sentido de la verdadera libertad personal y comunitaria?

La sociedad digital-virtual bien puede definirse como un **"reino de las paradojas"** (J.L. Cebrián).

b) *¿Qué semillas de salud se puede sembrar?*

Una primera y seria advertencia para los agentes de pastoral de la salud: tendremos que saber acompañar especialmente a los jóvenes desde sus propios lenguajes y usos tecnológicos. Lo repiten los americanos, los del Norte: "Si quieres enseñar latín a Peter, primero conoce a Peter y luego podrás enseñarle latín".

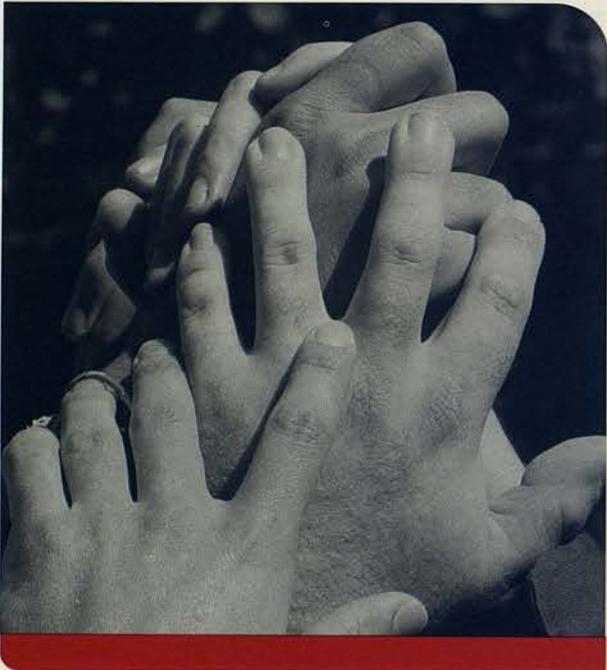
Para la evangelización **"saludable"** de esta cibercultura, el reto es el redescubrimiento de la verdadera fe, también en este campo: cuidado de la persona

movimientos sociales, en el diálogo interreligioso.

4.1. Fenómeno de la New Age, ¿llega el fin del cristianismo?.

a) *Breve descripción desde el contexto hispano*

Hace algunos años, Luis, universitario me invita a leer libros sobre un nuevo paradigma científico: lo holonímico; diversos adolescentes se interesan por el espiritismo, el cuerpo astral, los chakras, y la reencarnación; comienzo a escuchar que estamos en una nueva Era: Acuario; gente de mediana edad escucha RNE 3 y las nuevas músicas presentadas por Ramón Trecet; se compra el Gregoriano de Silos como moda de la New Age;



mi ciudad se empapela con carteles sobre gnosis, esoterismo, ciencias ocultas o cursillos de autorrealización promovidos por sectas y movimientos nuevos de matriz no cristiana; en TVE 2 se proyectan documentales sobre la madre Gaia; en diversos monasterios se imparten cursos de Zen, Yoga y técnicas orientales; y, en los kioscos de prensa, en revistas como *Muy Interesante*, *Natura*, *Integral*, *Año 2000*, *Milenio*, se abordan temas de ecología profunda, de androginia, de nueva espiritualidad...

A la luz de dichas experiencias, pronto me doy cuenta de que la New Age nace como una especie de sensibilidad "epocal", principalmente en los países y naciones de los llamados primeros mundos. Cuando se tiene el estómago lleno, hay que llenar también la cabeza y el corazón. Este nuevo fenómeno aflora como un gran pulpo, con tentáculos en todos los ámbitos culturales, pero al que es muy difícil descubrir los ojos y el cerebro.

La New Age (la "Era Acuario") me atrevería a definirla como verdadera bomba de relojería para las religiones. Porque no se trata sólo de una religión más, ni de un nuevo movimiento o una nueva secta. Es una completa "gnosis", o visión integral de la realidad. Y, lo que es más grave, no se enfrenta con el cristianismo, ni con las religiones en general, sino que se instala en ellos; e incluso utilizando su mismo lenguaje, su misma espiritualidad y sus mismos símbolos, los da un sentido completamente diferente.

Estábamos acostumbrados a convivir creyentes con no creyentes, agnósticos y practicantes. Habíamos oído hablar de las grandes religiones como algo familiar; pero hoy ha nacido algo nuevo. Lo delatan palabras como: "channeling"; "metaphysic centers"; terapias renovadas; meditación transcendental; cienciología y nueva gnosis.

Una de las características más importantes del New Age es la búsqueda personal de autorrealización. Estamos frente a un nuevo narcisismo donde se impone la vida privada, la utopía individualista y la revalorización de las propias experiencias personales. Este narcisismo sin embargo es compatible con la tendencia a pensar en planetario (en clave holonímica) en el sentido de que nos acercamos a pasos agigantados a una nueva sociedad, a un mundo nuevo, donde ni la política ni la religión ni las costumbres serán motivo de separación o de odio.

Los pilares que sustentan la New Age:

- a) Religiones orientales, primitivas y esotéricas, la astrología y el soterismo.
- b) Esteticismo musical: somos notas de la gran partitura del SER; necesitamos despertar el tercer oído; música minimalista, katártica, terapéutica.
- c) Subestructura científica: holista (de fusión); relacional (no hay un último elemento); ecológica: todo en cada parte y cada parte en el todo; niveles de conciencia: cosa-individuo-totalidad planetaria.
- d) Psicología humanista: experiencia de segundo nacimiento (Groff) ; superar las religiones tradicionales.
- e) Descubrir el **"potencial humano"**, con las siguientes claves, por décadas en el s.XX: años 60: Cristo, sí, Iglesia, no; años 70: Dios, sí, Cristo, no; años 80: Religión, sí, Dios, no; años 90: espiritualidad, sí, religión, no.

b) *Algunas claves cristianas para dar respuesta "saludable" a los retos de la New Age*

- _ E acontecimiento crístico-encarnado.
- _ Redescubrir el Dios personal y la verdadera oración.
- _ Cristo como único mediador y salvador universal.
- _ El pecado en sentido teológico, y no sólo como ignorancia o imperfección humanas.
- _ El mundo no es eterno: ha tenido un comienzo y tendrá un fin.
- _ Valorar la persona como tal: criatura, única e irrepetible, responsable de su vida.
- _ El futuro es escatológico, pero comienza aquí.
- _ Salvación como don y tarea (no como gnosis ni autorrealización).
- _ Revalorización de lo comunitario y planetario.
- _ Muerte como resurrección.
- _ No confundir lo bueno con lo **"nuevo"** sino con lo **"verdadero"**.

La fe cristiana no es una iniciación esotérica, ni un camino de iluminación de la conciencia. Ni la salvación consiste en una experiencia de plenitud cósmica a través de un proceso de reencarnación. El cristianismo cree en el Jesucristo, tal y como lo transmiten los Evangelios, y en **"su sabiduría"**, que no es ninguna ciencia oculta o teosofía esotérica, sino la Buena Nueva de un Dios Padre capaz de salvar al hombre.

Dejamos el tema de la religiosidad popular y el diálogo interreligioso, y nos centramos en los nuevos movimientos

4.2. Nuevos movimientos (Ecologismo, Feminismo, Pacifismo...)

4.2.1. A vueltas con lo ecológico: la tierra está enferma

"La tierra no la hemos heredado de nuestros antepasados: la hemos heredado en préstamo de nuestros hijos". Esta frase del autor del Principito parece ser el paradigma de lo que se está llamando "nueva ecología". Al menos es la frase más repetida en las Conferencias de Medio Ambiente y Desarrollo.

Pero tal vez lo que no esté sobre el tapete de la actualidad es el hecho de que la tierra no sólo es para nuestros hijos, sino también para el Señor de la Creación, quien realmente nos la ha dejado en préstamo. El tiene sus derechos. Y de aquí nace **"otra ecología"**: la profunda, la divina. No sólo la tierra enferma, cuando se olvida su sentido último, sino que el mismo hombre está enfermo. Dios, hombre y tierra no pueden separarse. Su destino, su historia, caminan al unísono.

4.2.2. Mujer e integración de sexos

Ya los dos relatos de creación insistían en el hecho de que la entidad hombre se realiza en la polaridad complementaria del varón y la mujer. La mujer, en la historia occidental y más en concreto en lo público y social, se ha visto en muchas ocasiones sometida al poder del varón. De ahí nacen los movimientos feministas. Según algunas autoras (como Celia Amorós) el feminismo es el **"test"** con el que se miden realmente los ideales igualatorios de la ilustración y la modernidad. En la actualidad, los movimientos feministas, aún en medio de su gran pluralidad, siguen denunciando: la discriminación salarial, la violencia de sexo y las agresiones

familiares, la menor representación en órganos de poder y decisión políticos y económicos.

4. 2. 3. "No a la guerra; sí a la paz".

Teóricamente los movimientos pacifistas se definen por estas tres grandes claves:

- a) Oposición moral a la guerra.
- b) Actividad teórica y práctica en favor de una paz estable y dudadera.
- c) Utilización de medios legales, y en algunos casos ilegales (exceptuando las acciones violentas) para lograr sus objetivos.

Desde las premisas anteriores se pueden encontrar desde pacifistas "radicales" hasta pacifistas "moderados". Aterrizando aún más, no se puede ocultar, a la luz del último gran conflicto de Irak, lo que las ONGs y movimientos pacifistas de tan diverso signo denunciaron: que la Comunidad Internacional asistió a este conflicto como a una verdadera derrota de la humanidad al interrumpirse las vías de negociación según el Derecho Internacional.

La Comunidad de Naciones Unidas debe seguir afianzando las vías del diálogo y que se continúen promoviendo proyectos estables de paz, solidaridad y colaboración.

4. 3. ¿Cómo anunciar la semilla de la Buena Nueva saludable en estos nuevos movimientos?

Reconocer que son verdaderas "microutopías", herederas de la izquierda y del pensamiento débil, si bien se interesan por problemas que son globales o planetarios. Acoger todo el potencial que este hecho encierra.

Se da en ellos un interesante despertar del voluntariado. Hacer compatible el cristianismo con este humanismo en principio "laico". En cualquier caso, existe una clara sensibilidad por la defensa de los derechos humanos. Se habla, con toda razón de "**pensamiento débil pero caridad fuerte**". ¿No puede encontrar por esta vía el cristianismo un punto de enlace, una mediación, una oportunidad para la cercanía y para el diálogo saludable?

5. Parte cayó entre abrojos y fue ahogado = entre la globalización y las tribus urbanas.

5.1. Neoliberalismo y globalización: el nuevo desorden establecido

5.1.1. Globalización: Un fenómeno del que todos hablan.

a) Breve descripción

La actual palabra de globalización, al parecer, fue inventada por Daniel Yergin, hace ya diez años. Pretendía describir un proceso que se manifiesta en un mundo hiperactivo y conectado 24 horas a las redes telemáticas, y que viene delimitado por tres fuerzas:

- a) Movimiento alejado de los Gobiernos, que se apoya en los mercados y en la privatización de las empresas públicas.
- b) Desaparición de las fronteras nacionales con el surgimiento de las empresas transnacionales y organismos supranacionales como el Banco Central Europeo.
- c) La aparición de nuevas tecnologías que propician el mercado de los servicios.

Y, junto a estos aspectos técnicos, existen condicionamientos ideológicos y políticos: la caída del muro de Berlín ha dejado a la economía de mercado sin rivales. Tras la desaparición del "**socialismo real**", y como anunciaba Fukuyama, nos queda el neoliberalismo promovido por la única potencia realmente dominante (EEUU), que detenta la hegemonía política, económica, científica, cultural y militar.

La globalización puede tener, y de hecho tiene, diferentes niveles:

- _ Globalización tecnoeconómica
- _ Globalización sociopolítica
- _ Globalización cultural

Como consecuencias generales, se afirma que la globalización:

- Reduce la competencia entre naciones en favor de oligopolios.
- Produce incertidumbre al desaparecer mercados protegidos en favor de las situaciones de oligopolios.
- La afluencia de capitales extranjeros se desvía de los países subdesarrollados hacia los más desarrollados (privatizaciones),
- No evita la emigración masiva porque, al primar el capital sobre la persona, no se globaliza el número de personas.
- Modifica la correlación de fuerzas en favor del capital y en perjuicio del trabajo, en cuanto el capital crece y es movable, y los trabajadores beneficiados sólo son los cualificados.
- Profundiza y ahonda el desajuste entre capital movable internacionalmente y un posible control público y nacional del mismo.
- El modelo de producción y consumo impuesto en los países más desarrollados produce un impacto ecológico negativo de rango global.
- El auge del capital movable genera un riesgo y amenaza para la economía en su conjunto.
- Aumenta la marginación y exclusión de grandes sectores de población.

b) ¿Qué semilla de Buena Nueva y saludable debemos sembrar?

La principal aportación será la de reconfigurar la fe, en varios frentes: redescubrir la sed de Misterio, personal y comunitario; ser testigos e iniciadores al Misterio; diálogo constructivo interreligioso; mediaciones solidarias, justas, comunitarias e igualitarias (cultura samaritana); respeto y mejora de lo ecológico (el amor al prójimo implica apertura cosmoteándrica; creyentes libres y maduros en comunidades cálidas y abiertas; recuperar el cuerpo, y el género, rompiendo el patriarcalismo; religiosidad ilustrada y crítica; religiosidad como factor de humanización; creer en lo sustancial más allá de lo funcional; humanizar la tecnoeconomía. Y, finalmente, como repite el Papa Juan Pablo II, a globalización debe

tener en cuenta la ética, para convertir la globalización en "universalización" de la solidaridad y de la esperanza, y con ello:

1. Garantizar el acceso a un consumo mínimo para todos.
2. Desarrollar y aplicar tecnologías sostenibles para ricos y pobres.
3. Hacer que el sistema fiscal y los precios sirvan para detener el daño ambiental y aumentar el consumo de los pobres.
4. Mejorar la educación y la información de los consumidores del Norte y del Sur.
5. Fortalecer los mecanismos internacionales para controlar los efectos del consumo a escala mundial.
6. Construir redes entre asociaciones y ciudadanos de diversos ámbitos: consumidores, ecologistas, lucha contra la pobreza, género, derechos humanos, etc.
7. Promover los mecanismos que garanticen la libre circulación de información y la participación política de los ciudadanos, dentro y fuera de fronteras nacionales.



5.2. Submundo juvenil o de tribus urbanas

a) Breve descripción

El mundo de las tribus urbanas es una **"Pseudo-Religión"**: tiene sus templos, sus creencias, sus fieles, sus santones, sus procesiones, sus ritos de iniciación, sus lenguajes, sus manifestaciones públicas. Son religiones sin dios, propias de una sociedad abierta, en la que coexisten mundos y submundos ("sin hogar")

La familia ya no es para ellas el punto de referencia, aunque sí de "residencia" (la familia no pasa por ellos). Son fruto de un largo proceso de integración social y laboral. Su lema: **"El barrio es la patria; la música el idioma; la ropa la bandera; territorio con fronteras de asfalto y colores cómplices; perros callejeros; los enemigos estimulan y los compañeros son hermanos"**.

Desde el s.XX, cada tribu urbana tuvo su humus o tierra socio-cultural. En síntesis:

- _ Años 60: Los jóvenes creían que iban a serlo siempre.
- _ Años 70: Hijos de la gran crisis; no supieron ser jóvenes
- _ Años 80-90: Prisioneros del presente, postmodernos y neoliberales.

b) ¿Cómo sembrar la Buena Nueva saludable?

Urge una nueva reevangelización de los jóvenes que comience por una decidida acción misionera en pastoral juvenil.

Entendemos por acción misionera, el punto de arranque de la evangelización. Podemos hablar de dos modalidades principales en la acción misionera:

1. Acción misionera con los más alejados (primer anuncio). El anuncio vendría por el testimonio de la vida y por un lenguaje vivo .
2. Acción misionera con los **"otros alejados de la fe"**, los que tienen un rescoldo o fondo religioso que alimentan ocasionalmente (Pre-catequesis). Se deben aprovechar las experiencias nucleares, provocar explícitamente el kerigma, y suscitar adhesión inicial.

Aplicada, la acción misionera **"saludable"**, a la pastoral juvenil exige:

- _ Lectura serena y equilibrada del planeta joven
- _ Captar su lenguaje y sus símbolos (pastoral inculturada y misionera)
- _ Iniciarlos en la estética cristiana: de la belleza, y de la respuesta a la negatividad
- _ Evangelizar en sus propios ambientes (sus centros de interés) más que desde lo institucional
- _ Acompañamiento personal y rehabilitación del sujeto y de su dignidad
- _ Empatía testimonial y afectiva
- _ Acogida y acompañamiento generosos (ser samaritanos y sembradores sin esperar recoger)
- _ Flexible y abierta, de catecumenado integral: a ritmo del joven, acompañamiento en proceso
- _ Contacto con comunidades de referencia
- _ Convertir el momento presente en kairós, oportunidad, acontecimiento, gracia.
- _ Recobrar la memoria de la gran Tradición
- _ Talante positivo, lúdico y festivo
- _ Primar, metodológicamente, lo icónico, simbólico, parábólico (que entre en las tripas)
- _ Vivir los cuatro valores: ámate a ti mismo, ama al otro como a ti mismo, ama al Otro más que a ti mismo y que a los demás, ama el mundo para ti y para el otro según el diseño de Dios
- _ Equilibrar el triángulo: Yo-Tu-El
- _ Ser testigos del Rey y del Reinado.

6. Discernimiento para la acción: parte cayó en tierra buena y cultivada = ¿cómo

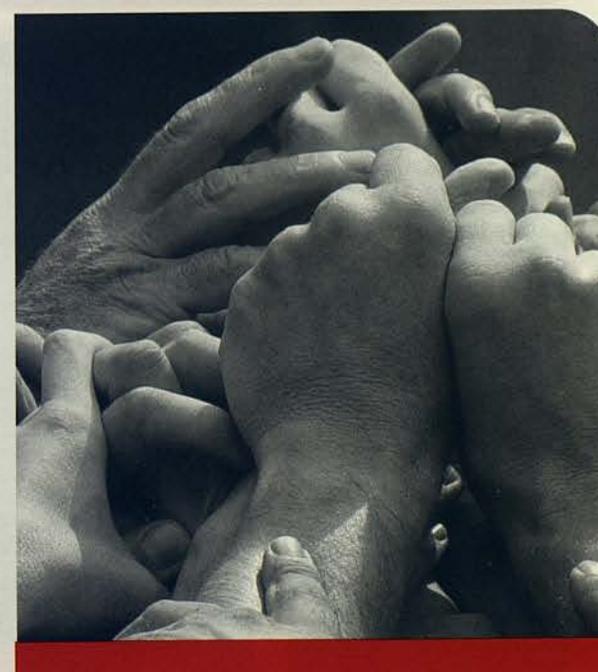
preparar y cultivar para que sea tierra buena donde fructifique la semilla?.

6.1. No perder la confianza.

Mons. Juan María Uriarte ha recordado en varios escritos y en conferencias públicas que, ante los grandes retos-peligros-amenazas descritos, o nosotros hablaríamos de **“enfermedades comntemporáneas”**, los agentes de pastora se sienten profundamente interpelados y socialmente como **“desvalidos”**, **“en el lugar donde rompe el viento”**, **“a la intemperie”**. Culturalmente se encuentran **“irrelevantes”**, **“marginados”**, palpando la soledad y con un efecto de baja autoestima. Doctrinalmente, navegan como perdidos y sin servirles lo antiguo pero sin tener muy clara la orientación para lo nuevo. Pastoralmente aprecian el desajuste entre la oferta pastoral y la demanda religiosa, como un mal viajante que no logra coclocar su mercancía. Y, espiritualmente, palpan, a veces, la amenaza de cierto "stress o desajuste entre la Fe y la vida; en otras ocasiones, un espiritualismo desencarnado; y, casi siempre, una espiritualidad sin lenguaje apropiado.

No somos derrotistas. El cristianismo es escuela y fuente de salud, salvación y sanación. Por eso adelantamos, que los antídotos, que no son fórmulas mágicas, pasarían por desarrollar una espiritualidad y pastoral de la confianza, que no quiere decir del optimismo; de la fidelidad, y no del éxito; del siervo, y no del reconocimiento; del hacer sosegado, y no del activismo; del deseo y experiencia de Dios, y no del funcionariado; y, finalmente, de la comunión presbiteral y de la vertebración pastoral, y no del que actúa como francotirador.

En este sentido siguen siendo proféticas y actuales las siguientes palabras escritas en 1976 por un grupo de prestigiosos teólogos: **“Si la Iglesia no recupera su confianza en sí misma como comunidad religiosa de salvación, no podrá subsistir en una sociedad que cada vez la necesita menos como gestora de otras funciones supletorias... En España ha dominado una situación de excesiva identificación entre la Iglesia y las realidades sociológicas... La Iglesia puede perder su identidad por una encarnación indiferenciada, como puede perder su significación por un distanciamiento del mundo... Deseamos una Iglesia**





que no se separe del mundo ni se confunda con él, formando parte realmente de la sociedad y no dejándose asimilar por nada ni por nadie. Una Iglesia convertida y sostenida por la esperanza de una humanidad justa y feliz que viene de Dios”.

6.2. Una mirada evangélica y cristológica a la nueva cultura emergente.

Es hora de ir concluyendo. Resumimos algunas de nuestras propuestas para el encuentro con la sociedad y la nueva cultura emergente en clave saludable:

1. La Iniciativa, a la hora de sembrar, en esta nueva cultura, sigue siendo de Dios Uni-Trino; el critianismo es acontecimiento y don.
 2. La semilla es la salud que nos trae el mismo Jesucristo, Hijo y Salvador.
 3. La tierra donde sembramos ya está abonada por el Espíritu.
 4. Desde el seguimiento de Jesucristo como samaritanos tendremos que detenernos y no pasar de largo ante lo visto y lo oído (Mt.25), ante los nuevos retos sociales, culturales y religiosos.
 5. Desde las actitudes profundas de Jesucristo tendremos que saber leer los nuevos signos de los tiempos incluso allí donde Dios parece eclipsado (“mística de los ojos abiertos”).
 6. Saber asumir las “semillas de verdad” sembradas en los nuevos retos para potenciarlas y llevarlas a su cumplimiento. Estamos hablando, con ello, de asumir lo mejor de la nueva cultura emergente.
- ¿Qué asumir de la modernidad?: Racionalidad crítica y seria formación; sentido de la historia (no es salvación pero la salvación se opera en ella); compromiso transformador de la realidad; utopía de la solidaridad y de la fraternidad (comunitariedad).
- ¿Qué asumir de la postmodernidad?: redescubrir lo simbólico, estético y místico; valor de la experiencia emocional (somos inteligencia sentiente); ética con rostro humano; la realidad holonímica y la transparencia de lo divino; valor del individuo y atención a la integralidad de sus dimensiones.
- ¿Qué asumir del fundamentalismo?: valor de la tradición; coherencia entre fe-vida; testimonio coherente.



— ¿Qué asumir de la globalización?: universalización (mundo sin fronteras); calidad de vida; pluralidad tolerancia.

— ¿Qué asumir del diálogo interreligioso?: el valor de una religiosidad encarnada en diversas culturas; la radicalidad y sinceridad en la búsqueda de Dios.

7. No cansarnos de sembrar, y abonar y regar, los diversos campos con alimento nuevo:

— Ante la postmodernidad reconstruir la dignidad profunda de la persona humana como imagen y semejanza del Dios Trino.

— Ante el mundo mediático humanizar la técnica al servicio de la persona humana.

— Ante la nueva era y nuevas formas de religiosidad, resituar al Cristo verdadero y total.

— Ante la religiosidad popular acoger, potenciar y discernir desde el Evangelio y la Gran Tradición.

— En el diálogo interreligioso y ecuménico, no renunciar a la verdad integral y completa.

— Ante los nuevos movimientos sociales apoyar iniciativas en las que ya están sembradas semillas del Reino (justicia, solidaridad, libertad, tolerancia, etc.).

— Ante la globalización, la mundialización de la solidaridad y de la esperanza.

— Ante el planeta joven, acompañamiento, testimonio, anuncio, inserción comunitaria y compromiso transformador.

8. No nos cansaremos, finalmente, de repetir que para esta cultura muchas veces de la muerte y la necrofilia, de los alejados, necesitamos tomarnos en serio la evangelización y, de ella, detenernos si cabe en la acción misionera. ¿Qué requiere dicha acción misionera? - una mentalización o sensibilización; una apuesta e inversión en recursos humanos y materiales; en las Diócesis, crear departamentos o delegaciones de acción misionera; y, lo más decisivo, desarrollar una pedagogía adecuada que es fuente de salud y saludable:

— Presentar la fe enlazada con la vida, con capacidad para leer los signos de los tiempos.

— Creatividad para encontrar nuevos caminos y posibilidades de misión.

— Respaldo comunitario testimonial para facilitar esa adhesión personal.

— Salir de las sacristías (“**pastoral de la zapatilla**”) a la plaza pública.

— Actitudes sanas y saludables: espiritual: (es el Espíritu Santo quien mueve la misión y habla a las personas); Amor: ser testigos del ágape y de la misericordia; Gratuidad: sembrar, sin esperar recoger; Solidaridad: con gestos cristianos explícitos o implícitos vengan de donde vengan. Opción preferencial por los alejados y constancia en el empeño de la misión; 6) Lugares de anuncio: la vida de cada día; los foros de ocio, diversión y educación (educación formal, no-formal, informal); lo social, político y cultural; la familia.

Al concluir este apartado, parafraseo unas palabras de Santiago del Cura, a modo de resumen. Nos encontramos:

— Con una convicción creyente: Dios vive entre nosotros y es fuente de Salud.

— Una sensación difusa: el tiempo de Dios ha pasado y su salvación parecen rechazarse.

— Una novedad sorprendente: las metamorfosis de lo religioso que dando rodeos solicitan de nuevo la salud y la alvación.

— Una instancia tozuda: Dios sigue siendo manantial de salud porque, aunque el hombre y la mujer contemporáneos parezcan haberse alejado de Dios, el salvador ni se ha alejado ni se alejará de ellos.

— Y, en el horizonte, un reto: volver a redescubrir la presencia, el tiempo y la salvación de Dios, que es tanto como experimentar que Dios existe y que vivir en El, con El y para El es saludable, integral y plenamente saludable.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- AA.VV., *Multiculturalismo*, Sal Terrae, Santander 1999;
- AA.VV., *Desafíos al cristianismo en el cambio de siglo: "Iglesia Viva"* 192 (1997);
- R. BERZOSA MARTINEZ, *Evangelizar en una nueva cultura*, San Pablo, Madrid 1998;
- ID, *Hacia el año 2000: ¿Qué nos espera en el S.XXI?*, DDB, Bilbao 1998;
- IID, *Retos pastorales de la nueva cultura emergente*, XX Encuentro de Arciprestes, Villagarcía de Campos 2001;
- ID, *Nueva Era y cristianismo. Entre el diálogo y la ruptura*, BAC, Madrid 1998;
- E.BUENO DE LA FUENTE, *España, entre cristianismo y paganismo*, San Pablo, Madrid 2002;
- CARITAS DE BURGOS, *Pastoral de la Caridad para una nueva evangelización*, Burgos 2000;
- T.CATALA; *Notas para una teología y una espiritualidad desde el cuarto mundo*, Sal Terrae, Santander 1992;
- J.L.CEBRIAN, *La Red*, Taurus, Madrid 1998.
- J.COMBLIN, *Cristianos rumbo al siglo XXI*, San Pablo, Madrid 1997;
- A.COMIN OLIVERES, *La igualdad, una meta pendiente*, Sal Terrae, Santander 1999;
- CRISTIANISMO Y JUSTICIA, *¿Mundialización o conquista?*, Sal Terrae, Santander 1999;
- S. DEL CURA, *A tiempo y a destiempo. elogio del dios (in)tempestivo*, Burgos 2001;
- LGONZALEZ CARVAJAL, *Los cristianos del s.XXI*, Sal Terrae, Santander 2000;
- ID., *Cristianismo y secularización*, Sal Terrae, Santander 2003;
- M.KEHL, *¿A dónde va la Iglesia?*, Sal Terrae, Santander 1997;
- J.M. MARDONES, *Neoconservadurismo. La religión del sistema*, Sal Terrae, Santander 1991;
- ID., *Utopía en la sociedad neoliberal*, Sal Terrae, Santander 1997.
- J.F. MARÍA I SERRANO, *La Globalización*, Cuadernos Cristianisme i Justicia, Barcelona 2000;
- V. M.PEDROSA-J.SASTRE-R.BERZOSA, *Diccionario de pastoral y evangelización*, Monte Carmelo, Burgos 2000,
- J.RATZINGER, *Ser cristiano en la era neopagana*, Movimiento Cultural Cristiano, Madrid 2002;
- F. REINARES, *Terrorismo global*, Taurus, Madrid 2003;
- G.SARTORI. *Homo Videns. La sociedad teledirigida*, Taurus, Madrid 1998.
- J.SOBRINO, *Terremoto, terrorismo, Barbarie y utopía*, Trotta, Madrid 2002;
- J.J.TAMAYO-ACOSTA, *10 palabras clave sobre globalización*, EVD, Estella 2002;
- E.J.VITORIA, *Un orden económico justo*, Cristianismo y Justicia, Barcelona 1999
- Números monográficos de la revista "Sal Terrae": *Iglesia en Devenir. Tres encrucijadas eclesiales*: 1055 (Abril 2002); *Los que vuelven a la fe. Nuevos acceso a la experiencia religiosa*: 1062 (Diciembre 2002); *A vueltas con la secularización. Religión, sociedad, modernidad*: 1064 (Febrero 2003).

Conclusiones

Conclusiones

1. Consideramos que los **"alejados"** son personas que exigen a la Iglesia una apuesta real y concreta de acercamiento pastoral. Ello resulta esencial en el contexto de la nueva evangelización.
2. Creemos que es necesario hacer un discernimiento sobre quiénes son dichos **"alejados"**. Quizá debamos buscar, en primer lugar, propuestas de acercamiento entre **"los cercanos"** (pastoral diocesana, mundo de la salud...). Los **"alejados"**, a veces, están muy cerca de nosotros.
3. Somos conscientes de vivir, y consecuentemente llamados a anunciar la Buena Nueva, en una sociedad marcada por claros signos de recelo -y a veces de rechazo- de la fe cristiana y muy especialmente de la Iglesia en cuanto institución. Pero también estamos convencidos de que es una sociedad que ofrece muchas posibilidades para este anuncio cuando se hace desde una identidad madura y una vida coherente, como base. El Espíritu del Resucitado sigue hoy presente en medio de nosotros, **"cercaños y alejados"**.
4. El mundo de la salud es hoy una realidad secular que se ha desarrollado profundamente en nuestros días. Saludamos con gozo y agradecimiento el gran servicio a la salud de todos nosotros que ello ha significado. Pero también advertimos políticas, programas y actitudes profesionales que propician estilos de acción que deshumanizan la asistencia. En todo caso, este mundo de la salud ha sido, es y continuará siendo un escenario propicio para el encuentro del hombre con sus necesidades más hondas, dadoras de sentido. Muy especialmente es un mundo propicio para este encuentro en el caso en que hemos dado en llamar **"los alejados"**.
5. El ser humano vive, y por lo tanto enferma, en el marco de una familia. Esta se siente afectada -y a veces gravemente- en este proceso. Creemos que resulta un momento especial para acompañarla y cuidarla desde los agentes de pastoral de la salud. Consideramos esencial la acción en este campo por parte de los equipos de pastoral de la salud de las parroquias.
6. No podemos eludir el anuncio de la Cruz como parte integrante del seguimiento de Jesús de Nazareth. Pero no de una Cruz centrada en un mensaje dolorista, sino integrada plenamente en el amor y la Resurrección, en el mensaje Pascual, quicio de nuestra fe.
7. Creemos que la Pastoral de la Salud adquiere una identidad importante dentro de la pastoral integral de la Iglesia, máxime en una sociedad como la nuestra y el contexto de una nueva evangelización. Humildemente consideramos que no siempre se ha reconocido esta importancia. Pedimos, por ello, que desde la Conferencia Episcopal de España se arbitren las medidas adecuadas en personas, a dedicación plena, a la coordinación del Departamento de Pastoral de la Salud de la misma.

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud

Hermanos de San Juan de Dios
Barcelona - Provincia de San Rafael

Año 55. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 2003
Número 268. Volumen XXXV

Consejo de Redacción

Director - Miguel Martín
Administración - Joan Lluís Alabern
Coordinación y Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

Francisco Abel, M^º. 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. Págola

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-
curia@ohsjd.es

Fotografía

Santiago Domingo i Franquesa

Información y suscripciones
revistas@ohsjd.es

www.ohsjd.es

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte
Válido. Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61
COLOR DIGITAL - BCN

Editorial

0 Pág. 5

XII jornada Mundial del enfermo

> Mensaje del Santo padre Juan Pablo II

1 Pág. 9

Planteamiento general de la campana del enfermo 2004

> Jesús Conde Herranz

2 Pág. 13

Enfermedad, sufrimiento y cruz como lugares de encuentro y de nueva evangelización

> José L. Refrado, O.H.

3 Pág. 25

Pastoral de la Salud al Encuentro de la Iglesia Doméstica: el enfermo y su familia

> José María Galán Gonzalez-Serna

4 Pág. 53

El mundo sanitario y la pastoral de la salud. ¿Próximos o lejanos? Luces y sombras

> Arturo Fuentes Varela

5 Pág. 69

Análisis de la sociedad como lugar de encuentro y desencuentro. Sus factores saludables y sus patologías

> Raúl Berzosa Martínez

6 Pág. 81

Conclusiones

7 Pág. 101

> Creemos conveniente sustituir el editorial habitual por las siguientes Orientaciones del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española que señalan claramente la razón y los objetivos de la campaña del año presente:

1. La evangelización, que constituye la misión única de la Iglesia y su identidad más profunda (EN 14), tiene uno de sus campos prioritarios en el mundo de la salud y de la enfermedad. Ahí se plantean, de hecho, los interrogantes fundamentales de la existencia (GS 10), que reclaman iluminación y sentido. Ahí se encuentra la Iglesia con el hombre, que es el camino que ella ha de recorrer en el cumplimiento de su misión (RH 14, 18, 21, 22), especialmente cuando aquél pasa por la experiencia del sufrimiento y de la esperanza sometida a la prueba (cf. SD 3). Y, sobre todo, fue en el ámbito humano de la enfermedad y la salud donde Cristo, identificándose como el Mesías anunciado y enviado, ofreció a los que entonces estaban lejos, y hasta a los excluidos, su salvación saludable y su solidaridad eficaz.
2. Una de las tareas de la “nueva evangelización”, a la que tan a menudo nos ha invitado el Papa Juan Pablo II, consiste precisamente en acercar el Evangelio a quienes siguen lejos de él y a cuantos, habiendo creído y practicado durante un tiempo, se han distanciado posteriormente. Esta difícil tarea ha de hacer frente a la “ruptura entre Evangelio y cultura” (EN 20), la cual se expresa no sólo en comportamientos individuales y colectivos al margen del Evangelio, sino también en la progresiva difusión de valores compartidos y opuestos al mismo.
3. El mundo de la salud y de la enfermedad y, más concretamente, las personas e instituciones que lo componen, son un reflejo de la sociedad, un claro exponente de la misma, un punto de encuentro y de confrontación entre sus logros y sus defectos. De hecho, la salud, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, “acontecimientos fundamentales de la existencia” (cf. Dol Hom 3), ponen frecuentemente al descubierto la verdad del hombre, es decir, sus valores y sus contravalores, sus límites y sus aspiraciones, sus esperanzas y sus fracasos, su fe y su increencia.

4. También en ese complejo mundo se vive de muchos modos aquella ruptura, que crea muy variadas formas de distancia y de alejamiento. Hay formas de cultura de la vida y de la salud que ni son cristianas ni se proponen serlo; existen planteamientos y prácticas que, desde el punto de vista ético, no se ajustan a una visión cristiana de la persona; el proceso de deshumanización coincide, en buena medida, con una progresiva pérdida o devaluación de valores humanos y cristianos. Y, sobre todo, las instituciones dedicadas a promover o restaurar la salud son lugar obligado de paso y de encuentro para la inmensa mayoría de la sociedad, y por tanto, para quienes están cerca y lejos de la Iglesia y de su misión evangelizadora.

5. Una adecuada evangelización ha de esforzarse por encontrar al hombre a lo largo del camino de su propia vida, es decir, allí donde es susceptible de abrirse al conocimiento de Dios y a la comunión con él, donde vive las experiencias de indigencia y de plenitud; las que ponen de manifiesto su pobreza y precariedad radical como la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, y aquellas otras que remiten a sus aspiraciones más profundas, es decir, a su deseo de vida y de salud, de superar la enfermedad y el sufrimiento: en el fondo a su sed de salvación.

6. Consiguientemente, el mundo de la salud y de la enfermedad constituye para la Iglesia un lugar privilegiado, no sólo para evangelizar, sino también para ser Iglesia desde ahí. Por ser sacramento universal de salvación (LG 48; GS 45), ella es el sacramento del diálogo y del encuentro, de la relación entre Dios y los hombres, sacramento de puentes tendidos. De ahí que su vocación consista en acercarse, hacer "próxima", y no precisamente para, en primer término, asegurarse el retorno o la adhesión de los lejanos, sino para ser signo de la constante e infatigable cercanía de Dios. Por eso, ha de acrecentar y avivar su presencia en este mundo de la sanidad, que es el de todos, pues en él están todos, los lejanos y los cercanos. La Iglesia ha de tener una conciencia muy viva de que en este mundo malviven muchos de aquellos a los que hemos alejado postergándolos a posiciones de periferia o excluyéndolos.

7. Sobre todo en nuestros días, ese mundo reclama con urgencia una verdadera alianza terapéutica, es decir, la colaboración activa y solidaria de creyentes y no creyentes, con vistas a una salud integral. De hecho, ahí se viven las mayores coincidencias entre diferentes creencias y posiciones de pensamiento, pues la búsqueda de la salud une, la solidaridad se comparte y el servicio crea una especie de plataforma de entendimiento recíproco. Ahí se encarnan valores evangélicos, a menudo de forma inconsciente. Donde lo humano abunda, también aumentan las oportunidades para la gracia, por ejemplo, en aquellas celebraciones a las que acuden los no practicantes, y, sobre todo, en el encuentro humano pastoral con los enfermos y sus familias.

8. También hoy el signo distintivo de la Iglesia de Cristo será, a ejemplo de su Señor, el de la salud ofrecida preferentemente a los más pobres y necesitados; que estemos cerca de los que están habitualmente más lejos; y, al mismo tiempo, que la Iglesia sea para todos un "hogar de salud" que acoge y dignifica, que enseña el arte de vivir, de enfermar, de sanar, de sufrir y de morir; que propone modelos saludables de vida en contraste con tantos sucedáneos de vida, que ofrece a todos la misma salud de Cristo.



Boletín de suscripción:

Año 2003

Suscripción anual: cuatro números

España

30 €

Extranjero

45 € / \$

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Apellidos		Nombre		
Calle		Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país		
Teléfono		Profesión		

Indique con una X la forma de pago que le interese

Por giro postal

Por cheque nominativo adjunto nº _____
a favor de LABOR HOSPITALARIA

Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir datos)

Banca o Caja de Ahorros _____

Titular de la cuenta _____

Entidad _____ Oficina _____ DC _____ Núm. de cuenta _____

Ruego a ustedes se sirvan de 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.

Fecha _____

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

www.ohsjd.es
curia@ohsjd.es
revistas@ohsjd.es

XII Jornada Mundial del Enfermo

> Mensaje del Santo Padre Juan Pablo II

11 de febrero de 2004

Festividad de Nuestra Señora de Lourdes. ▶

Consejo para los Agentes Sanitarios

1. La Jornada Mundial del Enfermo, solemnidad que se desarrolla cada año en un diferente Continente, esta vez asume particular significado. En efecto, se celebrará en Lourdes, Francia, localidad donde la Virgen apareció el 11 de febrero de 1858 y desde entonces se ha convertido en meta de innumerables peregrinaciones.

En esa región montañosa, la Virgen ha querido manifestar su amor materno especialmente hacia los que sufren y los enfermos.

Desde entonces no deja de manifestar su presencia con constante solicitud.

Se ha elegido este Santuario porque en el 2004 se conmemora el 150° aniversario de la proclamación del dogma de la Inmaculada Concepción. En efecto, el 8 de diciembre de 1854 mi Predecesor de feliz memoria, el Beato Pío IX, mediante la Bula dogmática *Ineffabilis Deus* afirmó que es *"revelada por Dios la doctrina que sostiene que, por gracia especial y privilegio de Dios omnipotente y en previsión de los méritos de Jesucristo, salvador del género humano, la beatísima Virgen María fue preservada inmune de toda mancha de pecado original desde el primer instante de su concepción"* (DS 2803). En Lourdes, dijo María hablando en el dialecto del lugar: *"Que soy era Immaculada Councepciou"*.

2. ¿No será tal vez que con estas palabras quiso expresar la Virgen el vínculo que también la une a la salud y a la vida? Si por la culpa original entró en el mundo la muerte, por los méritos de Jesucristo Dios preservó a María de toda mancha de pecado, y llegó a nosotros la salvación y la vida (cfr. Rm 5, 12-21).

El dogma de la Inmaculada Concepción nos introduce en el corazón del misterio de la Creación y de la Redención (cfr Ef 1, 4-12; 3, 9-11). Dios quiso donar abundantemente la vida a la criatura humana (cfr Jn 10, 10), mas condicionó esta iniciativa a una respuesta libre y amorosa de parte de ella.

Al rechazar este don con la desobediencia que condujo al pecado, el hombre interrumpió trágicamente el diálogo vital con el Creador. Al "sí" de Dios, fuente de la plenitud de la vida, se opone el "no" del hombre, en razón de su orgullosa autosuficiencia, precursora de muerte (cfr Rm 5, 19).

Toda la humanidad quedó gravemente implicada en este cierre hacia Dios. Sólo María de Nazaret, en previsión de los méritos de Cristo, fue concebida inmune de la culpa original y totalmente abierta al designio de Dios, de modo que el Padre celestial ha realizado en ella el proyecto que tenía para con los hombres.

La Inmaculada Concepción anticipa el enlace armónico del "sí" de Dios y el "sí" que pronunciará María con entrega total, cuando el ángel le presentará el anuncio celestial (cfr Lc 1, 38). El "sí" de María, en nombre de la humanidad, reabre al mundo las puertas del Paraíso, gracias a la encarnación del Verbo de Dios en su seno por obra del Espíritu Santo (cfr Lc 1, 35). El proyecto original de la creación es restaurado y reforzado en Cristo, y en este proyecto encuentra puesto también ella, la Virgen Madre.

3. Aquí está la clave de lectura de la historia: con la Inmaculada Concepción de María inició la grande obra de la Redención, que se ha actuado a través de la sangre preciosa de Cristo. En El toda persona está llamada a realizarse en plenitud hasta llegar a la perfección de la santidad (cfr Col 1, 28).

La Inmaculada Concepción es, por tanto, la aurora que anuncia el día radioso de Cristo que, mediante su muerte y resurrección, restablecerá la plena armonía entre Dios y la humanidad. Si Jesús es el manantial de la vida que vence a la muerte, María es la madre solícita que sale al encuentro de las expectativas de sus hijos, obteniendo para ellos la salud del alma y del cuerpo. Este es el mensaje que el Santuario de Lourdes propone constantemente a los devotos y peregrinos. Este es también el significado de las curaciones corporales y espirituales que se verifican en la gruta de Massabielle.

Desde el día de su aparición a Bernardita Soubirous, María ha "sanado" en ese lugar dolores y enfermedades, y ha restituido a muchos de sus hijos incluso la salud del cuerpo. Pero prodigios mucho más sorprendentes ha obrado en lo íntimo de los creyentes, abriéndoles su ánimo al encuentro con su hijo Jesús, verdadera respuesta a las expectativas más profundas del corazón

humano. El Espíritu Santo, que la cubrió con su sombra en el momento de la Encarnación del Verbo, transforma el ánimo de los innumerables enfermos que a Ella acuden. Aún cuando no obténgano el don de la salud corporal, pueden recibir siempre otro bien mucho más importante: la conversión del corazón, fuente de paz y de gozo interior. Este don transforma su existencia y los convierte en apóstoles de la cruz de Cristo, estandarte de esperanza, no obstante las pruebas más duras y difíciles.

4. En la Carta apostólica *Salvifici doloris* subrayé que el sufrimiento pertenece al acontecer histórico del hombre, que debe aprender a aceptarlo y trascenderlo (cfr N. 2: AAS 576 [1984], 202). Pero ¿cómo lo logrará sino mediante la cruz de Cristo?

El sufrimiento humano encuentra su significado más profundo y su valor salvífico en la muerte y resurrección del Redentor. Todo el peso de las tribulaciones y dolores de la humanidad está concentrado en el misterio de un Dios que, asumiendo nuestra naturaleza humana, se humilló hasta convertirse en “pecado por nosotros” (2Co 5, 21). En el Gólgota El cargó las culpas de toda criatura humana y, en la soledad del abandono, exclamó al Padre: *“¿Por qué me has abandonado?”* (Mt 27, 46).

De la paradoja de la cruz brota la respuesta a nuestros interrogantes más inquietantes. Cristo sufre por nosotros: toma sobre sí el sufrimiento de todos y lo redime. Cristo sufre con nosotros, dándonos la posibilidad de compartir con El nuestros padecimientos. Unido al sufrimiento de Cristo, el sufrimiento humano se transforma en medio de salvación. Por esto el creyente puede afirmar con Pablo: *“Abora me alegro por los padecimientos que soporto por vosotros, y completo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo, en favor de su cuerpo, que es la Iglesia”* (Col 1, 24). El dolor, si es acogido con fe, se convierte en puerta para entrar en el misterio del sufrimiento redentor del Señor. Un sufrimiento que no puede quitar la paz y la felicidad, porque está iluminado por el fulgor de la resurrección.

5. A los pies de la Cruz María sufre en silencio, participe de especialísimo modo de los padecimientos del Hijo, constituida madre de la humanidad, disponible a interceder para que toda persona obtenga la salvación (cfr Juan Pablo II, Carta ap. *Salvifici doloris* [11 febrero 1984], 25: AAS 76 [1984], 235-238).



En Lourdes no es difícil comprender esta singular participación de la Virgen en el papel salvífico de Cristo.

El prodigio de la Inmaculada Concepción recuerda a los creyentes una verdad fundamental: es posible obtener la salvación sólo participando dócilmente al proyecto del Padre, que ha querido redimir el mundo mediante la muerte y la resurrección de su Hijo unigénito. Con el Bautismo el creyente entra en este designio salvífico y es liberado de la culpa original. La enfermedad y la muerte, permanecerán en la existencia terrena, pero han perdido su sentido negativo. A la luz de la fe, la muerte del cuerpo, vencida por la de Cristo (cfr Rm 6,4), se vuelve pasaje obligado a la plenitud de la vida inmortal.

6. Nuestro tiempo ha dado grandes pasos en el conocimiento científico de la vida, don fundamental de Dios del que nosotros somos los administradores. La vida debe ser acogida, respetada y defendida desde su inicio hasta su ocaso natural. Con ella hay que tutelar a la familia, cuna de toda vida naciente.

Hoy se habla corrientemente de "ingeniería genética" para indicar las extraordinarias posibilidades que ofrece la ciencia para intervenir en los orígenes mismos de la vida. Se debe estimular todo auténtico progreso en este campo, siempre que respete los derechos y la dignidad de la persona desde su concepción. En efecto, nadie puede arrogarse la facultad de destruir o de manipular en forma indiscriminada la vida del ser humano. Es tarea específica de los Agentes en el campo de la Pastoral de la Salud sensibilizar a quienes trabajan en este delicado sector, a fin de que se sientan siempre comprometidos en el servicio a la vida.

Con ocasión de la Jornada Mundial del Enfermo deseo agradecer a todos los Agentes de la Pastoral de la Salud, especialmente a los Obispos que en las diversas Conferencias episcopales se ocupan de este sector, a los Capellanes, a los Párrocos y a los demás sacerdotes comprometidos en este ámbito, a las Ordenes y a las Congregaciones religiosas, a los voluntarios y a los que frente a los sufrimientos, al dolor y a la muerte no se cansan de ofrecer un testimonio coherente de la muerte y resurrección del Señor.

Deseo extender mi reconocimiento a los Agentes Sanitarios, al personal médico y paramédico, a los investigadores, especialmente a los que tratan de encontrar nuevos fármacos, y a los que se ocupan de la producción de medicamentos accesibles también a los menos favorecidos.

A todos confío a la Santísima Virgen, venerada en el Santuario de Lourdes en su Inmaculada Concepción. Ella ayude a cada cristiano a dar testimonio de que la única respuesta auténtica al dolor, al sufrimiento y a la muerte es Cristo, nuestro Señor, muerto y resucitado por nosotros. Con estos sentimientos, gustoso envío a tí, venerado Hermano, y a los que participan en la celebración de la Jornada del Enfermo, una especial Bendición Apostólica.

Desde el Vaticano, 1º de diciembre 2003

Planteamiento general de la campaña del enfermo 2004 “Más cerca de los que están lejos”

> Jesús Conde Herraz
Delegado Diocesano Pastoral de la Salud, Madrid

El autor, como miembro del Equipo Permanente del Departamento de Pastoral de la Salud, ha sido el encargado de poner por escrito la valoración que desde el Departamento se hizo a la hora de plantear la Campaña del Enfermo para el 2004, ya que fueron muchos los interrogantes que surgieron por el lema propuesto por los obispos: "Más cerca de los que están lejos". Finalmente, y tras un minucioso examen de los argumentos a favor y en contra de un planteamiento restringido o de otro más englobante, se optó por éste último decidiendo dedicar en las Jornadas Nacionales de Septiembre una primera ponencia, encaminada a ilustrar el planteamiento general de la Campaña. ▶

1. Antecedentes y aclaraciones previas

El tema general de la Campaña del Enfermo 2004 fue sugerido en su día al Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española por los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral, con el fin de que el llamado problema de los *alejados* fuera tratado con la extensión y hondura pastorales que brindan estas Campañas desde su inicio en el año 1985, y lo fuera en relación y por su repercusión con dicho campo pastoral.

La sugerencia merecía ser tenida en cuenta sin ningún tipo de reservas no sólo por la posición eclesial de quienes la hacían, sino también porque desde la propia Pastoral de la Salud llevábamos ya no pocos años insistiendo en el seno de la comunidad eclesial sobre el hecho de que es precisamente en el mundo de la salud donde los fieles de la Iglesia y los alejados de ella pueden ser a diario encontrados, acogidos y asistidos, con mayor facilidad de acceso y posibilidades de hondura evangelizadora que en cualquier otro campo. El propio Papa Juan Pablo II había expresado esta evidencia pastoral, entre otras ocasiones, en su mensaje con motivo de la Jornada Mundial del Enfermo 1999, cuando decía: *Ninguna pregunta se eleva con mayor intensidad desde los corazones humanos que la de la sanidad y la salud.*²

En los comienzos del verano de 2003, el Equipo Permanente³ del Departamento de Pastoral de la Salud dedicó varias reuniones a analizar la envergadura del tema de la Campaña de 2004, así como la índole y diversidad de sus ramificaciones temáticas concretas. Para entonces los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral habían elegido ya el lema con el que sería presentada la Campaña de 2004, y se ultimaba la redacción definitiva de las Orientaciones sobre la misma, con el fin de que éstas pudieran ser ya presentadas a los delegados de Pastoral de la Salud de las diócesis españolas, en las XXVIII Jornadas Nacionales previstas para la cuarta semana de Septiembre.

Durante las mencionadas reuniones del Equipo Permanente, sus miembros comprobamos que tanto

el lema elegido por los obispos -*Más cerca de los que están lejos*- como la redacción de las Orientaciones, ya casi definitiva entonces, y las aportaciones que nos habían llegado al respecto desde el Equipo Nacional y desde otras instancias pastorales afines, abrían considerablemente el escenario, llamémosle clásico, de los alejados e incluían perspectivas más diversas y abundantes las cuales enriquecían en gran manera, pero también complicaban, el supuesto enfoque inicial de la Campaña. Los interrogantes que nos surgían a los miembros del Equipo Permanente eran, en apretada y abreviada síntesis, de esta índole:

- a) Desde la perspectiva de la Pastoral de la Salud, la cual coincide a su vez con la del mundo sanitario -un mundo cuya amplitud engloba hoy la entera sociedad humana y el medio natural que la rodea y sustenta- *¿hay que considerar que más cerca de los que están lejos alude, o debe aludir, sólo a aquellas personas que han claudicado en mayor o menor medida, y por unos u otros motivos- de su pertenencia a la Iglesia y de su vida cristiana anterior, y a aquellas otras que no han tenido la oportunidad de acceder al Evangelio de Jesucristo, o han recibido del mismo sólo una noticia insuficiente o distorsionada?*
- b) En un mundo tan vasto en amplitud y tan complejo en situaciones necesitadas de aproximación y ayuda como este mundo nuestro de la salud, *¿no hay también alejados forzosos e involuntarios que, en lugar de serlo por propia decisión, lo son de hecho por abandono ajeno grave y reiterado, y porque desde la Iglesia y, más concretamente, desde la Pastoral de la Salud no hemos tenido aún la oportunidad o la suficiente voluntad de acercamiento, comprensión y asistencia? Y, si es así, ¿se merecen éstos menos atención que los alejados clásicos?*
- c) Más aún, mirándonos a nosotros mismos, *¿no debíamos incluso preguntarnos si nuestra mutua aproximación dentro de la Iglesia y, desde ella, nuestra cercanía a Dios, Trinidad y Comunión de vida, es la requerida o si, por el contrario, no hemos de incluirnos también nosotros en el ámbito de los alejados, a nuestro modo propio y en mayor o menor medida, según los casos? ¿Qué garantías de genuina cercanía, desde la perspectiva radical del Evangelio, vamos a brindar a unos y otros alejados si nosotros mismos no ponemos a punto nuestras mutuas relaciones eclesiales y*

2- Cf. nº 4.

3- Formado por María del Carmen Martín, directora entonces del Departamento, Amalia Rodríguez, delegada de Pastoral de la Salud de Sevilla, Abilio Fernández, delegado de León, y quien firma este escrito.

pastorales, así como nuestra relación con Dios, la suprema y absoluta Cercanía?

Todos estos interrogantes nos hicieron ver que la Campaña del Enfermo 2004 podía cobrar unas dimensiones que rebasaban con mucho el planteamiento inicialmente sugerido por los obispos. Vimos que podría hacernos caer, además, al diseñarla en aquello de que **el que mucho abarca poco aprieta**, y acabar por confundir -en lugar de clarificar, ilustrar y ayudar- a los delegados y a la Iglesias diocesanas, a la hora de abordar y desarrollar unos y otras una iniciativa pastoral tan importante y consolidada como la Campaña del Enfermo. Y una Campaña dedicada esta vez a un problema pastoral que la Iglesia ha hecho suyo desde los inicios de la **nueva evangelización**. Sin embargo, éramos también conscientes de la importancia radical de las perspectivas incorporadas por los factores ya indicados en los interrogantes, y hasta la relativa inconcreción expresiva del lema propuesto por los obispos: **Más cerca de los que están lejos**, parecía dejar hasta cierto punto en suspenso la identificación clara y precisa de los aludidos por él, y se nos antojaba una invitación a ir más allá del planteamiento **clásico** de los **alejados**, sin dejar obviamente de ocuparnos también de él.

Finalmente, y tras un minucioso examen de los argumentos a favor y en contra del planteamiento restringido o del otro más englobante, optamos por éste último decidiendo dedicar ya en las Jornadas Nacionales de Septiembre una primera ponencia, encaminada a ilustrar el planteamiento general de la Campaña en tres pasos sucesivos, a saber:

- _ Un muestrario variado de situaciones que se dan de hecho en el vasto campo del mundo de la salud, contempladas e interpretadas desde la perspectiva de la cercanía o lejanía pastoral, según los casos.
- _ El esbozo de un hilo conductor de iluminación bíblico teológica que diera cohesión doctrinal y coherencia pastoral a las diversas situaciones mencionadas.
- _ Una enumeración de sujetos y destinatarios de la Campaña, sobre los cuales los delegados diocesanos de Pastoral de la Salud discernieran cuáles -de entre todos ellos- podían ser los más aptos para ser tratados en cada una de las diócesis.

A mí me fue asignada la presentación de esta ponencia en las Jornadas Nacionales, y la posterior puesta por escrito de su contenido, que es el que ahora ofrezco en su integridad.

2. Muestrario de situaciones exponentes de cercanía o lejanía pastoral y asistencial, en el mundo de la salud

Contemplando dicho mundo en toda la amplitud que ha cobrado a impulsos de la medicalización de la sociedad humana, perceptible ya hasta en los rincones más recónditos del planeta, este muestrario podría dar cabida a una cantidad de situaciones tal que su enumeración rebasa con mucho la amplitud de este trabajo. Voy, por ello, a fijarme sólo en las situaciones que veo más explícitas, ajustadas y significativas, y voy a exponerlas en un orden que va desde las más cercanas y familiares al día a día de nuestro quehacer pastoral, hasta llegar a aquellas cuya percepción es algo menos obvia o inmediata.

2.1 Situaciones más inmediatas y conocidas de aproximación o alejamiento

a) *La cercanía respecto de los enfermos bien asistidos, frente a la lejanía de los llamados más necesitados y desasistido*

Todos cuantos ejercemos la misión pastoral en uno u otro ámbito del mundo de la salud somos a diario testigos de esta realidad tan paradójica como evidente. Aquí cabe englobar las diferencias, en general, y por ejemplo:

_ Entre la asistencia a **enfermos agudos**, más favorecida a todos los niveles en términos generales, y la asistencia a **enfermos crónicos**, mucho más desigual en según qué casos.

_ Entre la **inmediatez** de la relación genuinamente clínica *-a pie de cama-* y la realizada cada vez a **más**

4- La medicalización ha llegado a calar hasta tal punto que en nuestra sociedad planetaria ya puede decirse de cualquier entidad material, ser vivo o persona que es sano y saludable o, por el contrario, insano o patógeno. La salud se ha convertido en lo que los viejos escolásticos llamaban un trascendental del ser, es decir, algo que todos los seres conocidos del universo albergan a su modo propio.

distancia por la interposición creciente de procedimientos tecnológicos, burocráticos o ritualistas.

Entre el cuidador de turno y el enfermo; entre la insuficiencia de atención y recursos, en términos absolutos y relativos, que padecen los llamados por la Campaña del Enfermo de 1988 *los enfermos más necesitados y desasistidos* -al día de hoy singularmente los **enfermos mentales** y los **ancianos enfermos y solos** en sus domicilios- y el **resto** de la población enferma.

b) *Las familias que cuidan a sus enfermos, y las que "delegan" su cuidado o les abandonan. La atención o desatención a las familias de los enfermos*

No es necesario pormenorizar este punto, pues es harto conocido y experimentado en la cotidianidad del trabajo pastoral. Sí es, sin embargo, indispensable llamar la atención de todos -desde los pastores de la Iglesia y los responsables de la sanidad pública hasta cuantos ejercemos labores asistenciales, e incluso todos los cristianos y ciudadanos de a pie- del hecho de que la **familia**, aún en medio de la crisis y tensiones a las que está hoy sometida, sigue siendo la **primera instancia asistencial** en el campo sanitario, por encima del mismo Sistema Nacional de Salud. Pero es éste un hecho que sigue sin estar suficientemente reconocido ni en la conciencia, ni en el apoyo y las ayudas concretas requeridas por las familias de los enfermos para cumplir adecuadamente con dicha función. Recordemos simplemente, a título de ejemplo, la situación de continua sobrecarga que sufren a diario muchos familiares dedicados al cuidado de sus enfermos ancianos o mentales.

c) *Los sanitarios, su cercanía o alejamiento en relación asistencial, y el cuidado de los cuidadores*

También es del todo pertinente incluir en la temática dialéctica de la cercanía y la lejanía, de la aproximación o el apartamiento, a los sanitarios entendidos **en su acepción más amplia**, es decir, a todos aquellos cuya profesión, oficio o ministerio pastoral se enclava en el mundo de la salud y tiene que ver con el trato directo de enfermos y familiares. Es bien sabido que la calidad de sus respectivas prestaciones asistenciales puede y debe ser medida también, y de modo eminente, desde el ángulo de su **capacidad y voluntad humanizadoras** o, lo que es lo mismo, desde su grado de aproximación y cercanía a la realidad personal y concreta de cada enfermo o familiar. ¡Cuántas veces declaramos buen sanitario a quien vemos que *está cerca*, y mal sanitario a quien comprobamos que *está lejos*

de aquellos a quienes debe atender!

Pero tampoco podemos pasar por alto la cercanía o lejanía, el aprecio o menosprecio, la comprensión o incomprensión, la colaboración o desentendimiento que **el resto de los miembros de la sociedad y de la Iglesia** mostramos respecto de los sanitarios. Desde la Pastoral de la Salud hemos sido pioneros durante muchos años en advertir y reclamar a propios y extraños la necesidad perentoria de entrar decididamente en el *cuidado de los cuidadores* sanitarios, a causa de su condición de *terapeutas heridos*; condición mayor o menor en cada caso, pero siempre real y exigente de una respuesta comprensiva y constructiva. Hoy ya obra en la conciencia de un número creciente de personas e instituciones el problema de la *quemazón* -designada comúnmente con la expresión **burn-out**- de un número también creciente de sanitarios. Quien escribe ésto ya ha dicho en multitud de ocasiones que la tan exigida *humanización de la sanidad* pasa ineludiblemente por *el cuidado de los cuidadores* pues, aparte otras consideraciones, es de elemental sentido común comprender que tiende a *tratar bien* quien se siente *bien tratado* y, por el contrario, tiende a *tratar mal* quien se siente *mal tratado*.

2.2 Situaciones de cercanía o lejanía mirando a las estructuras y características del mundo sanitario de hoy

El hecho de que las situaciones que voy a mencionar a continuación apenas entren en el campo habitual de nuestras reflexiones y programaciones pastorales no debe llamarnos a engaño, pues su influencia -directa unas veces, indirecta otras- es decisiva a la hora de influir en la cercanía o lejanía que de hecho se da en los ejemplos mencionados en el apartado anterior. Y la escasa probabilidad de que aparezcan expresamente en una programación diocesana de la Campaña 2004 no es óbice para sacarlas a colación, con objeto de que sean tenidas en cuenta por los responsables de la Pastoral de la Salud y por cualquiera que, trabajando en este campo, aspire a tener una conciencia pastoral bien formada.

a) *La cercanía o lejanía respecto a enfermos y cuidadores en la planificación política, económica y empresarial de la sanidad*

Por razón de brevedad expositiva, voy a formular en forma de interrogantes la índole que en este terreno muestra la dialéctica aproximación-alejamiento.

¿Qué **importancia** se da en los planteamientos políticos

(internacionales, estatales, regionales, municipales o vecinales a los problemas sanitarios respecto a otras áreas de la problemática humana (la economía, la defensa, la seguridad ciudadana, el deporte, los espectáculos, el turismo, el ocio en general, ...)?

¿Qué **cantidad y proporción de recursos** económicos son destinados al tratamiento de dichos problemas dentro de la dotación presupuestaria global de las mencionadas entidades, y en comparación con los dirigidos hacia esas otras áreas sociales?

La hoy necesaria **concepción empresarial** de la sanidad en sus ámbitos médico, farmacéutico, investigador, etc. ¿**sirve** de verdad a la efectividad y eficiencia en favor de los destinatarios de la sanidad, o más bien **se sirve** de ellos en beneficio de la estructura empresarial pública o privada

y, dentro de ella, de quienes la dirigen y componen?

b) *La cultura sanitaria actual y su cercanía o lejanía respecto a una visión coherente y entera del ser humano*
La forma que adoptan hoy las mencionadas estructuras sanitarias y los rumbos que toma su evolución respectiva son, en su raíz, expresión y resultado de unos **modos de contemplar** la vida, la salud, la enfermedad, la curación, el dolor y el sufrimiento, el morir y la muerte, la necesidad de asistencia y la dedicación a ella. Tales modos configuran lo que damos en llamar *cultura sanitaria* y se alimentan, a su vez, de los **ideales, valores, creencias y usos** predominantes hoy en nuestras sociedades. Partiendo de un rasgo cada vez más definitorio de dicha cultura, como es la aspiración a contemplar y tratar al ser humano como una **unidad dinámica** en la que puede integrarse toda su variedad **pluridimensional**, cabe preguntarnos



CETIR
GRUP MÈDIC

MEDICINA NUCLEAR

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

DENSITOMETRÍA ÓSEA Y MORFOMETRÍA

ECOGRAFÍA

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

MAMOGRAFÍA

TERAPÉUTICA

METABÓLICA Y ENDOCAVITARIA.

RADIOLOGÍA

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.

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



aquí si dicha aspiración es favorecida o dificultada por los ideales, valoraciones, creencias y usos antes mencionados.

c) *La cercanía o lejanía de las ciencias de la vida, y sus aplicaciones tecnológicas, a una asistencia sanitaria humanizada y humanizadora*

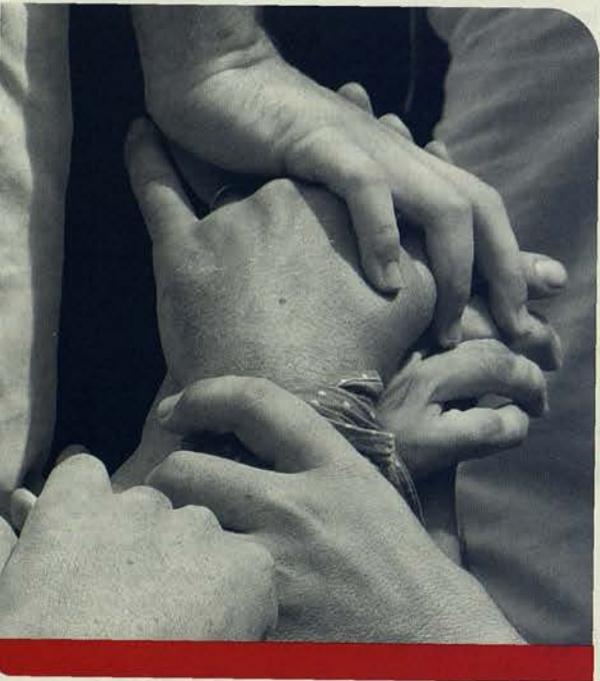
Sin necesidad de entrar en pormenores acerca de la dramática ambivalencia que afecta cada vez más a la finalidad, objetivos y desarrollos que se imprimen hoy a las ciencias de la vida, y a sus crecientes y complejas ramificaciones tecnológicas, creo del todo necesario incluir en la temática de esta Campaña una llamada a un **discernimiento** serio y deliberativo, social y eclesial, acerca del influjo real y concreto que tales desarrollos científicos y tecnológicos están ejerciendo sobre la visión y tratamiento de todo ser humano, en cualquier fase de su desarrollo desde su concepción hasta su muerte, como un fin en sí mismo y, por tanto, digno de la máxima consideración y respeto.

d) *El distanciamiento entre los diversos mundos de nuestro mundo, en lo referente al acceso a los recursos sanitarios*

Un elemental sentido de la justicia humana y de la caridad cristiana, a la que desde la Iglesia consideramos el fundamento y la expresión más acabada de aquélla, ha de llevarnos igualmente a reconocer la lejanía creciente entre la **variedad y abundancia** de recursos sanitarios que disfrutamos los ciudadanos del llamado *primer mundo*, y la **escandalosa penuria** que padece al respecto la mayoría de la población humana, ubicada en los países del *tercero* y *cuarto* mundo. La inaccesibilidad al agua potable y a una alimentación suficiente, que revisten hoy el carácter de endemias en progresión ascendente, y el aumento también imparable del SIDA en los países más depauperados son tres ejemplos elocuentes, entre otros muchos, de cómo quienes tenemos cada vez *más cerca* un número mayor de recursos asistenciales, nos situamos cada vez *más lejos* de quienes escasean o se hallan privados de los mismos.

e) *Nuestra cercanía o lejanía respecto a una visión y un trato protectores y cuidadosos de la naturaleza*

Pues ella constituye el medio originario que Dios ha proporcionado para que surgiera nuestra vida, se desarrolle nuestra salud, tengan nuestras enfermedades remedios abundantes en forma de fármacos y otros innumerables aportes materiales, y quede garantizada en cantidad y calidad nuestra pervivencia como especie en la tierra. Y la naturaleza es también



para los cristianos la nueva tierra que será transfigurada junto con todos nosotros en los *nuevos cielos*, pero que *en el presente gime ... en la esperanza de ser liberada de la corrupción (cf. Rom 8, 20s)* a la que la sometemos de un modo cada vez más agresivo y sistemático.

Nuestra propuesta cristiana de vida sana y saludable pasa ineludiblemente por la promoción y fomento de una **conciencia ecológica** basada en el respeto a la entera *creación de Dios*, en la advertencia de que la *madre naturaleza* se ha convertido en una *hija* dependiente de nosotros, sobre la que tantas veces ejercemos un maltrato devastador, y en la responsabilidad ante el estado en que se la vamos a dejar a las generaciones humanas sucesivas a nosotros.

2.3 Situaciones de cercanía o alejamiento que afectan a la esfera religiosa y cristiana

a) *La tensión aproximación-alejamiento entre la cultura sanitaria secular implantada, sobre todo, en el primer mundo y la cultura sanitaria religiosa y, más concretamente cristiana*

Además de lo ya aludido antes en los apartados 02.2. b. y c. es necesario resaltar también con acento propio los numerosos cauces de diálogo así como los no menos abundantes puntos de conflicto abiertos entre una concepción de la cultura no sólo secular, sino incluso abiertamente laicista y cerrada a la trascendencia, y la arraigada en los valores religiosos y, dentro de ella, en la Tradición cristiana y católica. Este amplio campo de consensos y disensiones abarca una extensa gama temática que tiene que ver con la antropología filosófica aplicada a las realidades humanas tocantes al mundo sanitario, las cuales van desde la génesis de la vida humana y su concepción hasta su proyección, o no, al más allá de este mundo tras la muerte. Y tiene que ver también con la temática incluida en la bioética fundamental, clínica, social y ecológica. Aquí también se dan simultáneamente el entendimiento y el trabajo codo a codo entre creyentes y no creyentes, y las confrontaciones abiertas y descalificadoras. Por tanto, es preciso constatar también cuánto queda aún por hacer en el diálogo intercultural.

b) *Los progresos y/o retrocesos del diálogo interreligioso, y sus repercusiones en el mundo de la salud*

El imperativo cristiano de convertir en *próximo* al *alejado*, desde el mensaje de la parábola del Buen Samaritano (Lc 10, 29-37) y el texto de Mt 25 34-46 tiene como consecuencia práctica en la Iglesia católica una enorme voluntad de cercanía y ayuda hacia

los que vienen de lejos, por ejemplo, hacia el número creciente de inmigrantes tercermundistas y de diversos credos religiosos que llegan hasta nosotros, y requieren unos servicios sanitarios y sociosanitarios de los que carecen en sus países de origen. Justo es reconocerlo, así como el hecho de que no suele ser esa misma la tónica en países donde el credo predominante no es el cristiano. En este aspecto, y en otros, el diálogo interreligioso y recíproco entre personas e instituciones de diversas creencias religiosas es una necesidad de cara a fomentar una ayuda mutua más estrecha y eficaz, así como la ayuda conjunta de los creyentes a los problemas sanitarios mencionados en 2.2. d.

2.4 La cercanía y la lejanía en clave eclesial, pastoral y teológica

a) *Los católicos alejados de la comunión de la Iglesia, y las posibles vías del acercamiento a ellos*

Este apartado es el más directamente aludido por el enfoque *clásico* y restringido de esta Campaña. Y, puesto que puede ser tratado desde diversas posiciones eclesiales, es de rigor aludir por nuestra parte, directa y expresamente, a quienes -enfermos, familiares, profesionales sanitarios, o ciudadanos sin más- se han alejado de la Iglesia a causa de una **experiencia decepcionante y penosa** al contacto con quienes trabajamos en la Pastoral de la Salud. Sin embargo, no seríamos ecuánimes si a lo dicho no añadiéramos inmediatamente que muchas otras personas alejadas de la Iglesia han percibido su **cercanía** y el eco genuino del Evangelio, a través de este mismo cauce. Y, sin lugar a dudas, esta Campaña debe marcarse como objetivo resaltar que la Pastoral de la Salud es el ámbito de encuentro más apropiado y fecundo para mostrar a *los que están lejos* la cercanía de Dios en Jesucristo, en su Evangelio y en la Iglesia, que lo proclama de palabra y de obra. También hay que mencionar al respecto las **conversiones** propiamente dichas en las que se ha traducido alejados, mediante el encuentro pastoral durante la vivencia de su enfermedad o la de uno de sus allegados.

b) *La vivencia de la comunión, sus avances y retrocesos, en el seno de la propia Iglesia*

La Iglesia es el Cuerpo de Cristo, cuya vida saludable y fuerza sanadora vienen garantizadas por la **simbiosis espiritual** de sus sistemas, órganos y miembros entre sí, y unidos al Señor Jesús, que es la Cabeza, *en la unidad del Espíritu*. Esta es la fuerza aproximadora y cohesionante de la comunión eclesial. Pero esta comunión ha de ser no sólo convencida y proclamada, sino vivida y realizada como voluntad irrenunciable de **mutua cooperación** entre los diversos

ministerios e instituciones. La Pastoral de la Salud no puede ser saludable y vigorosa si no recibe el apoyo e impulso necesarios desde la Conferencia Episcopal Española, las diversas regiones o provincias eclesiásticas, las instancias diocesanas responsables de la misión pastoral y los sectores afines a la misma, tales como la Catequesis, la Liturgia, y las pastorales Caritativa, Familiar, de Juventud, Universitaria, de Inmigración, ... A su vez, la Pastoral de la Salud, desde el común imperativo de la comunión eclesial, debe acercarse a todas ellas para hacer ver que el Evangelio es, en definitiva, *la Buena Noticia de la Salud*.

c) *Las luces y sombras en la comunión vivida y ejercida dentro de la propia Pastoral de la Salud, a escala nacional, diocesana y ministerial*

También hemos de aplicar el lema de esta Campaña a revisar el ejercicio de la comunión, traducido a voluntad de cercanía y cooperación creciente, en el propio interior de la Pastoral de la Salud. En líneas generales ése es el talante que nos mueve a todos los que nos encontramos en cada uno de los ámbitos mencionados en el encabezamiento de este apartado. De hecho, el resurgir y el progreso de la Pastoral de la Salud en España a partir de 1972 puede ser narrado en clave de una colaboración progresiva que nos ha conducido hasta las cotas de riqueza pastoral, contactos personales e institucionales, y variedad estructural de que hoy disfrutamos. Y, sin embargo, no seríamos consecuentes con la exigencia de *cercanía y asistencia* hacia los enfermos y sus cuidadores que planteamos al resto de la Iglesia, si entre los propios ministerios⁵, las estructuras⁶ y las personas implicadas en la Pastoral de la Salud no procuramos estar cada vez más unidos en la comunión de vida y en la cooperación ministerial. A la hora de concretar esta propuesta de mayor cercanía mutua, creo que las tareas más urgentes al respecto en las que merece la pena insistir en la Campaña 2004 son:

- _ Una mayor y más continua relación pastoral entre las comunidades parroquiales y los servicios de asistencia religiosa católica de los hospitales (SARC).
- _ En el interior de los centros hospitalarios, un esfuerzo mayor de cooperación pastoral por parte de los profesionales sanitarios cristianos con los SARC.
- _ La búsqueda de un mayor apoyo por parte de los

equipos parroquiales de visitantes de enfermos en los profesionales sanitarios cristianos de las propias parroquias y de los centros de salud cercanos a las parroquias.

d) *Por último, la cercanía o lejanía en la relación personal que cada uno de nosotros mantenemos con Dios*

Todo nuestro quehacer pastoral en el mundo de la salud tiene su razón de ser en la revelación y asistencia de un Dios que es Padre, y de quien decimos con el salmista que es quien *perdona nuestras culpas, cura nuestras enfermedades, rescata nuestra vida de la fosa y nos colma de gracia y de ternura (Sal 103, 3s)*; que es Hijo y, encarnado en la humanidad de Jesús, *pasó haciendo el bien y curando (Hech 10, 38)*; que es Espíritu y, por ello, *sostenedor de nuestra condición enfermiza (Rom 8, 26) y fuente del mayor consuelo* (himno de Pentecostés). Tal revelación y asistencia son las que, *en el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo*, constituyen la raíz más honda y nuclear de las palabras, gestos y acciones implicadas en nuestra misión de evangelización sanadora. Por tanto, ésta no puede consistir más que en invitar a los demás a que compartan con nosotros, desde la situación concreta y las posibilidades de cada uno, la comunión de vida sana, saludable y salvífica que Dios comparte con nosotros en la Iglesia. La conversión constante a vivir cada uno de nosotros una vida de comunión cada vez más honda con Dios resulta ser, pues, la condición primaria, radical y fundante de cuanto pretendamos lograr después en los desarrollos pastorales de esta Campaña.

2.5 Tres Constataciones a partir de este planteamiento

Analizando los elementos comunes a las diversas situaciones expuestas en este apartado surgen, al menos, tres constataciones que llevan a ampliar el horizonte de la Campaña 2004 más allá de la perspectiva clásica de los alejados:

- _ *Cerca y lejos* son términos que no debemos aplicar **sólo** en una dirección ni atribuirlos **en exclusiva** a ciertas personas, grupos o entidades humanas en relación con su alejamiento de la Iglesia.
- _ La cercanía y la lejanía, en las diversas situaciones mencionadas, tienen su primer asiento y desarrollo en cada uno de nosotros, en nuestro interior. **Todos** somos, en una cierta medida y simultánea-

5- Episcopal, presbiteral, religioso y laical.

6- Nacionales, interdiocesanas, diocesanas, parroquiales y hospitalarias.

mente *el sacerdote, el levita y el buen samaritano* de la parábola del Buen Samaritano.

La vieja fórmula de San Agustín referida a Dios: *Intimior intimo meo (Tú eres más íntimo a mí que yo mismo)*, expresa con clara sencillez el punto de partida, a mi modo de ver, de esta Campaña.

Pero creo que queda un último apunte que añadir a esta ampliación del horizonte al que nos abren las categorías de *cerca y lejos*, aplicadas a las situaciones antes aludidas. Y este nuevo apunte pienso yo que lleva a considerar idóneas dichas categorías para comprender la totalidad del mundo en que vivimos, y para colocarnos ante él con toda la responsabilidad que requiere su evolución actual.

3. Cercanía y lejanía, signos de nuestro tiempo

a) Desde la perspectiva de la aldea global

Quienes estamos en contacto habitual con los medios de comunicación y vivimos atentos a la evolución de la cultura y de la conciencia que la humanidad va adquiriendo sobre sí misma, nos hemos ido familiarizando con la idea de que nuestro mundo se está convirtiendo cada vez más en lo que Herbert Marshall MacLuhan llamó hace ya varias décadas *La Aldea Global*, y también de que, por ello, la humanidad se ve abocada a convertirse en *la tribu planetaria* que habita en esa *Aldea*. Surge así una nueva situación a la que denominamos ya espontáneamente *globalización o mundialización*. Sentimos que tal situación va a formar parte cada vez más de nuestro futuro y que, a causa de sus tremendas paradojas, incluso de sus abiertas contradicciones, suscita en nosotros grandes esperanzas y, a la vez, nos atemoriza con los graves riesgos que comporta. Se trata de que aprovechemos o desperdiciemos una oportunidad

única en la historia humana planetaria: la de encaminarnos cada vez más decididamente hacia formas de vivir en cercanía, en abierta comunicación, cooperación, mutua asistencia y comunión de vida; o bien la de alejarnos más todavía unos de otros y enzarzarnos, de un modo más cruel y destructivo que nunca hasta ahora, en luchas que ya han de considerarse contiendas tribales y vecinales, pero que amenazan incluso con nuestra destrucción como especie humana y aun como especie viva.

Sin llegar tan lejos porque, como decía el médico, historiador y cristiano Pedro Laín Entralgo, a *pesar de todas sus contradicciones la humanidad hasta ahora no ha mostrado vocación de suicidarse*, es evidente que el simple hecho de poder conocer al instante la situación de las personas y de los grupos y sociedades de nuestro mundo -por las informaciones que a cada momento nos proporcionan los medios de comunicación social- no genera siempre ni espontáneamente en nosotros la intención de acercarnos a ellos para convivir y compartir sus gozos y esperanza, tristezas y angustias, o para *vendar los corazones desgarrados y consolar a los que lloran*¹⁰.

Más bien, en este mundo nuestro de comienzos del tercer milenio después de Cristo, la cercanía y la distancia, la aproximación y el alejamiento en las relaciones humanas aparecen como actitudes humanas contrapuestas, dotadas ambas de una gran fuerza significativa para diagnosticar los síntomas del tiempo presente y para emitir un pronóstico lúcido sobre nuestro futuro, así como dotadas también de una fuerza operativa tal que puede llevarnos a todos a una vida más saludable y plena, o al desastre.

b) Cercanía y alejamiento en el mundo de la salud

Eso que ocurre en el panorama general de las relaciones humanas adquiere una relevancia y una manifestación especialmente intensa y expresiva en lo que damos en llamar *el mundo de la salud*. Muestra de ellos es la mayoría de las situaciones expuestas en todo el apartado 2. A través de ellas es posible comprobar cómo en el mundo sanitario se dan simultáneamente ingentes esfuerzos de genuina asistencia, es decir, de apro-

7- Herbert Marshall MacLuhan nació en Alberta (Canadá) en 1911. Fue profesor universitario y compañero de Herbert Marcuse en los años 70 del siglo XX, convirtiéndose en uno de los profetas de ese siglo y también en uno de los padres culturales del nuevo milenio.

Fue el primero en hablar del mundo como una aldea global, y de la humanidad como una tribu planetaria. MacLuhan acuñó estos términos a partir de un análisis de los medios de comunicación, y

8- en particular de la televisión. Muerto en 1981, no llegó a conocer el desarrollo de los ordenadores personales ni de Internet. Estas expresiones aparecen por primera vez en 1968, en la obra de MacLuhan *War and Peace in the Global Village* (Guerra y Paz en la Aldea Global), New York 1968.

9- Cf. Constitución pastoral *Gaudium et Spes*, nº 1.

10- Is 61, 1s; cf. Lc 4, 18s.

ximación, cercanía, cooperación y vida en comunión, así como ejemplos lamentables de indiferencia, desatención, desasistimiento, negligencia, maltrato, abandono o destrucción de la vida humana. En todos los ejemplos expuestos cabe constatar la suma importancia y las enormes repercusiones que comporta la voluntad de aproximación y cercanía a los ingentes problemas sanitarios de nuestro mundo y, sobre todo, a quienes los sufren o, por el contrario, las nefastas consecuencias que acarrea el desinterés o el declarado egoísmo de sus también múltiples manifestaciones insanas.

Ahora sí creo que, con todo lo dicho, queda suficientemente justificada la ampliación de los temas y destinatarios iniciales de la Campaña del Enfermo 2004, a partir del análisis de *los signos de nuestro tiempo*. Y, si es así, el método de discernimiento pastoral exige ahora examinar este panorama a la luz de la Revelación cristiana, contenida en la Sagrada Escritura y en la Tradición viva de la Iglesia.

4. La Historia de la Salvación, revelación de la progresiva cercanía de Dios al mundo y a los hombres

La lectura de la historia de la salvación en clave de cercanía y lejanía da tanto de sí en prácticamente todos los campos de la teología bíblica, sistemática y pastoral, que no es posible desarrollarla aquí, no ya en toda su integridad sino ni siquiera en la simple enumeración de sus ramificaciones temáticas. Por tanto, voy a limitarme a enumerar las referencias bíblico-teológicas más importantes y significativas al respecto, por su relación con la línea de pensamiento que vengo abordando :

a) La **Trinidad**, en cuanto *forma de ser y de vivir* de Dios en mutua *comunión de personas dentro*

de la unidad de naturaleza, por expresarlo a la manera de los primeros concilios ecuménicos y de la doctrina de los Padres de la Iglesia. La fe en la Trinidad, desde la lectura pastoral que aquí cabe hacer de ella, es la garantía suprema para el cristiano de que la cercanía, la donación y la comunión, vistas desde Dios Uno y Trino, no desgastan, disminuyen, anonadan o vacían a quienes las practican, sino que impulsan su desarrollo como personas a la vez que reafirman la integridad y coherencia de su ser.

b) La **creación**, entendida como condición de posibilidad del acercamiento de Dios al mundo y a los hombres. La creación se inicia y desarrolla a partir de la intención divina de crear el universo, dotándole de las condiciones adecuadas para suscitar la vida y llevarla hacia formas de complejidad creciente en cantidad y cualidad, hasta llegar al ser humano, *imagen e interlocutor* de Dios y llamado, por ello, a la vida de comunión con Él. La presentación de Dios a los antiguos patriarcas, para iniciar con ellos la **alianza** suscrita luego con todo el pueblo de Israel. Una alianza que era vista como la garantía de la vida, la salud y la felicidad que Dios quería para su pueblo¹¹.

c) La revelación de Dios a Israel como el **Pastor, Médico** y Consolador de Israel¹². El *cuidado*, la *voluntad sanadora* y el *consuelo* son a lo largo de toda la Revelación tres aspectos nucleares del empeño divino de vivir en comunión de vida con los hombres.

D) La figura del **Mesías**, sobre todo en su caracterización como **Servidor**, y su evolución hasta identificarse veladamente con Dios mismo. El servicio mesiánico-divino consiste, como todos sabemos, en *cargar con las dolencias y echar sobre sí las enfermedades*.

E) La **encarnación** de Dios en Jesús de Nazaret, con la que Dios trascendente se une de modo definitivo e indisoluble con la humanidad y con la creación entera.

F) La misión de Jesús como **Servidor, Pastor, Cordero** y **Médico** que se identifica con la humanidad pecadora, enferma y doliente, promete la salud y la felicidad a los que sufren, y se las brinda enteramente en la resurrección de su humanidad glorificada.

11- Ver, entre otros muchos textos alusivos, Dt 30, 1-19.

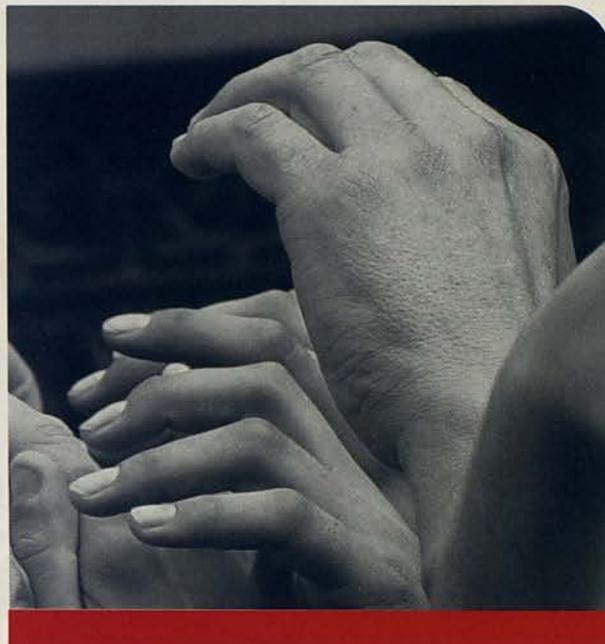
12- Para ilustrar esta afirmación y las siguientes de este apartado me remito a mi escrito Raíces e historia de la Pastoral y de la Pastoral de la Salud, que puede encontrarse en la página web de la Delegación de Pastoral de la Salud de la Archidiócesis de Madrid -www.archimadrid.es/dpsanitaria- y que está incluido y revisado como un capítulo del libro Introducción a la Pastoral de la Salud, que la editorial San Pablo tiene previsto publicar el 1 de Febrero de 2004.

- g) La autocomprensión de la Iglesia como **Cuerpo de Cristo** y *signo e instrumento de la íntima unión con Dios y de la unidad de todo el género humano*.
- h) La historia de la Iglesia en clave de **Pastoral de la Salud**, y la de sus aportaciones a la cultura y la praxis sanitaria de ayer y de hoy¹³.
- i) La **espiritualidad cristiana**, como camino de conversión personal hacia una cada vez más íntima comunión con Dios, *Intimior intimo meo, más íntimo a mí que yo mismo (San Agustín)*.

5. Los que están lejos

También aquí he de ser forzosamente parco y limitarme a enumerar lo que en los materiales de la Campaña, sobre todo en los de formación y educación en la fe, será más detallado. Simplemente quiero mostrar la gama de destinatarios a los que más directamente puede dirigirse esta Campaña.

- a) Los **enfermos** más necesitados y desasistidos y sus **familiares**.
- b) Los **sanitarios**, en cuanto *terapeutas heridos*.
- c) Las **estructuras** sanitarias -políticas, económicas y empresariales- y quienes las lideran y componen, en la medida en que aún no **sirven** a la vida y a la salud de los ciudadanos.
- d) Los promotores de la **cultura sanitaria**, en aquellos aspectos cuya omisión o desentendimiento implica una reducción o empobrecimiento en la comprensión del ser humano entero y pluridimensional.
- e) Los responsables de las **ciencias de la vida** y de sus **aplicaciones tecnológicas**, cuando olvidan o niegan, en la teoría o en la práctica, que cada ser humano es un fin en sí mismo, digno de la máxima consideración y respeto así como, desde la perspectiva cristiana, *imagen e hijo* de Dios.



13- Ver al respecto mi artículo La aportación de la Iglesia a la sanidad desde el Evangelio y su propia Tradición, en Labor Hospitalaria, Enero a Marzo de 1992, nº 223, p. 69-77.

- f) La multitud de personas que en el **tercero y cuarto mundo** sufren de enfermedades carenciales o infecciosas y no tienen acceso a los recursos más elementales para la salud, y aún para la vida misma.
- g) Los **responsables de la Tierra** -en el fondo todos nosotros- en cuanto que ésta sigue siendo contaminada y expoliada, en lugar de ser considerada y tratada como el *hogar saludable* para todos, y el escenario general donde se nos ofrece *la gloria de Dios*.
- h) Quienes defienden una idea y una asistencia del hombre **al margen** de su dimensión religiosa y de las necesidades que dimanen de ella.
- i) Quienes, siendo **creyentes**, aún vivimos alejados y divididos unos de otros, dejando de aportar con ello al mundo el testimonio de que Dios es Cercanía, Comunión, Salvación y Salud.
- j) Los **católicos que se han alejado** de la comunión de la Iglesia, del seguimiento del Evangelio y de *la vida según el Espíritu*.
- k) Los **responsables de la Pastoral** de la Iglesia, a todos los niveles -episcopal, diocesano, arciprestal, parroquial y sectorial- en la medida en que no traducimos aún la comunión eclesial en cooperación pastoral convencida y efectiva.
- l) Los **integrantes de la Pastoral de la Salud** por idénticos motivos.
- m) **Cada uno de nosotros, cristianos**, en cuanto nuestra vida personal deja aún que desear en nuestra relación con Dios, por lo que resulta ser más o menos *enfermiza*, y menos saludable y sanadora de lo que debería.

6. A modo de conclusión.

Se me encomendó la tarea de ilustrar las perspectivas y posibilidades de una Campaña del Enfermo la cual, aludiendo de entrada a los *alejados* en sentido clásico y restringido, se abriera a horizontes más amplios en sintonía con el lema propuesto por los obispos, con el contenido de las *Orientaciones* y con las sugerencias aportadas por personas avezadas en

la Pastoral de la Salud. La tarea era factible, aunque nada fácil, y espero al menos haberla iniciado. Porque su continuación creo que es cometido de los ponentes que vienen a continuación en estas XXVIII Jornadas, del *Mensaje* de los Obispos, de los materiales de formación y educación en la fe, así como, sobre todo, de la *reflexión* que en cada diócesis, sector, parroquia u hospital se lleve a cabo para aplicar con tino lo que de esta Campaña requiera cada uno de esos ámbitos pastorales.

Enfermedad, sufrimiento y cruz como lugares de encuentro y de nueva evangelización

> José L. Redrado, O.H.

Secretario del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Ciudad del Vaticano

La reflexión del autor comprende cuatro partes: en la primera trata de describir qué es la evangelización, su ámbito y sus finalidades; en la segunda, concentra la atención en el significado de la nueva evangelización y el alcance que tiene en el mundo de los enfermos; en la tercera, presenta algunos textos de la Iglesia que indican el sufrimiento como lugar de encuentro y en la cuarta, más amplia, desea resaltar que la Buena Nueva pasa a través de la cruz, a través del sufrimiento, ya sea en la predicación y en la realidad de Cristo, como en la nueva etapa histórica, es decir, en nuestro tiempo que debe ser un reavivar la llama original; de esta forma, el sufrimiento, la enfermedad, llegan a ser lugar de encuentro, momento de conversión y de salvación. ▶

Un episodio hebreo narra que un discípulo preguntó a su maestro:

- ¿Por qué los buenos sufren más que los malos?

El Maestro respondió:

- Escucha, un hombre tenía dos vacas, una fuerte y la otra débil. ¿A cuál de las dos le puso el yugo?

- Obviamente a aquella fuerte –

respondió el discípulo.

El maestro concluyó:

- Lo mismo hace el misericordioso: para que el mundo siga adelante pone el yugo a los buenos.

esperanza (Evangelii nuntiandi, 22). *No hay verdadera evangelización si no se anuncia el nombre, la enseñanza, la vida y el misterio de Cristo.* El anuncio provoca en quien lo escucha una conversión, una adhesión (Evangelii nuntiandi, 23 y 24).

– Evangelizar es hacer concreto el testimonio, comprometerse con la vida. Celebrar la Palabra de Dios, compartirla a los demás (la fe es compromiso y misión: se vive, se celebra y se participa).

– Aquel que ha sido evangelizado, se vuelve a su vez evangelizador: es apóstol, testigo.

Evangelización, formas y finalidades

...Y los envió a anunciar el Reino de Dios y a curar a los enfermos...

(Lc 9, 1-6)

1. ¿Qué es la evangelización?

– Evangelizar es llevar el Evangelio –Buena Nueva– Buen anuncio (Evangelii nuntiandi, 18).

– Evangelizar es proclamar con la vida (proclamación silenciosa), con el testimonio, esta presencia salvífica de Dios (Evangelii nuntiandi, 21).

La palabra viva de Cristo debe encarnarse en la vida de los testigos.

– Evangelizar es revelar lo que está escondido, anunciar por medio de la palabra, dar razón de nuestra

2. Se evangeliza de muchos modos²

– Evangelizar por proclamación:

“...el Reino de Dios está cercano, convertíos...” (Mc 1, 14-15); Jesús con la Samaritana (Jn 4) y con los discípulos de Emaús (Lc 24).

– Evangelizar por convocación:

“...invítadlos (a todos) a la boda” (Mt 22, 9).

– Evangelizar por atracción: sin enviar misioneros la multitud acudía (Hch 5, 16).

– Evangelizar por irradiación:

“... lámpara que arde...” (Jn 5, 35); “a la vista de vuestras buenas obras den gloria a Dios...” (1P 3, 1-2).

– Evangelizar por contagio:

“...He venido a traer fuego...” (Lc 12, 49).

“... sean ganados no por las palabras sino al considerar vuestra conducta” (1P 3, 1-2).

3. Que todos se salven: esta es la Buena Nueva del Evangelio

a) La Buena Nueva viene de Jesús cuando en la Sinagoga de Nazaret proclama:

“El Espíritu del Señor sobre mí, porque me ha ungido.

1- José L. REDRADO, Evangelización y pastoral sanitaria, en Dolentium Hominum n. 12/1989.

2- Card. Carlo M. MARTINI, Vivere i valori del Vangelo, Einaudi, Torino 1996, pp. 90-91.

Me ha enviado a anunciar a los pobres la Buena Nueva, a proclamar la liberación a los cautivos y la vista a los ciegos, para dar la libertad a los oprimidos y proclamar un año de gracia del Señor”(Lc 4, 18-19).

b) Viene de Jesús cuando, para acreditar su misión evangelizadora, su presencia mesiánica, salvífica, dice a los discípulos de Juan:

“Id y contad a Juan lo que oís y veis: los ciegos ven y los cojos andan, los leprosos quedan limpios y los sordos oyen, los muertos resucitan y se anuncia a los pobres la Buena Nueva; ¡y dichoso aquel que no se escandalice de mí” (Mt 11, 4-6).

c) Viene de Jesús como nos lo testimonian los Evangelios:

“A la caída del sol todos cuantos tenían enfermos de diversas dolencias se los llevaban; y, poniendo El las manos sobre cada uno de ellos, los curaba” (Lc 4, 40).

*“Quien tiene oídos para entender, entienda” (Mt 4, 23)
“Pero ellos decían entre sí: ‘No tenemos panes’. Pero Jesús, al darse cuenta, les dice: ‘Por qué estáis hablando de que no teneis panes? ¿Aún no comprendéis ni entendéis? ¿Es que tenéis la mente embotada?’” (Mc 8, 16-17).*

d) El anuncio del Evangelio está unido a los gestos y a la presencia de Jesús entre los enfermos, una lista casi interminable: ciegos, sordos, mudos, leprosos... (Mt 14, 34-36; 15, 29-31; Mc 6, 53-56).

e) Una Buena Nueva para la salvación de todos:

– *En el Prefacio de la Oración Eucarística Vc leemos:*

*“El manifiesta su amor
para con los pobres y los enfermos,
para con los pequeños y los pecadores.
El nunca permaneció indiferente
ante el sufrimiento humano.
Su vida y su palabra
son para nosotros la prueba de su amor.
Como un padre siente ternura por sus hijos
así Tú sientes ternura por tus fieles.”*

– *Y en la consagración del vino la Iglesia recuerda
las palabras de Jesús:*

“Este es el cáliz de mi Sangre

*para la nueva y eterna alianza,
derramada por vosotros y por todos
en remisión de los pecados”.*

La nueva evangelización

1. “Juan Pablo II ha sido el primero que habló de ‘nueva evangelización’. Lo mencionó por vez primera durante su primer viaje apostólico a Polonia el 9 de junio de 1979, cuando en Nowa Huta dijo: “La nueva cruz de madera ha sido levantada no lejos de aquí (...). Con ella hemos reencontrado un signo, esto es, que en los umbrales del nuevo milenio (...) se vuelve a anunciar el Evangelio. Ha comenzado una nueva evangelización, como si se tratase de un segundo anuncio, aunque en realidad es siempre el mismo (...). Y todos pedimos que sea fructuosa, como la primera, antes bien, mucho más” (en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, II/I (1979), p. 1505 s. Cf. *La Civiltà Cattolica*, IV (1991), pp. 325-336).

Volvió a hablar más ampliamente en dos discursos en América Latina. En el dirigido a la XIX Asamblea del CELAM (Port-au-Prince, Haití, 9 marzo 1983), Juan Pablo II dijo que la conmemoración en 1992 del quinto centenario de la evangelización de América Latina, que iniciara con el descubrimiento de aquel continente, habría tenido un significado cabal si hubiese habido un ‘empeño’ de todos, obispos, sacerdotes y fieles: “*Empeño, no de reevangelización, sino de nueva evangelización. Nueva en su ardor, en sus métodos, en su expresión*” (Juan Pablo II, *Discurso a la XIX Asamblea ordinaria del CELAM*, Port-au-Prince, Haití, en *Insegnamenti*, VI, 1 (1983), pp. 696-699. Retomará este argumento en su discurso al episcopado de Perú el 2 de febrero de 1985, y al mismo episcopado el 15 de mayo 1988). Juan Pablo II menciona este concepto en Santo Domingo el 12 de octubre de 1984 durante la inauguración de la Novena en preparación y celebración del V Centenario de la evangelización del Continente Latinoamericano (cf. Juan Pablo II, *Fidelidad al pasado de fe, mirada a los retos del presente, empeño por una nueva evangelización*, en *Insegnamenti*, VII 2 (1984), pp. 885-897). Desde entonces, esta referencia iluminadora se ha vuelto cada vez más frecuente en el Magisterio de Juan Pablo II, sea en los sínodos episcopales como en muchas intervenciones de los episcopados”.

3- Cf. FRIGIOLA Giuseppe, *La nuova evangelizzazione di Giovanni Paolo II*, Ed. Progetto Gutenberg, Roma 1995, p. 16.

2. *“El Concilio Vaticano II, decía en 1985 el Papa Juan Pablo II, ha representado ‘el fundamento y el inicio de una gigantesca obra de evangelización del mundo moderno(...)’. ¿Qué es y qué no es la “nueva evangelización”? La nueva evangelización es en primer lugar un movimiento que se refiere a la misma Iglesia, a su identidad más íntima. Es ante todo la afirmación del primado de la evangelización sobre todas las demás tareas de la Iglesia. No es un ‘nuevo Evangelio’ o, como alguien ha querido entenderlo, un reajuste, una adaptación del Evangelio a la era moderna. La novedad no mella el contenido evangélico que es inmutable, se refiere más bien al lenguaje, a los gestos, a los métodos de apostolado”⁴.*

no se puede dejar de tomar en cuenta esta realidad”⁷.

Es muy hermoso el siguiente párrafo del Papa Juan Pablo II⁸:

“Maestro, ¿dónde vives?”.

-”Venid y veréis’. Encontraréis a Jesús allí donde los hombres sufren y esperan: en los pequeños pueblos diseminados en los continentes, aparentemente al margen de la historia, como era Nazaret cuando Dios envió su Angel a María; en las grandes metrópolis donde millones de seres humanos frecuentemente viven como extraños. Cada ser humano, en realidad, es «conciudadano» de Cristo. Jesús vive junto a nosotros, en los hermanos



3. Siempre será nueva evangelización -por su frescura, actualidad y testimonio- una evangelización entre los pequeños, los enfermos, los necesitados.

Un autor moderno describe la línea de amor preferencial por los pobres en una cultura de la solidaridad:

“La caridad evangélica privilegia el servicio a los ‘hermanos más pequeños’ y se dirige siempre a la persona y no sólo a sus necesidades. Nos empeña, pues, en una acogida y en una conversión continua; en un salir al encuentro a las nuevas formas de marginación y de pobreza que se están difundiendo; en una asunción comunitaria de la opción por los más pobres; en una ampliación universal de dicha elección para contribuir a instaurar en el mundo la ‘civilización del amor’: ‘Además, hoy, en vista de la dimensión mundial que ha asumido el problema social, este amor preferencial, con las decisiones que nos inspira, no puede dejar de abrazar las inmensas multitudes de hambrientos, de mendigos, sin techo, sin asistencia médica y, sobre todo, sin esperanza de un futuro mejor:

con los que compartís la existencia cotidiana. Su rostro es el de los más pobres, de los marginados, víctimas casi siempre de un modelo injusto de desarrollo, que pone el beneficio en el primer puesto y hace del hombre un medio en lugar de un fin. La casa de Jesús está donde un ser humano sufre por sus derechos negados, sus esperanzas traicionadas, sus angustias ignoradas. Allí, entre los hombres, está la casa de Cristo, que os pide que enjuaguéis, en su nombre, toda lágrima y que les recordéis a los que se sienten solos que nadie está solo si pone en Él su esperanza (cfr. Mt 25,31-46)”.

– *“Venid y veréis”*: Jesús vive en los enfermos de cáncer, de SIDA, en los moribundos...

– *“Venid y veréis”*: Los enfermos y el campo sanitario son lugares privilegiados para anunciar el Evangelio.

– *“Venid y veréis”*: el gozo y la esperanza de muchos hombres y mujeres que sufren..., y estos hombres

4- La nuova evangelizzazione e l'ospitalità alle soglie del terzo millennio, Ed. Fatebenefratelli, Collana n. 6, Brescia (1966), p. 12.

5- PINTOR Sergio, L'uomo via della Chiesa, EDB, Bologna 1992, p. 187.

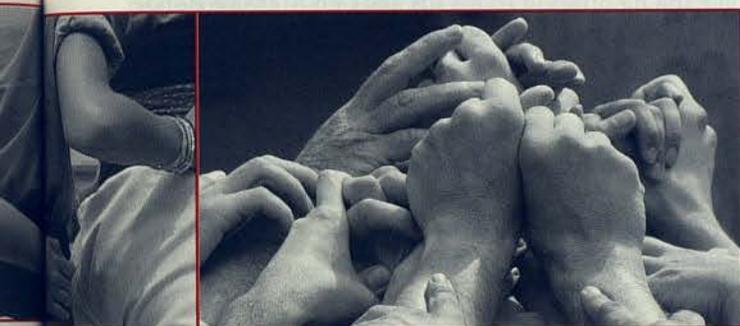
6- Cf. Mt 25, 31-46.

7-SRS 42: EV 10/2673

8- ensaje con ocasión de la XII Jornada Mundial de la Juventud, 1997, n. 4.

9- Cf Card. Fiorenzo ANGELINI, en Dolentium Hominum n.32/1996, pp. 7-10.

y mujeres, estos lugares de sufrimiento son un verdadero testimonio del Evangelio, una buena noticia. *“Del mismo modo, siguen siendo necesarias en la perspectiva de la evangelización y del testimonio, la presencia de las llamadas ‘obras de caridad’ que la Iglesia realiza a través de los institutos religiosos o grupos de laicos. Dichas obras deben entenderse no en el simple plano de ‘asistencia social’ para suplir o, peor, para competir con las obras sociales de la sociedad civil y del Estado, sino en su sentido cabal que recordara también el Vaticano II: ‘Todo ejercicio de apostolado debe tener sus orígenes y vigor de la caridad, algunas obras, las que Cristo Señor quiso que fueran signos de su misión mesiánica,*



por su naturaleza son adecuadas a ser expresión viva de la caridad’. Las obras de la Iglesia son, pues, por su naturaleza, testimonio concreto de la caridad, signo constante del amor de Dios hacia todos los hombres: este es el significado y su razón de ser”¹⁰.

Todo nos habla –sin palabras (con gestos, con la vida)– de Buena Nueva, esto es, Jesús pasa y sana; Jesús pasa y acoge; Jesús pasa y salva. Gestos, lugares de encuentro y salvación.

Lugares de encuentro

1. La enfermedad, lugar de encuentro adecuado para la evangelización

En primer lugar, para el mismo *enfermo*, ya que la nueva situación que debe vivir le cambia totalmente

la vida, quizás de una gran actividad a la paralización de la misma, de un no tener tiempo a poseer todas las horas para poder pensar, valorar, revisar, “vivir”.

En torno al enfermo está la *familia*, que participa y sufre la misma realidad; familia que puede encontrar un espacio para renovar su fe y su amor.

Tiempo adecuado también para la *comunidad cristiana*, que puede ejercer en este momento los valores de la solidaridad, la acogida, o la fe compartida en la oración.

Tiempo especial para cuantos trabajan en el hospital, particularmente para los *agentes de pastoral*, para todos los cristianos, ya que el enfermo es una “caja de resonancia” de muchos problemas, ocasión para despertar al apostolado.

Pero es, sobre todo, el *tiempo* de Dios. Dios tiene sus momentos, sus designios, sus medios. Dios pasa frecuentemente por la vida del hombre, pero a veces éste está distraído; ahora, en la enfermedad, puede escucharle sin tanto ruido. Por experiencia sabemos cómo la enfermedad ha sido, para mucha gente, el momento adecuado de cambio de vida, de sentir más cerca a Dios que pasa, y pasa, no para juzgarnos, sino para salvarnos.

2. La Iglesia descubre en el enfermo y en los centros de salud los lugares de encuentro y evangelización

A la Iglesia en cuanto comunidad de creyentes, a través del mandato apostólico, le ha sido confiado el “cuidado de los enfermos”. Este cuidado, curar a los enfermos, es inseparable de la “Evangelización”.

La misma tradición de la Iglesia, a través de su

10- PINTOR Sergio, o.c., p. 189.0.

Magisterio, non enseña que:

- _ El servicio a los enfermos es parte integrante de su misión (*Dolentium Hominum* n. 1).
- _ La Iglesia busca el encuentro con el hombre, de modo particular, por el camino del sufrimiento. "El hombre es camino de la Iglesia" (*Salvifici doloris* n. 3).
- _ Curar a los enfermos es "diaconía" de la Iglesia local y universal. Este ministerio no se limita a sus fieles, sino que se abre -se debe abrir- por fidelidad al Evangelio, a todo aquel que sufre (Lc 10, 25-37).



- _ El cuidado de los enfermos hace referencia al hombre en su unidad somato-espiritual (DH n. 2).
- _ Será, por tanto, obligación de la comunidad cristiana ayudar al enfermo a liberarse de todo lo que impide que el sufrimiento sea, para él y para los otros, "una fuerza de redención" (SD n. 19).
- _ El cuidado de los enfermos es "diaconía" eclesial que expresa de modo perfecto su esencia de "sacramento universal de salvación" (LG n. 1).

Esta *solicitud de la Iglesia* por los enfermos, y cuyo testimonio es no sólo grande en extensión, sino también grandioso por la calidad, como lo demuestra la historia, esta preocupación -repito viene subrayada en el Magisterio de estos últimos años. Pío XII iluminó la ciencia médica con innumerables discursos que hacen texto en el momento presente. El Concilio Vaticano II, aparte del Mensaje dirigido a los enfermos, señala tanto al obispo, como a los sacerdotes, que tengan la mayor solicitud "*por los enfermos y los moribundos, visitándolos y confortándolos en el Señor*" (PO 6, 8; LG 38). El mismo *Derecho Canónico* (can. 529, párrafo 1) recuerda a los párrocos el deber de asistir

a los enfermos y moribundos y el hacerlo con generosa caridad.

Subrayamos particularmente los dos documentos del actual Papa, Juan Pablo II, *Salvifici doloris* y *Dolentium hominum*; el primero sobre el sentido cristiano del sufrimiento y el segundo el Motu Proprio institutivo del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, que han puesto en marcha un nuevo movimiento en el cuidado pastoral hacia los enfermos. Dígase lo mismo de la Institución de la Jornada Mundial del Enfermo.

Con ocasión de la Jornada Mundial del Enfermo el Papa ha dirigido todos los años un Mensaje donde subraya fuertemente el significado del sufrimiento, el contributo de éste a la nueva evangelización, los centros de salud como lugares de encuentro, de vida y esperanza, santuarios donde se vive el Misterio pascual, y cómo en estos lugares no deba faltar personal adecuado que dé testimonio de vida, de fe y esperanza, acompañando como buenos samaritanos al hombre que sufre.

Todos estas expresiones las podrá encontrar el lector, ampliamente, desde el primer Mensaje: Jornada en Lourdes, 1993 - hasta el último: Jornada en Washington, 2003.

En la Jornada celebrada en Lourdes el 11 febrero 1993, decía el Papa:

"A través de todos los siglos se han escrito páginas admirables de heroísmo en el sufrimiento aceptado y ofrecido en unión con Cristo. Y se han llenado páginas no menos espléndidas mediante el servicio humilde hacia los pobres y los enfermos, en cuya carne herida se ha reconocido la presencia de Cristo, pobre y crucificado.

Vuestros sufrimientos acogidos y sostenidos por una fe inquebrantable, unidos a los Cristo, adquieren un valor extraordinario para la vida de la Iglesia y para el bien de la humanidad".

Y en la Jornada celebrada en Washington, en el 2003, el Papa nos propone el siguiente programa:

"Los hospitales católicos deben ser centros de vida y de esperanza, donde se promuevan, junto con el servicio de los capellanes, los comités éticos, la formación del personal sanitario laico, la humanización de los cuidados a los enfermos, la atención a sus familias y una particular sensibilidad hacia los pobres y los marginados. El trabajo profesional ha de concretizarse en un auténtico testimonio

de caridad, teniendo presente que la vida es un don de Dios, del cual el hombre es solamente administrador y garante”.

La Jornada Mundial del Enfermo ha despertado en la Iglesia universal un gran movimiento de reflexión, de oración y de gestos que están ayudando a descubrir la importancia que tiene la pastoral de salud en la Iglesia.

A los Mensajes del Papa se han unido muchas conferencias episcopales, acompañando con Mensaje la respectiva celebración. Traigo aquí, por la fuerza que tiene, el n. 6 del Mensaje de la Comisión Episcopal española de pastoral con ocasión del día del Enfermo, 21 mayo 1995. Dice así al hablar de evangelizar el sufrimiento.

Evangelizar el mundo del sufrimiento constituye para nuestras comunidades cristianas un reto. Reconociendo su trabajo, les alentamos a proseguirlo con empeño y les proponemos las siguientes acciones por considerarlas prioritarias y urgentes hoy:

— Educar para vivir y asumir el sufrimiento. «Forma parte de la experiencia humana y es vano, además de equivocado, tratar de ocultarlo o descartarlo. Se debe ayudar a cada uno a comprender, en la realidad concreta y difícil, su misterio profundo» (Evangelium Vitae 97).

— A la luz del Evangelio, renovar actitudes y purificar lenguajes ante el sufrimiento propio o ajeno para lograr que la fe sea fuerza y no lastre en medio de la enfermedad. Actualmente la resignación y la ofrenda del sufrimiento están cuando menos, en crisis.

— Escuchar más a los enfermos, pues ellos saben lo que es sufrir, difundir su testimonio y facilitar el intercambio de experiencias de fe en la enfermedad. El que sufre tiene necesidad de modelos y ejemplos más que de palabras.

— Despertar y afinar la sensibilidad hacia el prójimo enfermo y desarrollar actitudes de cercanía y asistencia (SD29).

— Promover una solidaridad afectiva y efectiva hacia los enfermos. «El sufrimiento está presente en el mundo para irradiar el amor» (SD29).

— Finalmente, reconocer y celebrar los logros de la ciencia

para suprimir o aliviar el dolor, los gestos innumerables de afecto, preocupación y ternura de los que asisten a los enfermos, así como la presencia sacrificada y amorosa de las familias junto a sus seres queridos.

Esta solicitud pastoral ha sido igualmente recordada de manera particular por el Papa en sus exhortaciones apostólicas *Christifideles laici* n. 53 y 54 y *Vita consecrata* n.82 y 83.

Y más recientemente, en las exhortaciones “Iglesia en América” e “Iglesia en Europa”, cuyos textos ponemos a continuación:

— Exhortación Apostólica Postsinodal “Iglesia en América” (n. 12):

“La Escritura y la Eucaristía, como lugares de encuentro con Cristo, están sugeridas en el relato de la aparición del Resucitado a los dos discípulos de Emaús. Además, el texto del Evangelio sobre el juicio final (cf Mt 25, 31-46), en el que se afirma que seremos juzgados sobre el amor a los necesitados, en quienes misteriosamente está presente el Señor Jesús, indica que no se debe descuidar un tercer lugar de encuentro con Cristo: ‘Las personas, especialmente los pobres, con los que Cristo se identifica’. Como recordaba el Papa Pablo VI, al clausurar el Concilio Vaticano II, ‘en el rostro de cada hombre, especialmente si se ha hecho transparente por sus lágrimas y por sus dolores, podemos y debemos reconocer el rostro de Cristo (cf Mt 25, 40), el Hijo del hombre”.

— Exhortación Apostólica Postsinodal “Iglesia en Europa” (n. 88)

“Se ha de promover también convenientemente la pastoral de los enfermos. Teniendo en cuenta que la enfermedad es una situación que plantea cuestiones esenciales sobre el sentido de la vida, el cuidado de los enfermos ha de ser una de las prioridades ‘en una sociedad de la prosperidad y la eficiencia, en una cultura caracterizada por la idolatría del cuerpo, por la supresión del sufrimiento y el dolor y por el mito de la eterna juventud’. Para ello se ha de promover, por un lado, una adecuada presencia pastoral en los diversos lugares del dolor, por ejemplo, mediante la dedicación de los capellanes de hospitales, los miembros de asociaciones de voluntariado, las instituciones sanitarias de los enfermos. Hará falta además estar al lado del personal médico y auxiliar con medios pastorales adecuados, para apoyarlo en su delicada vocación al servicio de los enfermos. En efecto, los agentes sanitarios

prestan cada día en su actividad un noble servicio a la vida. A ellos se les pide que den también a los pacientes una ayuda espiritual especial, que supone el calor de un auténtico contacto humano”.

La buena nueva de Jesús pasa por la cruz

*La cruz nos habla de amor y de perdón.
En la "locura" de la cruz está la victoria del amor.
Muriendo como lo hizo Jesús, nos ha mostrado
la victoria del amor.*

Alguna clarificación a esta cuarta parte

Desde el punto de vista etimológico, evangelizar significa “llevar una buena noticia”. Pero si la cruz, símbolo del dolor y del sufrimiento, es en sí una “mala experiencia” que, por instinto, todos rechazamos, ¿de qué modo se puede afirmar que la cruz forma parte de una “buena noticia”?

Evangelio: Buena Noticia, Dios me ama, Dios me salva. ¿Y cómo puede ser Buena Noticia para el hombre que sufre, para el hombre que no tiene casa, no tiene trabajo, para el hombre que ha tenido un accidente y le han amputado una pierna? Buena Noticia también para el niño que comienza esta vida con enfermedad, la madre con cáncer de pecho? ¿Buena Noticia para quienes están constantemente en ambulatorios, sometidos a infinidad de pruebas, con grandes interrogantes sobre su salud y sin saber qué les pasa? ¿Buena Noticia, en fin, para el hombre que pasa la mayor parte de su vida enfermo en un hospital o en la cama de su casa? ¿Buena Noticia el evangelio en una casa con enfermo de Sida, un discapacitado, un drogado. ...? No es fácil dar respuesta a tantos interrogantes.

En una sociedad que busca desenfrenadamente el estar bien, el poseer, el ser joven, hermoso ... Una sociedad que consume drogas y cosméticos abusivamente, para aparentar, para la imagen sólo física... Una sociedad de la prisa, de las obligaciones “imprescindibles”, del stress, del creerse importante, del tener que hacer muchas cosas, no está preparada para la dificultad, para la enfermedad, el sufrimiento, la muerte. Todo esto es una desgracia que te puede suceder, pero es mejor no pensar ..., y así, de repente,

cuando llega, todo se derrumba.

Sin embargo, debemos anunciar que la Buena Noticia de Jesús pasa por la cruz. La cruz no es el “palo”, es la imitación de Cristo, el ser testigo, paciente y perseverante, es ir contra corriente de acuerdo con los mandamientos de Dios: Son cruz las incomprendiones, la marginación; es cruz el mal físico: cataclismos, enfermedades, muerte, consecuencia de nuestra finitud y también el mal moral que nuestra conducta provoca -guerras, opresión-consecuencia del mal uso que hacemos de la libertad.

Dios no quiere esta cruz, este mal, para nosotros, Dios no es un sádico que se ensaña con el hombre; Dios no quiere que suframos, Dios es Padre, lleno de amor, de misericordia, de perdón y no puede mandarnos los enfermedades. Pero el hombre sufre. ¡y cuánto!

Yo he visto muchos rostros doloridos, rostros del sufrimiento. Los rostros del hambre, de la pobreza, de la desocupación; de los pueblos en guerra; los rostros terrorizados; los rostros sin identidad, anónimos; los rostros de la madres desoladas, mujeres marginadas; los rostros de los niños explotados; los rostros de los enfermos (de cáncer, de Sida ...), los rostros de los moribundos ...

Las cifras, que yo llamo de la vergüenza, hablan por sí solas de este inmenso ejército de hombres y mujeres que sufren:

- _ Casi mil millones de personas se encuentran en una situación de pobreza, de desnutrición y de enfermedad.
- _ Cada año mueren 46 millones de personas.
- _ Aproximadamente 850 millones de personas viven en zonas maláricas.
- _ En muchos países el promedio de vida no llega a 50 años (cuando la expectativa de vida hoy es de 75 años).
- _ El nivel de mortalidad infantil en muchos países es del 100 al 200‰.

En el mundo existen:

- 10 millones de epilépticos
- 15 millones de leprosos
- 32 millones de sordomudos
- 50 millones de paralíticos

El 12% de la población sufre de alguna turbación mental. A esto añadamos: el SIDA, la tóxicodependencia, el alcoholismo, los ancianos, la desocupación ...

Como se puede notar, se trata de un largo viaje, de un gran peregrinaje de toda la humanidad en el mapa del mundo del sufrimiento; he aquí la universalidad que mancomuna a los individuos y a los pueblos, a pobres y ricos, a ignorantes y a hombres de ciencia, a creyentes y no creyentes.

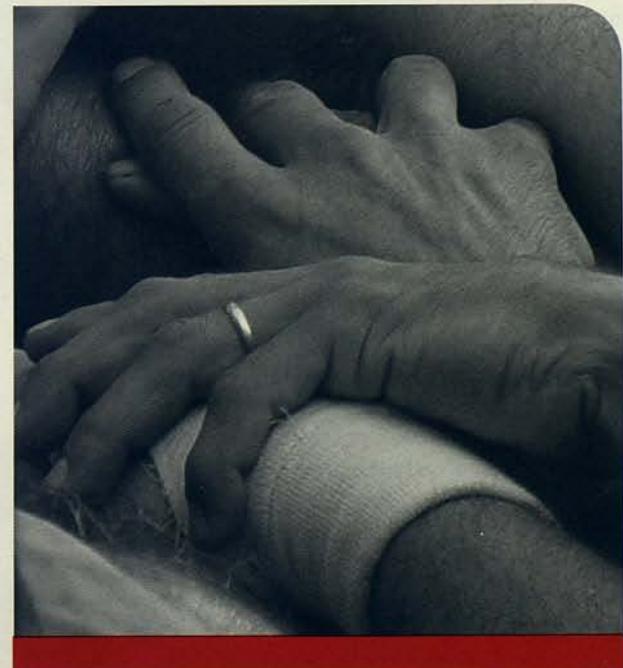
Sufrimiento, enigma, misterio, y ante el misterio el silencio, la admiración, nos faltan datos para formarnos un juicio; nuestro ver es "ahora" confuso, "después" veremos cara a cara (I Cor. 13,12).

¿Podemos liberarnos del sufrimiento? Por mucha ciencia que pongamos, por mucho amor que tengamos hacia quienes sufren, sólo podremos aliviar y, a lo sumo, eliminarlo parcialmente.

De ahí que el hombre debe dar sentido al sufrimiento, debe saber por qué sufre y cómo debe sufrir para que tenga sentido esta realidad que es de la vida. Una clave es el amor y la resurrección. Cruz - sufrimiento - sin amor no tiene sentido. Viernes santo sin Domingo de pascua, no tiene sentido, como tampoco se da domingo sin viernes.

En la expresión cruz - sufrimiento - van implícitos muchos conceptos, no podemos quedarnos en la materialidad de la palabra. No creo que los Santos Padres cuando hablan de cruz, o la misma liturgia y los mensajes de la Iglesia, no tengan presente que esta cruz no es sólo dolor y viernes santo, sino también y sobre todo, un lugar de amor y un camino hacia la resurrección.

El misterio pascual es cruz y resurrección, es viernes y domingo. Sólo que, muchos momentos de la vida, el hombre hace experiencia más de una parte que de otra, a veces más del viernes que del domingo. Pero no existe la una sin la otra. En Cristo se dieron las dos y, cuando fue elevado sobre la cruz, no fueron el sufrimiento, los clavos, los azotes, la cruz materialmente hablando, la que nos salvó, sino su amor, un Dios que nos ama infinitamente y que, misteriosamente, elige un camino que, a primera vista, nos sorprende, no comprendemos, se nos aparece como misterio. Y es unido a este misterio pascual de Cristo cómo el cristiano con -sufre, con-muere y con- resucita, y es así como da sentido a su cruz, a su sufrimiento, porque sufre, muere y resucita con Cristo.



No siempre es fácil este ideal, pero en el camino del sufrimiento nos encontramos con personas con gran disponibilidad, que saben integrar la enfermedad, la muerte, el sufrimiento, y se nota que poseen una gran interioridad, están bien consigo mismas y con los demás.

La literatura y los testimonios que traemos como ejemplo y modelo a lo largo de nuestra relación son abundantes y significativos.

Pero cuando el sufrimiento es vivido en forma negativa, en continua rebelión o pasivamente, como algo que "debe" acontecer, entonces la vida pierde sentido, pierde valor.

**La búsqueda, la esperanza,
el amor y la capacidad
de dar sentido a nuestros
sufrimientos es la estrategia
que tenemos entre las
manos y que nos hace
participar de un proceso
de transformación
y de crecimiento interior.**

Esto lo encontramos en muchas experiencias: ¡cómo crece el amor, la solidaridad, la confianza, la apertura a los grandes valores! Y también la rabia, la depresión, el cansancio ...se dan en muchos momentos de sufrimiento. Es por ello necesario convertir esta experiencia de fragilidad en un espacio que dé prospectiva, horizonte y sentido pleno a la vida.

Este espacio es el amor; el amor ilumina, vivifica y da sentido al sufrimiento humano. Acogido así, con fe y con amor, el sufrimiento se transfigura, se cambia, de tal forma que puede llegarse a la alegría y a la acción de gracias en el sufrimiento. También se puede alabar a Dios con lágrimas en los ojos y sufrimiento en el cuerpo o en el espíritu. **"Quien siembra con lágrimas, recoge con alegría" (Salmo 125).**

"Nosotros llevamos un tesoro en vasos de barro, para que aparezca que esta potencia extraordinaria nos viene de Dios y no de nosotros". (II Cor. 4, 7-15).

También Pablo acudió al Señor para que le librarse, le alejarse el sufrimiento. Pero el Señor le dijo: **"te basta mi gracia, que mi fuerza se muestra perfecta en la flaqueza" (II Cor. 12,9).**

Tu fuerza es la mano del Señor. **"Vosotros habéis luchado en la tierra: yo seré vuestra recompensa"** (Antífona del Oficio de Lectura, común de varios mártires).

A la luz de todas estas expresiones "aclaratorias" sobre el sentido de sufrimiento comprenderemos mejor los textos de la Escritura, de los Santos Padres, los Mensaje de la Iglesia, y los testimonios que traemos a continuación, en esta cuarta parte de mi escrito.

1. Esta Buena Noticia de Jesús pasa por la cruz en la primera evangelización

a) Anuncio y realidad en Cristo

En la vida de Cristo la cruz, el sufrimiento, es una realidad que está siempre presente. Su enseñanza está marcada por una invitación a vivir una actitud precisa con respecto al dolor: **"Decía a todos: 'Si alguno quiere venir en pos de mí, niéguese a sí mismo, tome su cruz cada día, y sígame'" (Lc 9, 23).**

— No sólo Cristo invita a sus discípulos a "tomar su cruz" sino que les anuncia que El mismo deberá sufrir y morir por nosotros, por nuestro bien supremo (cf Lc 9, 44); "que sufrirá mucho y que será despreciado" (Lc 9, 12). Y este su sufrir nos ha abierto las puertas del Reino de los Cielos. Buena Nueva: puertas que se abren, incluso en esta vida, con la única llave de nuestra aceptación personal de la cruz, esto es, del dolor. Así lo anunció con un pequeño ejemplo: el grano de trigo debe caer en tierra y morir para que dé fruto (cf Jn 12, 24).

— Cristo se manifiesta con mucha claridad a este respecto con sus apóstoles. Hasta el punto que cuando Pedro muestra su desacuerdo cuando escucha que el Maestro debe morir y resucitar, El le responde: **"¡Quítate de mi vista, Satanás! ¡Tropiezo eres para mí, porque tus pensamientos no son los de Dios, sino los de los hombres!" (Mt 16, 23).**

Al comentar este pasaje del Evangelio, un periodista contemporáneo ha hecho la siguiente reflexión:

*"En las palabras de Pedro resonaba la voz del tentador que quería alejar a Jesús de la voluntad del Padre (...). Cada vez que nosotros rechazamos la cruz con nuestro pensamiento o con nuestras protestas, sufrimos el dominio del gran adversario de Cristo, Satanás (...). En particular se comprende con mayor claridad el ensañamiento de Satanás en este campo, cuando nos recordamos que Jesús ha anunciado su victoria sobre el príncipe de este mundo, mediante el sacrificio de la cruz (Jn 12, 31-32). Por medio de la cruz se ejerce una fuerza divina que atrae a los hombres a Cristo (...). Las pruebas pueden deprimir, pero cuando en ellas reconocemos la cruz somos atraídos hacia Cristo y percibimos la llamada a unirnos a su sacrificio (...). Cristo nos invita a ofrecer todo y nos da la fuerza para ello. Con el impulso de su gracia él nos eleva consigo y nos hace gustar el gozo profundo de estar unidos a El en todas las penas y las dificultades que hacen que amemos cada vez más profundamente"*¹¹.

En este anuncio de Cristo vemos, pues, la necesidad de tener en cuenta el estrecho nexo que, a la luz del Evangelio, existe entre el sufrimiento y el gozo, entre la muerte y la vida; y mientras muchas veces el hombre no puede hacer nada para evitar el dolor, la enfermedad y la muerte, Cristo anuncia que podemos vivir en ellas una experiencia de paz y de vida profunda, en virtud de su Cruz. En esto consiste la Buena Nueva. Cuando estamos débiles nos volvemos fuertes gracias a la gracia redentora de Cristo (cf 2Co 12, 10).

Recordemos un pasaje de un discurso de un gran maestro y pastor de la Iglesia:

*"Nosotros celebramos la fiesta de la santa cruz, por medio de la cual las tinieblas han sido alejadas y ha regresado la luz (...). Es tal y tanta la riqueza de la cruz que quien la posee tiene un verdadero tesoro. Y la llamo justamente así, porque de nombre y de hecho es el más precioso de todos los bienes. Es en ella que reside toda nuestra salvación. Ella es el medio y el camino para el regreso al estado original"*¹².

No puedo dejar de recordar aquí algunos textos patristicos referentes a la fuerza de la cruz.

La cita puede ser larga, pero vale la pena porque es muy iluminante. Téngase también presente el significado interno, profundo, que tiene la palabra cruz en los Santos Padres, lugar de sufrimiento, sí,

pero manifestación de amor, de vida, de resurrección¹³.
"Oh admirable poder de la cruz. Oh inefable gloria de la pasión. En ella podemos admirar el tribunal del Señor, el juicio del mundo y el poder del crucifijo... porque tú, cruz, eres fuente ahora de toda bendición y origen de toda gracia. Por medio de ella los creyentes encuentran fuerza en la debilidad, gloria en el oprobio, vida en la misma muerte" (S. León Magno).

"...No sólo debemos avergonzarnos de la muerte de nuestro Dios y Señor, sino debemos confiar en ella con todas nuestras fuerzas y gloriarnos en ella por encima de todo: porque al recibir de nuestras manos la muerte, que encontró en nosotros, nos hizo la promesa, con toda su fidelidad, de que nos habría dado en sí mismo la vida que no podemos poseer por nosotros mismos... Confesemos, por tanto, intrépidamente, hermanos, y declaremos que Cristo fue crucificado por nosotros: y hagámoslo no con temor sino con júbilo, no con vergüenza sino con orgullo" (San Agustín).

"El Mesías tenía que padecer y su pasión era realmente necesaria como El mismo dijo... Porque en verdad El vino a salvar a su pueblo, dejando aquella gloria que tenía junto al Padre antes de la existencia del mundo... Y en cierto sentido vemos que aquella gloria que poseía como Unigénito y a la cual había renunciado por nosotros por breve tiempo, le ha sido restituida a través de la cruz en la misma carne que había asumido" (San Atanasio de Antioquía).

"Oh don preciosísimo de la cruz. Nada tiene aspecto más esplendoroso. No contiene como el árbol del paraíso, el bien y el mal mezclados, antes bien en él todo es bello y atrayente, tanto para la vista como para el paladar. Es un árbol que genera la vida, sin provocar la muerte; que ilumina sin producir sombras; que introduce en el paraíso, sin arrojar a nadie de él; es el madero que Cristo levantó como rey que sube a su cuadriga, para destruir al diablo que poseía el poder de la muerte y liberar el género humano de la esclavitud a la que el diablo lo tenía sometido" (San Teodoro Estudita).

"Nuestro Señor fue pisoteado por la muerte, pero El, a su vez, aplastó a la muerte, pasando por encima de ella como si fuese un camino. Se sometió a la muerte y la soportó deliberadamente para destruir la obstinada muerte. En efecto, nuestro Señor salió cargando su cruz, como deseaba la muerte; pero desde

11- Jean GALOT, La vittoria dell'amore, Osservatore Romano, 14.9.1996.

12- De los Discursos de San Andrés de Creta, obispo, Oficio de lecturas - 14 setiembre - segunda lectura.

13- Cf Boletín "Vida religiosa" n. 1 y 2/1996. Instituto Vida Religiosa - PP. Claretianos, Madrid.

la cruz gritó llamando a los muertos a la resurrección, contra aquel que la muerte deseaba... Porque la muerte llegó hasta Eva... pero después apareció María, la nueva vida que sustituye aquella vieja; en ella habitó a Cristo, la nueva Vida. La muerte, según su costumbre, fue a la búsqueda de su alimento y no advirtió que, en el fruto mortal, estaba escondida la Vida, que destruye la muerte; por esto mordió sin temor el fruto, pero liberó la vida y a muchos junto con ella" (San Efre).

El misterio del sufrimiento de Jesús¹⁴

Los textos del Catecismo de la Iglesia Católica que señalan a continuación expresan suficientemente esta unión entre cruz y resurrección entre sufrimiento, amor, liberación y salvación.

571. "El Misterio pascual de la Cruz y de la Resurrección de Cristo está en el centro de la Buena Nueva que los apóstoles, y la Iglesia a continuación de ellos, deben anunciar al mundo. El designio salvador de Dios se ha cumplido de "una vez por todas" (cf Hb 9, 26) por la muerte redentora de su Hijo Jesucristo".

572. "La Iglesia permanece fiel a "la interpretación de todas las Escrituras" dada por Jesús mismo, tanto antes como después de su Pascua: "¿No era necesario que Cristo padeciera eso y entrara así en su gloria?" (Lc 24, 26-27.44-45). Los padecimientos de Jesús han tomado una forma histórica concreta por el hecho de haber sido 'reprochado por los ancianos, los sumos sacerdotes y los escribas' (Mc 8, 31), que 'lo entregaron a los gentiles, para burlarse de El, azotarle y crucificarle' (Mt 20, 19)".

599. "La muerte violenta de Jesús no fue fruto del azar en una desgraciada constelación de circunstancias. Pertenece al misterio del designio de Dios, como lo explica S. Pedro a los judíos de Jerusalén ya en su primer discurso de Pentecostés: 'Fue entregado según el determinado designio y previo conocimiento de Dios' (Hch 2, 23)".

601. "Este designio divino de salvación a través de la muerte del 'Siervo, el Justo' (Is 53, 11; cf Hch 3, 14) había sido anunciado antes en la Escritura como un misterio de redención universal, es decir, de rescate que libera a los hombres de la esclavitud del pecado (cf Is 53, 11-12; Jn 8, 34-36). S. Pablo profesa en una confesión de fe, que dice haber 'recibido', que 'Cristo ha muerto por nuestros pecados según las Escrituras'

(Ico 15, 3; cf Hch 3, 18; 7,52; 13,29; 26, 22-23).

La muerte redentora de Jesús cumple, en particular, la profecía del Siervo doliente (cf Is 53, 7-8 y Hch 8, 32-25). Jesús mismo presentó el sentido de su vida y de su muerte a la luz del Siervo doliente (cf Mt 20, 28). Después de su Resurrección dio esta interpretación de las Escrituras a los discípulos de Emaús (cf Lc 24, 25-27), luego a los propios apóstoles (cf Lc 24, 44-45)".

Cristo no sólo ha anunciado el valor redentor del sufrimiento, sino que lo ha vivido hasta el extremo de su pasión, crucifixión y muerte, acompañadas por la angustia moral del Getsemaní ("Mi alma está triste hasta el punto de morir" (Mc 14, 34). Y es en este sufrimiento redentor donde tiene sus raíces la verdadera y auténtica evangelización: "Vivid en el amor como Cristo os amó y se entregó por nosotros como Oblación y víctima de suave aroma" (Ef 5, 2).

¡Y esta es la Buena Nueva para el género humano!

Sin embargo el sacrificio de Cristo no se entiende si no está unido al amor del Padre por nosotros: "Porque Dios tanto amó al mundo que dio a su Hijo único, para que todo el que crea en El no perezca, sino que tenga la vida eterna" (Jn 3, 16). "El que no perdonó ni a su propio Hijo, antes bien le entregó por todos nosotros, ¿cómo no nos dará con él graciosamente todas las cosas?" (Rm 8, 32). "Todavía le quedaba uno, su hijo querido; les envió a éste el último, diciéndose: '¡Respetarán a mi hijo!'" (Mc 12, 6).

El nos enseña la forma perfecta de vivir el dolor: **Con generosidad:** "Nadie tiene mayor amor que el que da su vida por sus amigos" (Jn 15, 13). En el fondo esta es la razón: el amor extremo conduce al don total; su amor divino llevó a Cristo a la crucifixión y a la muerte, por todos los hombres.

Con humildad: "Se humilló a sí mismo, obedeciendo hasta la muerte, y muerte de cruz" (Flp 2, 8).

b) Sufrimiento y evangelización de los apóstoles

En efecto, bajo la guía del Espíritu Santo, la misión fuera del territorio hebreo comienza con la persecución de los hebreos en Jerusalén (Hch 8), no obstante que Jesús resucitado haya dado el mandato: "...sino que recibiréis la fuerza del Espíritu Santo, que vendrá sobre vosotros, y seréis mis testigos en Jerusalén, en toda Judea y Samaría, y hasta los confines de la tierra" (Hch 1, 8). Desde ese momento Lucas narra la conversión de Saulo (Pablo) y de este modo comienza plenamente la misión a los paganos.

14- Catecismo de la Iglesia Católica

Interhospitalia

S.A.



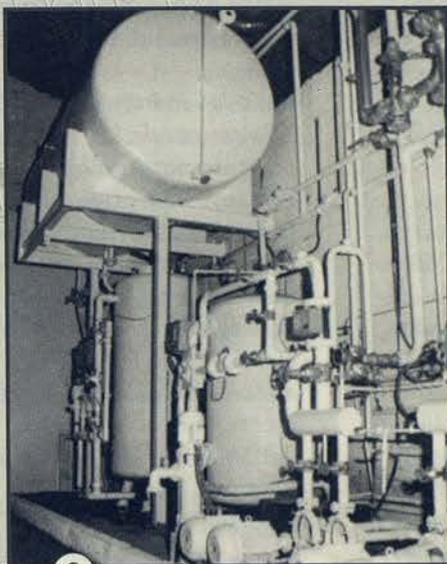
Especialistas en lavado y desinfección de lencería

Suminramos 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).



①

②

Sin incrustaciones, tersa y suave.



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.



Como Jesús, también los apóstoles aprovechan las ocasiones de curación para proclamar el Evangelio.

Después de haber curado al tullido en la puerta del templo de Jerusalén llamada Hermosa, Pedro evangeliza al pueblo que estaba admirando el milagro (Hch 3, 11-26) y convierte a mucha gente (Hch 4, 4). Lo mismo sucede a Pablo y Bernabé en Listra (territorio totalmente pagano), donde el mismo tipo de milagro, es decir, la curación de un tullido, se convierte en ocasión para predicar el Evangelio (Hch 14, 15-18), y al final de la predicación tiene lugar la conversión de los que escuchan (como narra Lucas refiriéndose a Timoteo y a los "hermanos" de Listra (cf Hch 16, 1-2).

La historia de Pablo, al igual que la evangelización de los paganos, está llena de dolor y de sufrimiento, como lo muestran los Hechos de los Apóstoles y las cartas de Pablo. La síntesis de su vida se manifiesta del modo siguiente:

"Pero llevamos este tesoro en vasos de barro para que aparezca que la extraordinaria grandeza del poder es de Dios y que no viene de nosotros. Atribulados en todo, mas no aplastados; perplejos, mas no desesperados; perseguidos, más no abandonados; derribados, mas no aniquilados. Llevamos siempre en nuestros cuerpos por todas partes el morir de Jesús a fin de que también la vida de Jesús se manifieste en nuestro cuerpo. Pues aunque vivimos, nos vemos continuamente obligados a la muerte por causa de Jesús, a fin de que también la vida de Jesús se manifieste en nuestra carne mortal. De modo que la muerte actúa en nosotros, mas en vosotros la vida" (2Co 4, 7-12).

La estela de generosidad total en el dolor, abierta por la sangre de Cristo, después que los apóstoles lo entendieron gracias a Pentecostés, se convierte en camino de luz para la Iglesia naciente. Por eso el apóstol Pablo exclama: *"Ahora me alegro por los padecimientos que soporto por vosotros, y completo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo, en favor de su cuerpo, que es la Iglesia"* (Col 1, 24). *"Llevamos siempre en nuestros cuerpos por todas partes el morir de Jesús, a fin de que también la vida de Jesús se manifieste en nuestro cuerpo"* (2Co 4-10).

Es este espíritu que se difunde entre los discípulos como fuego que será traspasado a lo largo de los siglos de heroica supervivencia y de expansión de la Iglesia en el mundo grecorromano.

c) *En los mártires*

"La sangre de los mártires es semilla de cristianos" (Tertuliano, Apologeticus, 50: PL 1, 534).

Durante los primeros siglos del cristianismo, los binomios dolor-gozo, muerte-gloria, están presentes con una inmensa fuerza vital entre los creyentes que, durante las persecuciones, vivían cada día en el riesgo de ser conducidos al tribunal o martirizados a causa de su fe; pero ella los conforta y el Evangelio, a través de su sangre y su dolor, penetra progresivamente, no sólo en los caminos y en la cultura del Imperio, sino también en los corazones de los hombres, testigos de un dolor grande vivido con amor, en una misma fe: *"Y si hijos, también herederos; herederos de Dios y coherederos de Cristo, ya que sufrimos con El, para ser también con El glorificados"* (Rm 8, 17).

Los cristianos de los primeros siglos conservaban la frescura de las palabras del Maestro que los animaba a abrazar con espíritu nuevo toda experiencia dolorosa:

"Alzando los ojos hacia sus discípulos, dijo: Bienaventurados los pobres, porque vuestro es el Reino de Dios. Bienaventurados los que tenéis hambre ahora, porque seréis saciados. Bienaventurados los que lloráis ahora, porque reiréis. Bienaventurados seréis cuando los hombres os odien, cuando os expulsen, os injurien y proscriban vuestro nombre como malo, por causa del Hijo del hombre. Alegraos ese día y saltad de gozo, porque vuestra recompensa será grande en el cielo. Porque de este modo trataron sus padres a los profetas. Pero ¡ay de vosotros, los ricos!, porque habéis recibido vuestro consuelo. ¡Ay de vosotros, los que ahora estáis hartos!, porque tendréis hambre. ¡Ay de los que reís ahora!, porque tendréis aflicción y llanto. ¡Ay cuando todos los hombres hablen bien de vosotros!, porque de ese modo trataron sus padres a los falsos profetas" (Lc 6, 20-26).

2. En la nueva evangelización

a) *Reavivar la llama original*

La nueva evangelización no es sino retomar la llama

original, luz del mundo *“para que ilumine toda la casa”* (cf Mt 5, 14) y transmitirla de corazón en corazón. Pero hay que partir de la fe: fe en la victoria de la vida sobre la muerte, en Cristo. *“Que murió por nosotros, para que, velando o durmiendo, vivamos juntos con El”* (1Ts 5, 10). Por tanto, la nueva evangelización, así como el mismo Evangelio, debe dar una respuesta a todos los interrogantes y expectativas del corazón humano, incluídos aquellos que nacen de la experiencia del dolor y del sufrimiento.

Como la primera, la nueva evangelización pasa necesariamente a través del sufrimiento ya que el sufrimiento es una experiencia común a todos los hombres y ha sido el modo con el cual Dios ha elegido la redención para nosotros.

El Papa Juan Pablo II ha recordado claramente: *“La nueva evangelización no sería auténtica si no siguiese las huellas de Cristo, que fue enviado para evangelizar a los pobres”*¹⁵.

La primera evangelización fue para los cristianos una experiencia de nueva vida, de un “segundo nacimiento” en virtud de la obediencia al Evangelio; al mismo tiempo, dicha experiencia pasó —y pasa siempre— a través de la libre aceptación del sufrimiento. De hecho, si se acepta el encuentro con el sufrimiento y éste es asumido en comunión con El, como atestigua San Pablo, se vuelve “solidaridad” corredentora: *“Completo en mi carne lo que falta a los padecimientos de Cristo”* (Col 1, 24). Se vuelve también fuerza espiritual, aunque el sufrimiento sea

en sí mismo fragilidad y debilidad: *“Todo lo puedo en Aquel que me conforta”* (Flp 4, 13).

Por esto que la Iglesia confía en el valor de los sufrimientos de cada cristiano por la salvación del mundo:

*“(…) El Evangelio del sufrimiento (...) habla con las palabras de esta extraña paradoja. Los manantiales de la fuerza divina brotan precisamente en medio de la debilidad humana. Los que participan en los sufrimientos de Cristo conservan en sus sufrimientos una especialísima partícula del tesoro infinito de la redención del mundo, y pueden compartir este tesoro con los demás”*¹⁶.

La nueva evangelización nos debe anunciar que “los pobres están siempre con nosotros”, que la enfermedad no es un mal, que la cruz es un signo de salvación. No sólo debe decirlo, sino testimoniarlo. No sólo debe hablar del sufrimiento, sino experimentarlo, padecerlo en sí mismo, es decir, sufrir.

*“La nueva evangelización de hoy debe encontrar en los enfermos no sólo destinatarios de buen anuncio, sino aún más, sujetos protagonistas. De hecho, el que ha encontrado al Señor en el momento del sufrimiento incluso físico, se vuelve espontáneamente testigo y pregonero del proyecto de Dios frente a los demás hermanos. Por esta razón, la pastoral de la sanidad se presenta como campo privilegiado de la actividad de la diócesis y de cada parroquia”*¹⁷.

El Cardenal Martini habla de los diferentes contextos o ámbitos de comunicación del Evangelio vivido, y dice:

“Esto vale de modo particular cuando estamos frente al contexto del dolor y de la enfermedad. Hacer entender, con la paz del corazón y la serenidad en la pruebas, que las enfermedades y las desgracias no son lo más feo de la vida; hacer entender que no todos los partidos se cierran en esta vida, sino que hay una esperanza más elevada, es un gran acto de evangelización. Esto no tiene necesidad ni siquiera de muchas palabras y argumentos: es una persuasión que el que cree irradia con su modo de mirar y de hablar, de apresurarse con calma y de responder con paciencia, de soportar el mal e infundir esperanzas en el bien. Así se llega incluso a hacer entrever no sólo que la vida tiene igualmente un significado, sino también una salida, que supera la misma oscuridad

15- Juan Pablo II, Homilía durante la celebración de la Palabra, Viedma (Argentina), 7.6.1987.

16- *Ivifici doloris*, 26.

17- Consulta diocesana de Padua para la pastoral de la salud, *Rev. Animate corpi* n. 185/1966, p. 358.

*del sufrimiento inocente y de la muerte*¹⁸.

b) *El sufrimiento como fuerza de corredención*

El testimonio de la Cruz reside, pues, en la fuerza espiritual, en el amor, para la edificación del prójimo, que surge de aquellos que viven su sufrir en Cristo:

*“Si el primer gran capítulo del Evangelio del sufrimiento está escrito, a lo largo de las generaciones, por aquellos que sufren persecuciones por Cristo, igualmente se desarrolla a través de la historia otro gran capítulo de este Evangelio. Lo escriben todos los que sufren con Cristo, uniendo los propios sufrimientos humanos a su sufrimiento salvador (...) Por consiguiente, en ellos se cumple el Evangelio del sufrimiento y, a la vez, cada uno de ellos continúa en cierto modo a escribirlo; lo escribe y lo proclama al mundo, lo anuncia en su ambiente y a los hombres contemporáneos (...). A través de los siglos y generaciones se ha constatado que en el sufrimiento se esconde una particular fuerza que acerca interiormente el hombre a Cristo”*¹⁹

En efecto, el sufrimiento,
vivido según Dios,
es sufrimiento que lleva
a la conversión
y a la transformación
de la persona; produce
la paz y el gozo²⁰

c) *Aspecto positivo del sufrimiento*

“En la cruz de Cristo no sólo se ha cumplido la redención mediante el sufrimiento, sino que el mismo sufrimiento humano ha quedado redimido (...) El Redentor ha sufrido en vez del hombre y por el hombre (...). Llevando a efecto la redención mediante el sufrimiento, Cristo ha elevado juntamente

*el sufrimiento humano a nivel de redención. Consiguientemente, todo hombre, en su sufrimiento puede hacerse también partícipe del sufrimiento redentor de Cristo”*²¹.

Como consecuencia de lo anterior, recordemos las palabras del Santo Padre en su mensaje con ocasión de la LXX Jornada Misionera Mundial, en el que hablando de esta misión afirma:

*“La identidad del cristiano-testigo se caracteriza por la presencia necesaria y cualificante de la cruz. Sin ella no puede existir auténtico testimonio (...). Es “Cruz”, en efecto, la imitación de Cristo mediante un testimonio fiel y un trabajo diario paciente y perseverante. También es Cruz ir contra corriente, orientando las propias opciones de acuerdo con los mandamientos de Dios, a pesar de las incomprendiones, la impopularidad y la marginación...”*²².

El sentido corredentor de la cruz es muy importante para la salvación del mundo, como se afirma en la Carta a los enfermos, llamada “Coraggio!” (¡Animo!): *“Si tuviéramos que dejar la cruz en la que estamos clavados (no derrotados), el mundo se descompensaría. Es como si faltara el oxígeno en el aire, la sangre en las venas, el sueño en la noche”*. El autor añade: *“El sufrimiento tiene espiritualmente de pie al mundo”*. Y concluye dirigiéndose a los enfermos: *“Deberíamos sentirnos orgullosos de esta llamada; porque se trata de vocación”*²³.

d) *El enfermo tiene una misión por cumplir*

Para S. Pablo, la enfermedad es una oportunidad para poder anunciar el Evangelio: *“Pues bien sabéis que una enfermedad me dio ocasión para evangelizaros por primera vez” (Gal 4, 12-14)*²⁴. *“¡Dichosa la persona que logra hacer resplandecer la luz de Dios en la pobreza de una vida de sufrimiento o disminuida!”*²⁵.

Sin embargo, aunque Cristo haya elevado todo dolor humano a redención, no todas las personas viven su cruz de modo tal que son verdaderos testigos de vida en la muerte, de paz en el dolor, de amor en el sufrimiento.

Entre todos los sufrimientos humanos, existe uno,

18- Card. Carlo M. MARTINI, *Vivere i valori del Vangelo*, Ed. Einaudi, Torino 1966, p. 100.

19- *Salvifici doloris*, 26.

20- Cf. Mensaje del Santo Padre en preparación a la III Jornada Mundial del Enfermo, 11 febrero 1995, n. 4.

21- *Salvifici doloris*, n. 19.

22- Juan Pablo II, *Misión y vida. Anuncia Cristo para hacer vivir el mundo*, LXX Jornada Misionera Mundial, 20 octubre 1996.

23- Antonio BELLO, *Coraggio! Lettera agli ammalati*, Edizioni la Meridiana: Molfetta (BA), 1966, p. 9.

24- B. HAERING, *Il cristiano di fronte alle sfide della malattia e della violenza*, en *Credero Oggi* 6/1987, n. 42 pp. 88-89; citado en *“La espiritualidad en tiempo de enfermedad”* AA.VV. *Camillianum* n. 1.

25- Juan Pablo II, *Mensaje con ocasión de la II Jornada Mundial del Enfermo*, 11 febrero 1994.

aquel que es provocado por la enfermedad, que de por sí es lugar de testimonio, de paz o de angustia, de humildad, de rechazo, donde se manifiesta en toda transparencia lo que hay en el corazón de la persona que sufre: "Donde está tu tesoro, allí estará tu corazón".

En la enfermedad caen las máscaras. La persona se encuentra frente a sus propios recursos espirituales y morales; el cristiano se encuentra ante la pureza de su propia fe.

Por este motivo, incluso el llamado "planeta dolor"²⁶ debe ser evangelizado, por un lado porque la inmensidad de sufrimientos que se viven en la Iglesia y en el mundo actual debemos elevarlos a Cristo y convertirlos en lugar de encuentro, de conversión y de fuerza de santificación para toda la humanidad; y, por el otro, porque las personas tocadas por el sufrimiento tienen una vocación especial al ser testigos privilegiados de la corredención de Cristo.

*"La Iglesia nos dice también que el enfermo tiene una misión por cumplir y un testimonio que dar" y por tanto "la comunidad cristiana debe aprender a descubrir que el enfermo no es un miembro pasivo de la misma, sino que más bien nos mueve a relativizar muchas cosas, sobre todo a abrirnos a la trascendencia porque su estado nos recuerda que en esta vida todo pasa; el enfermo nos mueve a vivir la esperanza, la paciencia, la modestia de la vida... en una palabra, el enfermo nos hace mejores, nos evangeliza"*²⁷.

En numerosas ocasiones el Papa Juan Pablo II ha recordado el gran papel apostólico que tienen los enfermos en el Cuerpo Místico de Cristo y, por lo mismo, que son fuente de un inmenso bien para toda la Iglesia. Como ejemplo, recordamos al respecto, la llamada que lanzó en el Mensaje con ocasión

de la Jornada Mundial del Enfermo de 1993 n. 5: *"A vosotros queridos enfermos (...) vuestros sufrimientos, acogidos y sostenidos por una fe inquebrantable, unidos a los de Cristo, adquieren un valor extraordinario para la vida de la Iglesia y para el bien de la humanidad"*²⁸.

La Iglesia española, a través del Departamento de la Pastoral de Salud, en la Campaña del enfermo 2003, en el tema 7, desarrolla de forma lúcida, clara, cuál es la misión evangelizadora del enfermo y cómo evangeliza.

Enumero sólo los grandes enunciados del tema 7.

- El enfermo evangeliza siendo testigo que nos ayuda a ser realistas en un mundo que vive de apariencias, de espaldas a la enfermedad, sufrimiento y muerte.
- Siendo testigo que enseña a relativizar los valores.
- Llamándonos a vivir y recuperar valores fundamentales del Evangelio: gratuidad, servicio, amor ...
- Invitándonos a la solidaridad, al amor y al sacrificio: nos llama a ser sensibles ante las necesidades, solidarios; nos llama al amor desinteresado.
- El enfermo nos evangeliza mostrando el rostro de Jesús.
- Nos evangeliza siendo un testigo vivo, cuando vive con sentido cristiano cada una de las etapas de su enfermedad.

El 47º Sínodo de la diócesis de Milán ha subrayado el papel de la pastoral sanitaria, indicando también que uno de los retos es poner el enfermo al centro de esta pastoral.

"Se trata no sólo de proclamar, sino, sobre todo, de creer y obrar con el convencimiento de que el dolor de los enfermos 'unido al de Cristo' es un capital precioso y eficaz. Y el enfermo, el que sufre, el minusválido, realmente cooperan en la obra de salvación y de redención. Entonces se necesita 'una recuperación y un decidido relanzamiento de la acción pastoral para y con los enfermos y los que sufren' (Christifideles laici, 54). Sobre todo, es un

26- "En la concepción cristiana de la existencia, el dolor puede realmente ser llamado un planeta, porque recibe luz, justificación y valor del misterio de Cristo Redentor" (Fiorenzo ANGELINI, *Quel soffio sulla creta*, p. 147).

27- AA.VV., *Pastorale degli infermi nell'ospedale e nella parrocchia*, Ed. Paoline, p. 13.

28- Cf *Dolentium Hominum* n. 21/1992.

*deber plegarse a todas las implicaciones que brotan de aquella preposición 'CON' los enfermos, para evitar hacer una acción pastoral que se contente con el aspecto asistencial y consolador (aunque necesario), olvidando o callando la subjetividad activa y responsable del enfermo precisamente en orden a la evangelización*²⁹.

Al concluir el Concilio Vaticano II, los Padres conciliares dirigieron a los que sufren el siguiente mensaje:

"...¡Oh vosotros que sentís más pesadamente el peso de la cruz! Vosotros que sois pobres y desamparados, los que lloráis, los que estáis perseguidos por la justicia, vosotros sobre los que se calla, vosotros los desconocidos del dolor, tened ánimo; sois los preferidos del Reino de Dios, el Reino de la esperanza, de la bondad y de la vida; sois los hermanos de Cristo paciente, y con El, si queréis, salváis al mundo!".

e) Testigos del Evangelio en la enfermedad

Son los que estando en la cruz dejan traslucir el amor y la paz y, en ella, la presencia de Cristo. Son los que tienen el valor de vivir con total confianza en Cristo su enfermedad, y han experimentado la transformación íntima de su persona en El, son aquellos en quienes se abre el horizonte de una nueva realidad a través del encuentro con el sufrimiento visto como una gracia, antes bien, como un amigo encargado de hacerlos amigos y hermosos para las bodas del Cordero (Ap 22, 14), y es por esto que en cierto sentido lo aman.

Entre estos testigos, gigantes de la fe, en la esperanza y en la caridad, es necesario recordar también el ejemplo de los que, llenos de generosidad ayudan al prójimo a llevar la cruz, encarnan la imagen del Cireneo que ayudó a Jesús en el momento más dramático de su vida, o aquella del Buen Samaritano, que El nos puso como modelo por imitar en vista de un auténtico testimonio, ya sea haciendo bien a través del dolor o haciendo bien a quien sufre.

La enfermedad es lugar de encuentro, porque es una atalaya y una escuela, una universidad, una ocasión para una nueva orientación de la vida, a veces, para una auténtica conversión y para el apostolado. Los testimonios son innumerables, recojo sólo algunos .

Experiencia vivida por un capellán en un hospital pediátrico

"Lo más sorprendente, lo más rico en la experiencia de evangelización es la vida, la sorpresa de vivir diariamente interrogado por la vida de estos niños que nada más estrenarla se ven amenazados por el sufrimiento y la enfermedad. La sorpresa es ver a muchas madres —muchas familias— al pie de la cruz de sus hijos en dolor. ¡Cuánto tesón, cuánto aguante, cuánto dolor, cuántas preguntas, cuánto misterio!

Nuestro Servicio Religioso no es una organización ni una presencia fría y cronometrada; es más bien una vida, un signo. Lo notamos en muchas de las expresiones de los familiares. Permitidme señalaros sólo algunas a modo de recordatorio:

- 'Muchas gracias, Elvira, me has ayudado mucho'; era la expresión de una madre a la visitadora, después del entierro de su niña.

- Recuerdo la angustia de un joven matrimonio por la enfermedad de su hijo que fallece a los tres meses; ¡Cuánto tiempo pasaba en la capilla entre esperanzas y desesperanzas!

- Y la madre de Jordi ¡con qué cariño e ilusión cuidaba a su niño!

- ¡Cuántas familias esperan que vayamos, que las visitemos! "Les estábamos esperando", nos dicen con frecuencia.

- Y aquel padre, Paco, desilusionado, desesperado por su hijo con espina bífida y que no cree en nada, que dice que ha perdido la fe... Le animamos a salir de la oscuridad, de la tristeza y, al cabo de los días, vimos más luz y tranquilidad en esa habitación, en ese matrimonio junto al niño.

- ¿Y qué contar de Alicia, de 12 años, de Juan de 8; de Gemma, de 9 años, afectada de leucemia, y de José Manuel, de 6, y de María, de 3 años?

- Miguel Angel es un niño de 7 años, con un tumor canceroso. Es un caso desesperado. El niño llora, está mal, lo siente, y con una conciencia de persona mayor repite con cierta frecuencia entre sollozos: '¡Mamá, mátame, asesíname!'. Hablamos con los padres, intentamos estar muy cerca, animar, pero no nos da tiempo para una conversación seguida. Todo es entrecortado. ¡Es tan difícil, hay tanta angustia!

- Esta es la reflexión de un padre: 'Yo en mi trabajo me siento distante y desconfío de mis compañeros... Siempre he creído que en la gente había mucha maldad, pero después de tantos días en el hospital he descubierto que hay muy buena gente dedicada al que sufre, he descubierto este valor humano en el personal sanitario, en los voluntarios, en el Servicio Religioso.

29- Cf Vittorio MADÉ, La pastoral de los enfermos en el 47º Sinodo de la diócesis de Milán, en "L'ancora nell'unità della salute", n. 4/1996, p. 316.
30- José L. REDRADO, "Curate infirmos y la vida consagrada". Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Ciudad del Vaticano.

Estoy contento, aunque mi hijo sigue enfermo. El hospital es una sorpresa’.

- Y otro padre: ‘A nosotros, los padres, sin moral y asustados por la enfermedad incurable de nuestra hija, sólo nos consolaron las palabras del Padre que nos atendió en el bautismo y defunción de nuestra hija’.

- Permittedme que os cuente el testimonio de una niña de 8 años que sufrió un accidente junto con su prima, y a las cuales visitábamos con cierta frecuencia. Dada de alta, viene un día al hospital a visitarnos y trae varias cosas y esta carta que dice así: ‘Querido San Juan de Dios: Te obsequia mi abuela con este ramo de flores por curarme a mí y a mi prima. Cura a todos los niños de este hospital. Ayuda a la Yolanda y al Gustavo, al Rafa, etc., a que se curen como tú has hecho con nosotras. Mi abuela te manda este ramo de flores para que cures a otros niños. Quiero que les des una lección a estos cocineros que hacen una comida muy mala y a los niños del hospital no les gusta. Te dejo mis muletas porque no me hacen falta, gracias a que tú me has curado. Te las dejo para que otro niño si le hacen falta las use, pero te pido que nadie tenga que usarlas en este mundo. Porque yo creo que no hace falta que la gente muera ni sufra, porque si no hubiera esas cosas horribles todo el mundo viviría feliz. Te lo dice con todo cariño, Isabel María’.

Recogemos, a continuación, dos testimonios significativos, conocidos representantes del mundo del arte de nuestra época, que se han visto confrontados a una experiencia de dolor. Nos referimos al famoso director cinematográfico **Federico Fellini** y al tenor **José Carreras**.

Transcribimos en primer lugar las declaraciones de Federico Fellini al diario barcelonés La Vanguardia, el 29 de agosto de 1993, cuando se encontraba hospitalizado en un Centro de Rímimi:

“He descubierto que un hospital es un lugar precioso para meditar sobre los propios proyectos y sobre la propia vida”.

Y la entrevista seguía:

- *¿Qué es para usted el miedo ahora?*
- *Ante todo, le diré que no escondo que he tenido miedo.*
- *¿Rezó durante esos días?*
- *Sí, recé.*
- *¿Qué es la plegaria?*
- *Una manera extremadamente racional e inteligente*

de poner en el suelo los fardos más pesados de la vida y confiar a alguien el peso de las angustias y de las dudas.

- *¿Pensó en Dios?*

- *¿Y cómo se podría vivir sin pensar en El?*

El mismo diario barcelonés, en otra ocasión, recogía también las declaraciones del tenor José Carreras:

“... A raíz de mi enfermedad, yo aprendí a valorar el aspecto religioso, una cierta mística, un cierto tipo de reflexión y esa ha sido una de las experiencias positivas que me ha quedado de aquella situación. Yo he madurado más como hombre, debido a este episodio de mi vida, y veo las cosas de una forma un poco más profunda...”.

Se podrían multiplicar los ejemplos con numerosos testimonios vividos y escritos, que son otras tantas manifestaciones de vida hecha camino y experiencia. Mencionamos, por su importancia sobre este tema, que, con ocasión del Congreso Eucarístico Internacional, celebrado en Sevilla (7-13 junio 1993), le fue presentado al Papa, durante la celebración de la Eucaristía de clausura del Congreso, un libro titulado *“Testimonios de enfermos”*, que contiene un trabajo llevado a cabo por el Departamento Nacional de Pastoral Sanitaria y la Delegación diocesana de Sevilla. Se trata de una obra llena de preguntas, de camino andado, de esperanza, de vida transformada. Un libro de vida.

*Testigos de la cruz y de la alegría*³¹

Es el título de un libro en lengua italiana. Se trata de un camino espiritual recorrido por un grupo de enfermos de cáncer. Hombres y mujeres que, con su vida, cargada de sufrimiento a causa de la enfermedad, pero llena de gran amor, nos transmiten un auténtico y precioso mensaje.

Trataré de traer, a modo de *Florilegio*, el testimonio de algunos enfermos:

- **Livia:** Joven, dulce, graciosa; agarrada a la vida, cometiendo errores, pero un “amigo” la conduce por el camino que le cambia la vida. Enferma con un tumor maligno, da gracias a Dios porque le ha cambiado la vida: “Estoy contenta de vivir, estoy bien y vivo como si la enfermedad no me perteneciera”. Y repite: “Gracias, Señor Jesús, porque has cambiado mi vida”.

31- Riccarda LAZZARI, “Testimoni della croce e della gioia”. Ed. Camilliane, Torino 1997.

— **Antonietta:** Esposa feliz, tres hijos que ha educado, carácter alegre; en este horizonte sereno, de pronto, el impacto de una enfermedad con un nombre terrible: cáncer. Después de largos meses de hospital, vuelve a casa con ánimo fuerte y con un nuevo modo de ver la realidad, porque, a veces, con la prisa dejamos en el camino valores auténticos de vida. Ella, Antonietta, descubrió los siguientes: Dios, la familia y la vida como don de Dios.

— **Glem:** Padre de familia. La experiencia de la enfermedad lo conduce a una alta espiritualidad; para él es un tiempo de gracia. Lo dice con estas palabras: *“El tiempo de la enfermedad ha sido un periodo tremendo, pero estupendo, un don que hoy considero como un privilegio que ha dado ‘plenitud’ a mi vida”*

— **Luciano:** Se considera feliz porque ha descubierto la “verdad” desde la experiencia de la enfermedad.

— **Jaime:** 49 años, tumor maligno en fase avanzada, revela a la religiosa que le asiste la grandeza de su vocación. Este es el relato de la religiosa:

“Las enfermeras y los médicos entran y salen de su habitación controlando cuentagotas, ficha, monitor y varios parámetros. También yo, religiosa y jefe de sección, colaboro con los demás en los cuidados del caso.

Mientras tanto llega la noche, los médicos dejan la sección y las enfermeras dan las “consignas” a la colega nocturna. Yo estoy por terminar mi servicio, pero antes de dejar la sección para asistir a la celebración de la oración en la comunidad, visito brevemente a todos los pacientes deteniéndome un poco con los más graves. A la cabecera de Jaime la situación ha precipitado considerablemente: el respiro se ha vuelto afanoso, el pulso, es taquiaritmico, la cianosis del rostro es intensa; pero su mente aún está perfectamente lúcida.

Me detengo en silencio ante él, lo miro, le enjugo el sudor, le hago una caricia; rezo en el silencio de mi corazón. Mientras su mujer y sus hijas salen de la habitación para un momento de pausa, yo me siento junto al paciente teniéndolo de la mano, en silencio y en oración. Confortado por esta presencia, Jaime parece mejorar y respirando menos afanosamente marca estas palabras: ‘¡Gracias, por haberse hecho monja!’. Esta estupenda afirmación me toca en lo íntimo, intuyo su significado, pero le

pregunto: ‘¿Por qué, Jaime, me dice esto?’. ‘Ve, hermana -dice el paciente- los médicos y los enfermeros son muy buenos, pero cuando salen de aquí tienen otras cosas en que pensar: la familia, los hijos, los intereses, las exigencias y las fatigas del mundo; usted, cuando sale de esta habitación, piensa todavía en mí, me lleva en el corazón, me sigue con la oración incluso en el silencio de su convento; gracias por haberme escuchado, ayudado, entendido, gracias sobre todo por lo que usted es para mí y para todos los enfermos’. Ahora mis ojos traicionan la emoción, ¡nunca, ninguno había esculpido tan bien la identidad profunda de mi vocación camila!”

La enfermedad es también un lugar de encuentro para Manuel Lozano Garrido, para Jaime, para Juana, para el Padre Ildebrando Gregori y otras muchas, innumerables historias llenas de vida:

— **Manuel Lozano Garrido,** “Lolo”, periodista e inválido, cuando la Iglesia lo proclamará santo, será un santo de nuestros tiempos, víctima de una enfermedad contraída cuando joven, él estuvo enfermo por toda su vida. Como periodista “entrevía las huellas de Dios en las teleimpresoras”, mientras iba dejando olor de santidad. Aunque ciego, no interrumpió su trabajo de periodista y letrado, ni siquiera en los peores momentos de su enfermedad o en los días de mayor dolor. Creó y dirigió una revista para los enfermos que ofrecían su enfermedad por los periodistas, por los periódicos, por la información. Un día veremos en los altares a un periodista, a un enfermo, a un modelo de apostolado³².

— **Jaime,** minusválido, ofrece su testimonio: *“También yo creo que Dios me ama. Me ama incluso en mi sufrimiento y en mi minusvalidez. He vivido una fuerte experiencia de Dios que ha convertido mi vida y me ha hecho vivirla por El, no sólo en mi minusvalidez física, donde Dios ha venido a encontrarme, sino también en mi entrega a los demás que quiero sea un reflejo del amor de Dios que yo he experimentado”*³³.

— **Juana,** también ella minusválida, narra su experiencia. *“He trabajado en un hospital hasta la edad de años, pero un tumor en la médula me ha inmovilizado en una silla de ruedas. Hasta ese momento había considerado el dolor como un castigo, en cambio, posteriormente, y poco a poco, en el curso de esta*

32- Cf. Un ejemplo concreto, Rev. Ecclesia, Madrid 7 setiembre 1996.

33- José L. REDRADO, Curate infirmos, p. 121.

*enfermedad creo haber encontrado a Dios y desde entonces, desde cuando tengo fe, el dolor ha representado para mí una auténtica liberación*³⁴.

El Revdo. P. Ildebrando Gregori, Fundador de las Hermanas Reparadoras del Santo Rostro de N.S.J.C., tenía una inmensa preocupación, que a menudo repetía, la de *"enjuagar lágrimas y enjugó infinitas"*³⁵. Para él, servir a Cristo en el hombre significaba servirlo en su sufrimiento extremo, síntesis y compendio de todos los sufrimientos, físicos, morales, espirituales (...). No se detiene en las obras, sino en la virtud, no se preocupa de la eficiencia de las Hermanas, sino de la intensidad de su vida interior y espiritual; no les invita a interrogarse sobre los resultados exteriores, sino a examinarse en lo profundo de la conciencia (...). Al P. Ildebrando podemos referir justamente las palabras de S. Gregorio Magno Papa: *"Los grandes tienen esto de particular, encontrándose en el dolor de la propia tribulación no dejan de ocuparse de lo útil para los demás; y mientras sufren en sí mismos soportando sus tribulaciones, proveen a los demás, aconsejando cuando tienen necesidad. Son como médicos heroicos, tocados por la enfermedad, soportan las heridas del propio mal y proporcionan a los demás cuidados y medicinas para su curación"* (Comentario sobre el Libro de Job, Liturgia de las Horas, XX sem. Tiempo Ordinario, lunes 2ª lectura).³⁶

El mismo P. Ildebrando hablaba así a sus "hijas queridas":

"En el transcurso de la jornada más impresionante de la humanidad, el Viernes Santo, aparecieron la columna, los flagelos, la corona de espinas, las afrentas; las bofetadas, la cruz, los clavos, el golpe de lanza en el corazón; en la tremenda jornada resonó la máxima desolación, el abandono del Padre Eterno... y nunca de los labios secos de Jesús bendito se dejó entender la palabra 'no'. Y cuando la hora extrema llegó en el llanto desolador de toda la creación, con voz de triunfo El, Jesús moribundo, pronunciaba nuestra salvación... 'Consumatum est': el pecado había sido cancelado y toda la humanidad había sido redimida.

La criatura humana temerosa por el caos de la creación ante los sufrimientos de Jesús Verbo Encarnado no fue capaz de percibir el gozo del

*firmamento, pero en el cielo las puertas se habían abierto y se preparaba el triunfo sempiterno del Aleluya que transforma la tierra y el Paraíso*³⁷.

*"Un día, el sufrimiento, huésped inevitable de la humanidad, llega sin avisar, entra en nuestra vida sin pedir permiso, se acomoda en casa, se vuelve compañero forzado de nuestro viaje... Su molesta presencia rompe la cotidianidad de la existencia (...). El sufrimiento relativiza nuestras aparentes seguridades. Quiebra nuestra integridad, desmorona los cimientos en los que apoyamos el desarrollo de nuestra vida, hace vanos nuestros proyectos (...). El sufrimiento —hay que decirlo— se ríe de nuestras máscaras, de nuestros orgullos, de nuestras apariencias externas, de nuestros títulos, cargos públicos, (...). Es como una estrella negra en el firmamento de nuestra vida. Más que un problema, es un misterio. El problema es una dificultad que se puede resolver y de la cual es posible liberarnos. El misterio forma parte de la realidad humana y maduramos al tomar conciencia de él (...). El sufrimiento es una catarata de preguntas. Muchos son los momentos de soledad, las noches en blanco, los sin sentido acumulados, los sentimientos de impotencia, las preguntas lanzadas en búsqueda de un sentido que regresan silenciosas al corazón herido (...). Dar espacio al dolor, quiere decir dar espacio al amor"*³⁸.

"El sufrimiento está presente en el mundo para provocar el amor, para hacer nacer obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la 'civilización del amor'" (SD 30).

En este amor se realiza totalmente el significado del sufrimiento y alcanza su dimensión definitiva.

El sufrimiento humano es una llamada al amor: "Es una vocación", como dice el Papa Juan Pablo II en la carta apostólica *Salvifici doloris* n. 26. Una llamada misteriosa a amar más, a participar del amor infinito de Dios por la humanidad.

Paul Claudel y Emmanuel Mounier nos han dejado testimonios bellísimos sobre el sufrimiento³⁹.

"Dios no ha venido para eliminar el sufrimiento, ni para explicarlo. El ha venido para llenarlo de su presencia", dice Paul Claudel.

34- O.c., p. 119.

35- Fiorenzo ANGELINI, *L'eremo e la folla*, p. 111.

36- O.c., p. 154.

37- P. Ildebrando GREGORI, O.S.B., *Carissime Figliole*, Congregación de las Hermanas Benedictinas Reparadoras del S. Rostro de N.S. Jesucristo, Bassano Romano, 1987, p. 41-42.

38- Mateo BAUTISTA, *Para mi amigo enfermo*, Ed. San Pablo, Buenos Aires 1994, pp. 7-9.



Y continúa:

“El dolor es una presencia, por tanto exige nuestra presencia: una mano se ha unido a la nuestra y nos sujeta”.

Y Mounier, en ocasión de la enfermedad de su hija Françoise escribía a su esposa:

“No debemos pensar en esta enfermedad; como si fuera algo que donamos, para que no perdamos el mérito –la gracia– de este ‘pequeño Cristo’ que está entre nosotros... No quiero que perdamos estos días olvidando que son días llenos de gracia desconocida”.

Un autor moderno, al afrontar el tema del sufrimiento y del dolor desde el punto de vista incluso psicológico, considera que *“el sufrimiento es un bien, pero no inmediato... El hombre tiene necesidad de una educación de la mirada para ver las cosas de modo diferente y para saber interpretar el sufrimiento con las perspectivas (...) que permiten contemplar la vida en forma diversa”*⁴⁰.

Y llega a afirmar que:

*“Todo lo que hay de bueno en el hombre es hijo del dolor y del sufrimiento”*⁴¹.

*“El sufrimiento nos acerca a los demás, nos hace más comprensivos, tolerantes, nos cura poco a poco de nuestra intransigencia..., nos perfecciona. Es necesario, por tanto, superar el plano de la pura inmediatez para alcanzar una perspectiva que nos dé la posibilidad de observar los acontecimientos desde cierta altura y ver el rostro escondido, positivo y pedagógico del sufrimiento”*⁴².

*“De este modo el dolor y el sufrimiento, las sensaciones de malestar corporal y el sentimiento de desagrado tienen muchos pliegues estrechos y escondidos que sólo el hombre individual es capaz de ver, de vivir y de analizar con la óptica de la vivisección. Es un diálogo de contraposición pero que tiene como finalidad elevar al hombre por encima de un esquema netamente material. Esta sabiduría se esconde en el fondo del sufrimiento y es por esto que se puede afirmar que el fruto sabroso germina en la tierra fría y seca”*⁴³.

Este acercamiento coincide con la tradición espiritual de la Iglesia que constata el sentido purifi-

39- Cf Revista "Labor Hospitalaria" n. 235/1995.

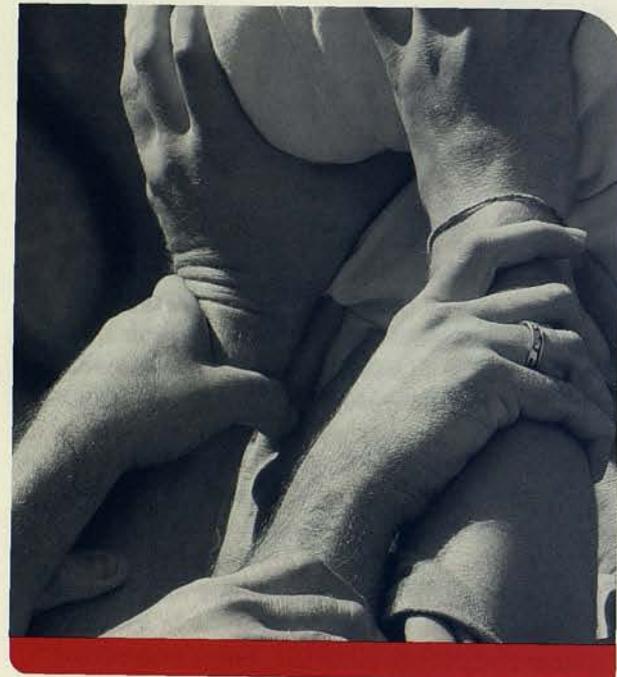
"Cartas sobre el dolor", p. 52-56.

40- Enrique ROJAS, Una teoría de la felicidad, Ed. Paoline, Roma 1988, p. 268.

41- O.c. p. 269.

42- O.c. p. 274.

43- O.c. pp. 274-275.44- S. Juan Crisóstomo, Homilias sobre la segunda carta a Timoteo, 1-23.



cador del dolor: *"...Si la Vida, pues, no hubiese sido clavada al madero, de su costado no habrían brotado aquellos manantiales de inmortalidad, de sangre y agua, que purifican el mundo"*⁴⁴.

Esta fuerza de purificación, de testimonio y lugar de encuentro que tiene el sufrimiento, se puede observar de modo particular en la vida de algunos santos, ya sea porque ellos estuvieron en contacto con los enfermos al asistirlos (Juan de Dios, Camilo de Lejis...), ya sea porque todo camino espiritual comporta sufrimientos que purifican y conducen a la santidad.

Imitando a Cristo, muchos santos han experimentado en su existencia humana y cristiana el valor redentor del sufrimiento para sí mismos y para la Iglesia.

Presentamos aquí algunas referencias:⁴⁵

Santa Teresa de Lisieux: para la pequeña Teresa, la locura de la cruz que es también sabiduría, regula el deseo y la aceptación del sufrir, liberando la esperanza de un encuentro abierto y gozoso con el Rostro del Salvador.

San Ignacio de Loyola: Para él, ser discípulo de Cristo no es sólo la disponibilidad y la aceptación de las consecuencias "crucificantes" de ser discípulo: es identificar el signo, ciertamente no absoluto sino posible y deseable, del ser discípulo en una experiencia no de ascesis sino de sufrimiento y de humillación.

Santa Teresa de Avila: El "padecer" indica para ella la actitud interior y el comportamiento de quien no hace del vivir algo absoluto, sino piensa que la vida debe ser empleada y donada según un determinado proyecto vocacional, el proyecto austero de la vida del Carmelo Reformado.

San Juan de la Cruz: Su experiencia de la prisión de Toledo le hace experimentar en primera persona el dolor y el sufrimiento. El ha vivido el "padecer y ser despreciado" en modo heroico, en el sentido de la calma, de la discreción, de la dulzura que derivan del abandono.

San Vicente de Paúl: Para el apóstol de los pobres,

el misterio está en la relación entre lo que ocurre y el beneplácito de Dios. Lo que tiene lugar es por cierto un "signo" para la acción. El "signo" de los "pobres" aparece crístico como el "beneplácito"; Cristo, de hecho, es el contenido mismo del "beneplácito". Si el beneplácito no es contradicho por la participación de Cristo al sufrimiento y a la pobreza, se vuelve plausible que, obedeciendo cristianamente al "signo" del pobre, uno obedece y elige como morada el "beneplácito" de Dios.

La cruz de Cristo, mejor, el gran amor que manifiesta Cristo a través de la cruz, posibilita el sentido y "da valor" al sufrimiento en la vida de todos estos santos. Del sufrimiento se pasa al sufrir cristianamente, en el explícito y reflejado horizonte de la Cruz del Señor, y de este modo se vuelve un testimonio, un lugar de encuentro.

Testimonios que en el sector del sufrimiento son innumerables; basta acercarnos a los hospitales o entrar en muchas casas, donde numerosas familias desde hace años asisten a una persona querida enferma para darnos cuenta de la fuerza que tiene el sufrimiento para cambiar y convertir a las personas; para dar testimonio y decir a los demás que el Señor es bueno y que la fuerza del ser humano no siempre coincide con una buena salud, sino que también en la debilidad, en la enfermedad, él puede manifestar una gran fuerza.

Si la vida práctica abunda de estos ejemplos, a veces escondidos, no es menos copiosa la literatura que recopila por escrito estas vidas⁴⁶.

Algunas expresiones sacadas de testimonios de enfermos nos revelan esta dinámica del sufrimiento,

45- Cf AA.VV., Il significato cristiano della sofferenza (La lección de algunas personalidades emblemáticas), Ed. La Scuola, Brescia 1982, pp. 80-98.

46- Cf - José VICO PEINADO, Profetas en el dolor. Ed. Paulinas, Madrid 1981.

- José L. REDRADO, Evangelización y mundo sanitario: un reto a los religiosos de la sanidad, en "Curate infirmos" (Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios), pp. 113-115.

- AA.VV.: Vivir sanamente el sufrimiento - Reflexiones a la luz de experiencias de enfermos, Conferencia Episcopal Española, Dpto. Pastoral de la Salud, Col. Iglesia y Mundo de la salud, n. 3.

- Riccarda LAZZARI: Testimoni della croce e della gioia. Ed. Camilliano, Torino 1997.

- Enrico Aitini - Sandro Barni "Caro maledetto dottore" (una lettera sul cancro) EDB Bologna 2001

no sólo para quienes lo viven, sino también como fuerza evangelizadora:

- _ Nunca, dolor, podrás encerrarme. Puedo amar en el potro de torturas (Martín Descalzo).
- _ Murió a 20 años, probada por el dolor. *"Nunca la vieron cansarse de sufrir"* (María Teresa).
- _ Doy gracias a Dios, porque me ha dado la fuerza para ver mi realidad (María Dolores).
- _ *"Yo te conocía sólo de oídas, mas ahora te han visto mis ojos"* (Jb 42, 2-6).
- _ En mi enfermedad he visto más cerca la paternidad de Dios y a Jesús como amigo y compañero (Martín Descalzo).
- _ Estoy contento no obstante mi hijo siga estando enfermo. El hospital es una sorpresa (un padre).

Un testigo excepcional

Ahora deseo centrar la atención sobre un testigo excepcional en el campo del sufrimiento en estos últimos años: el Papa Juan Pablo II, un Papa que "ha viajado" en el mundo del sufrimiento, que lo ha experimentado en su carne, cuando estuvo hospitalizado en el Policlínico "Gemelli", por varios motivos.

Este Papa pasará a la historia por sus numerosísimos viajes, por su apertura al Este, por su tenacidad en la búsqueda de la unidad y de la paz, me atrevo a decir que será recordado de modo particular por su relación con el sufrimiento y con los enfermos.

Nuestro Dicasterio⁴⁷ ha recogido este testimonio en un hermoso libro con temas y títulos llenos de realismo:

- _ Juan Pablo II, un Papa que viene del sufrimiento, heraldo del Evangelio del sufrimiento, un Papa que explica el sufrimiento, que está al servicio del que sufre, un Papa que ama a los enfermos, un Papa que sufre.
- _ Un Papa que ha dirigido a la Iglesia una Carta Apostólica, *Salvifici doloris*, sobre el sentido cristiano del dolor humano (11 febrero 1984). Un Papa también que ha instituido el Dicasterio para la Pastoral

al Sanitaria (*Motu Proprio Dolentium Hominum*, 11 febrero 1985) y la Jornada Mundial del Enfermo (13 mayo 1992).

Es todo un simbolismo, más aún, un ejemplo, un testimonio vivo. Su pontificado nace, se desarrolla y termina "pegado" al dolor. El hermoso libro sobre su pontificado se abre con una página que es toda una vida. El día siguiente a su elección, Juan Pablo II visita a un amigo suyo, gravemente enfermo; el diario *L'Osservatore Romano* (19 octubre 1978), publica la noticia con este título: "Juan Pablo II entre los enfermos del Policlínico Agostino Gemelli". Y al título siguen las palabras del Papa recogidas siempre por el mismo diario de la Santa Sede:

"Deseo agradecer a todos los que me han guiado aquí y también me han salvado, porque por el gran entusiasmo manifestado, podía suceder también que el Papa se quedase de inmediato en este hospital para ser curado. Pero sobre todo – ha proseguido después de la breve interrupción casi obligada por el aplauso de los presentes – pienso que todo esto sea un hecho de la Divina Providencia. He venido para visitar a un amigo, a un colega mío obispo: Mons. Andrea Deskur, Presidente de la Pontificia Comisión para las Comunicaciones Sociales. A él debo muchas cosas buenas, tanta amistad. Desde hace muchos días, casi desde la vigilia del Conclave él se encuentra en este hospital y realmente está en graves condiciones. He querido visitarlo, y no sólo a él, sino también a todos los demás enfermos".

El Santo Padre ha proseguido recordando lo que en la mañana había dicho a los Padres Cardenales, acerca de su voluntad de *"apoyar mi ministerio papal sobre todo en los que sufren y que a su sufrimiento, a la pasión, a los dolores, unen la plegaria"*. *"Queridos hermanos y hermanas –ha dicho también el Papa– quisiera confiarme a vuestras oraciones"*.

Juan Pablo II ha recordado a los hermanos que, aunque por su condición física, sean débiles y enfermos, al mismo tiempo son también *"muy poderosos; muy potentes así como es potente Jesucristo crucificado"*. *"En efecto, vuestra fuerza está en vuestra semejanza a El. Tratad de emplear ese poder para el bien de la Iglesia, de vuestros vecinos, de vuestras familias, de vuestra patria y de toda la humanidad. Y también por el bien del ministerio del Papa que, bajo otros aspectos, es muy débil"*.

"Al agradecer a Dios por esta significativa ocasión –ha dicho el Santo Padre para concluir– y por este

⁴⁷ Pontificio Consejo para la Pastoral de la salud, Giovanni Paolo II e la sofferenza, Ed. Velar, Bergamo 1995.

encuentro tan precioso para mí, y pienso para todos, deseo agradecer también a todos los que sirven a los enfermos en el hospital de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, los profesores, los médicos, las religiosas, personal de servicio y todos los demás. Cristo se encuentra entre vosotros, en los corazones de los enfermos y en los corazones de los "Samaritanos", que sirven a los enfermos. Sea alabado Jesucristo".

"Entre ellos vemos con mirada preferencial a los más débiles, a los pobres, a los enfermos, a los afligidos. Es especialmente a estos que, en el primer instante del ministerio pastoral deseamos abrir nuestro corazón. En efecto, ¿no sois vosotros, hermanos y hermanas, que con vuestros sufrimientos compartís la pasión del mismo Redentor y de alguna manera la completáis? El indigno Sucesor de Pedro, que se propone escrutar las insondables riquezas de Cristo, tiene una inmensa necesidad de vuestra ayuda, de vuestra oración, de vuestro sacrificio, y por esto humildemente os lo pide". Así se ha pronunciado Juan Pablo II en su discurso programático dirigido ayer por la mañana desde la Capilla Sixtina a los hombres de todo el mundo".

Un gran programa basado en los pobres, en los enfermos, en la debilidad, pero con la "fuerza del sufrimiento". Será un iter constante en la pastoral de Juan Pablo II. El libro de su vida se cierra con el mismo testimonio de la fuerza presente en el sufrimiento. Convaleciente, desde el Policlínico Gemelli, daba al mundo el siguiente testimonio:

"En estos días de enfermedad he tenido ocasión de comprender aún mejor el valor del servicio que el Señor me ha llamado a dar a la Iglesia como sacerdote, como obispo, como sucesor de Pedro: este servicio pasa también a través del don del sufrimiento, mediante el cual es posible completar en la propia carne 'lo que falta a los padecimientos de Cristo en favor de su cuerpo que es la Iglesia' (Col 1, 24)" (13 octubre 1996).

Juan Pablo II es un Papa que ha hablado mucho del sufrimiento, que ha visitado a muchos enfermos, pero su fuerza y su testimonio está en el hecho de haber sufrido mucho. El es un Papa con una grande experiencia de sufrimiento. "El dolor del Papa, símbolo de nuestro tiempo", ha escrito Rocco Buttiglione en un hermoso artículo (Il Tempo, 19 setiembre 1996).

Es una gran realidad la afirmación que encontramos en la Exhortación apostólica Evangelii nuntiandi

de Pablo VI: "El hombre contemporáneo escucha con mayor gusto a los testigos que a los maestros, o si escucha a los maestros lo hace porque son testigos"(n. 41).

Esto tuvo mucha validez para los primeros cristianos, su fe viva y operante y es, debe ser, válido en la Iglesia de hoy, sobre todo por en el sufrimiento, como campo privilegiado para generar testigos, para evangelizar.

El Cardenal Fiorenzo Angelini ha delineado bien la importancia del sufrimiento como generador de vida, cuando es compartido: "Es dolor que puede generar vida lo que desciende de la coparticipación del sufrimiento del otro, por la capacidad de poner al servicio de los demás la gran lección recibida de nuestro sufrir personal"⁴⁸. La convicción del valor del sufrimiento unido al amor actúa un encuentro de extraordinaria fecundidad espiritual⁴⁹.

El Evangelio que es escuela de amor, tal como Dios es amor, es también escuela de fuerza en el sufrimiento. El hombre sufre, la Iglesia sufre; toda persona debe afrontar su cruz y todo cristiano está invitado por Cristo a recorrer un camino de doble carril: el de asumir y de compartir con El su dolor, el de la generosidad ayudando a los demás a llevar su cruz⁵⁰. Por esto el mundo de la salud y de la enfermedad representa un terreno privilegiado de testimonio de la nueva evangelización, porque el sufrimiento humano, lo repito con las mismas palabras del Papa, no tiene otro objetivo sino el de "provocar el amor, para hacer nacer obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la civilización del amor"⁵¹.

48- Fiorenzo ANGELINI, Quel soffio sulla creta, p. 148.

49- O.c., p. 160.

50- Cristo al mismo tiempo ha enseñado al hombre a hacer bien con el sufrimiento y a hacer bien a quien sufre. Bajo este doble aspecto,

"Amados enfermos, sabed encontrar en el amor 'el sentido salvífico de vuestro dolor y las respuestas válidas a todos vuestros interrogantes' (Cf Carta Ap. Salvifici doloris, n. 31). Vuestra misión es de altísimo valor tanto para la Iglesia como para la sociedad. 'Vosotros que lleváis el peso del sufrimiento estáis en los primeros puestos que corresponden a los que ama el Señor. Del mismo modo como hizo a todos los que El encontró en los caminos de la Palestina, Jesús os ha dirigido una mirada llena de ternura; su amor nunca disminuirá' (Discurso a los enfermos y a los que sufren, Tours, 21 de setiembre de 1996, 2, en L'Osservatore Romano 23/24 de setiembre de 1996, p.4). Sed testigos generosos de este amor privilegiado a través del don de vuestro sufrimiento, de grande alcance para la salvación del género humano".

Reflexión final

Para terminar, traigo cuatro voces amigas; cada una ha vivido experiencias personales de sufrimiento o cercanas a los que sufren; sus voces y su modo de vida son también un lugar de encuentro, lugar de evangelización.

Primera voz: P. Pierluigi Marchesi (+2002)

Un gran defensor del enfermo, hombre de frontera y con una gran visión profética; hace 20 años, en el Sínodo sobre la Reconciliación, 1983, delante al Papa y a los padres sinodales se expresó así:

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

Y concluía su intervención:

"...No olvidemos que un día todos perteneceremos al pueblo de los enfermos y de los moribundos, incluídos nosotros; será un modo inevitable de encontrar a Cristo que nos reconcilia y nos invita a su Pascua".

Segunda voz: La vida y la muerte de Ananías (+2003)

Su cuerpo murió, su vida no. Supo de lágrimas y de sufrimientos, pero siempre los llevó con entereza

y coraje. Fue una luz que alumbra sin ofender, calienta sin quemar. Murió con estilo de campeón. Se le dio un ¡adiós! sólo temporal. Y una cruz de piedra, y hubo silencio de palabras sabias, y vida acrisolada por la muerte, y amor más fuerte de la muerte, y Dios para abrazar después de 95 años, y amar para siempre. Así vivió y así se nos marchó nuestro hermano Ananías, padre de un amigo nuestro, Rude. Su muerte fue llena de vida. Su testimonio nos llena de gozo y de esperanza.

Tercera voz: Un obispo cuenta su experiencia. (D. Fernando Sebastián, obispo de Pamplona. Cf. "La verdad del Evangelio" Ed. Sígueme pág 793-794.)

"... vuestro obispo ha andado justo de salud; nada grave, pero sí largo y complicado ... La primera enseñanza que te da la enfermedad es caer en la cuenta de la provisionalidad y fragilidad de nuestra vida. La enfermedad siempre es algo imprevisto. No está en nuestra agenda. Mientras estamos sanos, damos por supuesto que siempre vamos a seguir así, sanos y fuertes. Pero llega un día en que el cuerpo no responde y nos damos cuenta de que nuestra aparente fortaleza se sostiene sobre un cúmulo, una pirámide de maravillas, que nosotros no controlamos y conocemos muy escasamente.

Esta fragilidad también es parte de la verdad de nuestra vida, por eso la enfermedad nos ayuda a conocernos con más realismo. Y nos ayuda a ver mejor la verdad de nuestra sociedad.

[...] Somos mucho, valemos mucho, pero lo que somos y valemos está todo sustentado en algo que no depende de nosotros, que es anterior a nosotros y se nos escapa. La salud, la vida, todo lo que somos es un don.

[...] La enfermedad nos hace valorar también lo que recibimos de los demás en todo. Alguien tiene que estar a tu lado para ayudarte a vivir.

[...] En los días de enfermedad se reza más, se siente más cerca la presencia de Dios que nos consuela y fortalece, resultan más claras aquellas palabras de Pablo: "Te basta mi gracia". "La fuerza de Dios se manifiesta en nuestra debilidad". La aceptación de la propia debilidad ayuda a valorar más la posibilidades de los demás y sobre todo la gran fuerza del amor de Dios que nunca falla. La enfermedad es un tiempo de clarividencia. Se comprende mejor el misterio del dolor, la fuerza del amor, la necesaria solidaridad, sabiduría definitiva de cruz de Cristo, amor inocente realzado en el dolor como camino de libertad y salvación.

Mi experiencia se ha visto reforzada por la enfermedad

51- Salvifici doloris, 30.

52- Juan Pablo II, Mensaje para la V Jornada Mundial del Enfermo, 1997, n. 4.

y muerte de dos amigos y hermanos muy cercanos, los obispos Conget y Osés. Ellos han llegado hasta el fondo de la experiencia y han entrado por la puerta estrecha de la muerte hasta el encuentro glorioso con el Dios del amor y de la vida. Los demás hemos aprendido de ellos a morir y a vivir cerca de este Dios que nos espera con paciencia y misericordia”.

Cuarta voz: Jesús Burgaleta reflexiona así:
En Cristo el sufrimiento “ha sido unido al amor” (SD, 18).

— Y ya que el sufrimiento es un hecho, es posible vivirlo humana y positivamente.

— La evangelización del enfermo debe ayudar a vivir de modo constructivo la experiencia del dolor.

— ¿Cómo?

- . Tomando conciencia de nuestra limitación y finitud.
- . Asumiendo con entereza y temblor el destino humano.
- . Capacitando para el encuentro con Dios como un compañero silencioso.
- . Preparando para asumir la muerte; es decir, acabar la vida como un acto de donación, de entrega, de confianza total, de vaciado en los otros y en Dios.

Sólo el amor vivido en medio de la enfermedad puede dar sentido a ésta y sólo el amor, la donación, puede dar un sentido tal a la muerte, que puede ser transformada en el “acto vital por excelencia: ‘Me amó y se entregó por mí’ (Gal 2, 20). El amor es también la fuente más rica sobre el sentido del sufrimiento, que es siempre un misterio. Esta respuesta ha sido dada por Dios al hombre en la cruz de Jesucristo” (SD, 13).

BIBLIOGRAFÍA CITADA

JUAN PABLO II:

- Carta apostólica Salvifici Doloris, 11.2.1984.
- Motu Proprio Dolentium Hominum, 11.2.1985.

ANGELINI F., *L'uomo delle beatitudini*. Tip. Pol. Vaticana. Roma, 1986.

ANGELINI F., *Quel soffio sulla creta*. Tipografia Vaticana, 1986.

ANGELINI F., *El Evangelio del sufrimiento y la primera evangelización en Chile*. Conferencia en la Pontificia Universidad de Chile, 25 setiembre 1992.

ANGELINI F., *L' amore per i sofferenti, chiave dell' evangelizzazione*. L'Osservatore Romano, 9 octubre 1992, p. 5.

ANGELINI F., *All' occasione del centenario del primo annuncio del Vangelo nel Nuovo Mondo*, Ciudad del Vaticano, 23 setiembre 1993.

ANGELINI F., *Ero infermo...*
Ed. Velar. Bergamo, 1996.

AA.VV., *Il significato della sofferenza umana*. Actas del I Congreso Stauròs, Ed. Stauròs. Pescara, 1983.

AA.VV., *Vivir sanamente el sufrimiento. Reflexiones a la luz de experiencias de enfermos*. Conferencia Episcopal Española. Madrid, 1994.

AA.VV., *La spiritualità nel tempo della malattia*. Cuadernos de Camillianum n. 1. Roma, 1990.

BAUTISTA M., *Para mi amigo enfermo*. Ed. San Pablo. Buenos Aires 1994.

CANONICI E., *Dolore che salva. La sofferenza umana e le missioni*. Ed. Porziuncola, Assisi, 1992.

CINA' G., *Sofferenza e salvezza*. Subsidios. Camillianum. Roma, 1995.

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA,
Los 10 días del enfermo en la Iglesia española. Conf. Ep. Esp. Past. Salud, Madrid, 1994.

CONGAR Y. - RAHNER K., *Sulla malattia*. Brescia 1976 (Meditaciones, 28).

DE LA CALLE, *Respuesta bíblica al dolor de los hombres*. Ed. Fax. Madrid, 1974.

EVELY L., *El sufrimiento*. Ed. Estela. Barcelona, 1966.

ELIZONDO V., (con colab.), *La via della croce. La Passione di Cristo nelle Americhe*. Queriniana, 1992.

FRANKL V.E., *Homo patiens. Interpretazione umanistica della sofferenza*. Traducción y prefacio de E. FIZZOTTI. Varese, 1972.

GONZALEZ FAUS J.L., *Vicarios de Cristo*. Ed. Rotta. Madrid, 1991.

GRANDI V., *Al servicio de los enfermos con amor*. Ed. Selare. Bogotá, 1997.

- HARING B., *La Fe, fuente de salud. Canto a las profesiones sanitarias*. Ed. Paulinas, 1990.
- ILARI A., *Il dolore non è mai vano, mai inutile. La croce della sofferenza è fonte di grazia e di salvezza. Anime e corpi*, 90 (1980), 307-313.
- JAN RYN Z., *El dolor tiene mil rostros – Juan Pablo II y los enfermos*. Ed. Universitaria. Santiago de Chile, 1993.
- LUKAS E., *Dare un senso alla sofferenza*. Cittadella editrice, Assisi., 1983.
- MAGRASSI M., *Gesù e il malato*. Ed. La Scala. Noci, 1996.
- MARTINI C.M., *Farsi prossimo. Piani pastorali*. Milano, 1985-86.
- MARTINI C.M., *Parlo al tuo cuore*. Centro Ambrosiano. Milano, 1996.
- MATTAI G., *Teología della croce e pastorale della sofferenza*. *Anime e Corpi*, 63 (1976), 81-91.
- MONGILLO D., *La croce di Gesù Cristo, fondazione di vita morale en La sapienza della croce oggi*. *Actas del Congreso Internacional: Roma, 13-18 octubre 1975*, I, Leumann (Torino) 1976, 276-283).
- MOLANN, *El Dios crucificado*. Ed. Sígueme. Salamanca, 1975.
- MOTICELLI I., *La sofferenza nella riflessione teologica italiana dopo il Vaticano II*. Ed. Salcom, 1984.
- NAVONE, *Teologia del fallimento*. Ed. Pont. Univer. Gregoriana. Roma, 1988.
- RAVASI G., *Fino a quando Signore? La sofferenza secondo la Bibbia*. Ed. Fatebenefratelli. Spiritualità n. 40. Cernusco sul Naviglio (MI), 1995.
- REDRADO J.L., *Presencia cristiana en las clínicas y hospitales*. Ed. PPC, Madrid, 1969.
- REDRADO J.L., *Dolore e morte in conflitto con noi: alla ricerca di un senso*. *Congreso Internacional de Psicología y Ciencias Humanas "La Bussola"*. Veroli (Fr), 16-18 mayo 1996.
- REVISTA "CONCILIUM" n. 119 – *Sufrimiento y fe cristiana*.
- REVISTA "LABOR HOSPITALARIA":
n. 190: *Presencia de los enfermos en el Sínodo de obispos*, 1983.
n. 195: *Un año de la carta Salvifici doloris*.
n. 235: *Enero-Febrero-Marzo 1995. N. Monográfico El sufrimiento y la enfermedad*.
- REVISTA "MISSIONE E SALUTE" n. 5/96 – *La sofferenza è parte della vita*.
- REVISTA "DOLENTIUM HOMINUM". *Varias reflexiones sobre el significado del sufrimiento* n. 27/1994.
- ROJAS E., *Una teoria della felicità*. Ed. Paoline. Roma, 1988.
- SALVADORI M., *Fede e malattia*. Ed. Carroccio. PD, 1986.
- TETTAMANZI D., *L'annuncio del Vangelo al mondo della sofferenza*. *Anime e Corpi* 61 (1975), 523-538.
- VICO PEINADO, *Profetas en el dolor*. Ed. Paulinas. Madrid, 1981.
- VIRGULIN S., *La croce come potenza di Dio in I Cor, 18-24 en La sapienza della croce oggi*. *Actas del Congreso Internacional: Roma, 13-18 octubre 1975*, I, Leumann (Torino) 1976, 144-150.