

LA BOR HOS PITA LARIA

3-4 - 2009

julio / agosto / septiembre
octubre / noviembre / diciembre

n° 293-294

Humanización, pastoral
y ética de la salud



Día del Enfermo, 25 años caminando

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud

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

Año 58, Tercera época. Julio - Agosto- Septiembre -
Octubre - Noviembre - Diciembre 2009

Número 293 - 294, Volumen XLI

Consejo de Redacción

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

Consejo Asesor

Francisco Abel, M^a. Carmen Alarcón, Miguel A. Asenjo,
Manuel Cebeiro, Esperanza Cachón, Ángel Calvo,
Jesús Conde, Rudesindo Delgado, Joaquín Erra,
Francisco de Llanos, Pilar Malla, Javier Obis, José A. Pagola

Dirección y Redacción

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 Sant Boi de Llobregat -Barcelona-
curia@ohsjd.es

Fotografía

Santiago Domingo i Franquesa

Información y suscripciones
revistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

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

ISSN 0211-8266 - Dep. Legal: B. 2998-61
COLOR DIGITAL - BCN

0 Mensaje del Santo Padre Benedicto XVI
para la XVIII Jornada Mundial del Enfermo..
Pág. 3

1 El Día del Enfermo: 25 años caminando.
Historia de una experiencia.
> Rudesindo Delgado
Pág. 7

2 Aportaciones más significativas
a la acción evangelizadora
de la iglesia hoy.
> Hno. Miguel Martín Rodrigo, OH
Pág. 17

3 Pasado, presente y
perspectivas de futuro.
> Jesús Conde Herranz
Pág. 47

4 25 años del Pontificio consejo
para los agentes sanitarios
para la Pastoral de la Salud.
> Mons. José Luis Redrado
Pág. 51

5 El evangelio de la salud
en una sociedad plural.
> P. Francisco Alvarez
Pág. 59

6 Comunicaciones:
Pág. 81

6.1 Los servicios de asistencia religiosa
católica hospitalaria, los hospitales
y las campañas del enfermo.
> Hermenegildo Centeno Raposo
Pág. 82

6.2 Aportación de la campaña del Día
del Enfermo a la parroquia y viceversa.
> Amalia Rodríguez Bernal
Pág. 92

6.3 Aportación de la campaña a los
enfermos y de éstos a la campaña
en sus 25 años.
> José M^a López López
Pág. 96

6.4 Los PROSAC (Profesionales de la
Salud Cristianos) y el Día del Enfermo
de la Pastoral de la Salud.
> Juan Viñas Salas
Pág. 104

6.5 Los religiosos/as y las
campañas del Día del Enfermo.
> Cristina Masferrer Filip
Pág. 112

6.6 La aportación de la Campaña
del Enfermo a los obispos españoles
y de los obispos a la Campaña.
> Rafael Palmero Ramos
Pág. 118

Boletín de suscripción:

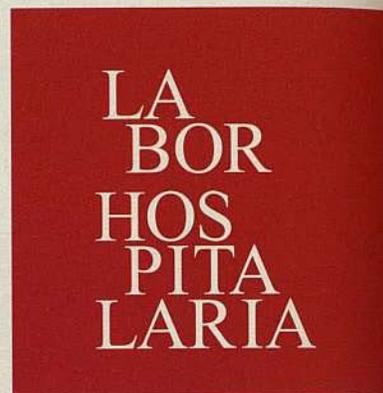
Año 2009

Suscripción anual: cuatro números

España **36** €

Zona Euro **50** €

Resto **50** \$



| | | | | |
|---------------|-----------|------------------|------|--------|
| 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 complementada a:
Hermanos de San Juan de Dios, Dr. Antoni Pujadas 40,
Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

www.sanjuandedios.net
curia@ohsjd.es
revistas@ohsjd.es

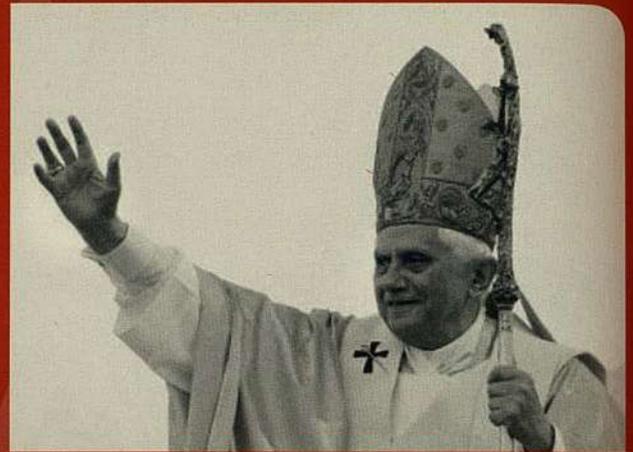
Mensaje del Santo Padre Benedicto XVI para la XVIII Jornada Mundial del Enfermo.

> El Vaticano, 11 de febrero de 2010

Queridos hermanos y hermanas:

El próximo 11 de febrero, memoria litúrgica de la Bienaventurada Virgen María de Lourdes, se celebrará en la basílica vaticana la XVIII Jornada mundial del enfermo. La feliz coincidencia con el 25º aniversario de la institución del Consejo pontificio para la pastoral de los agentes sanitarios constituye un motivo más para agradecer a Dios el camino recorrido hasta ahora en el sector de la pastoral de la salud. Deseo de corazón que ese aniversario sea ocasión para un celo apostólico más generoso al servicio de los enfermos y de quienes cuidan de ellos.

Cada año, con la Jornada mundial del enfermo, la Iglesia quiere sensibilizar a toda la comunidad eclesial sobre la importancia del servicio pastoral en el vasto mundo de la salud, un servicio que es parte integrante de su misión, ya que se inscribe en el surco de la misma misión salvífica de Cristo. Él, Médico divino, *“pasó haciendo el bien y curando a todos los oprimidos por el diablo”* (Hch 10, 38). En el misterio de su pasión, muerte y resurrección, el sufrimiento humano encuentra sentido y la plenitud de la luz. En la carta apostólica *Salvifici doloris*, el siervo de Dios Juan Pablo II tiene palabras iluminadoras al respecto: *“El sufrimiento humano -escribió- ha alcanzado su culmen en la pasión de Cristo. Y a la vez ha entrado en una*



Benedicto XVI

dimensión completamente nueva y en un orden nuevo: ha sido unido al amor (...), a aquel amor que crea el bien, sacándolo incluso del mal, sacándolo por medio del sufrimiento, así como el bien supremo de la redención del mundo ha sido sacado de la cruz de Cristo, y de ella toma constantemente su origen. La cruz de Cristo se ha convertido en una fuente de la que brotan ríos de agua viva” (n. 18).

El Señor Jesús en la última Cena, antes de volver al Padre, se inclinó para lavar los pies a los Apóstoles, anticipando el acto supremo de amor de la cruz. Con ese gesto invitó a sus discípulos a entrar en su misma lógica, la del amor que se da especialmente a los más pequeños y a los necesitados (cf. Jn 13, 12-17).

Siguiendo su ejemplo, todo cristiano está llamado a revivir, en contextos distintos y siempre nuevos, la parábola del buen Samaritano, el cual, pasando al lado de un hombre al que los ladrones dejaron medio muerto al borde del camino, *“al verlo tuvo compasión; y, acercándose, vendó sus heridas, echando en ellas aceite y vino; y montándolo sobre su propia cabalgadura, lo llevó a una posada y cuidó de él. Al día siguiente, sacando dos denarios, se los dio al posadero y dijo: “Cuida de él y, si gastas algo más, te lo pagaré cuando vuelva”* (Lc 10, 33-35).

Al final de la parábola, Jesús dice: *"Ve y haz tú lo mismo"* (Lc 10, 37). Con estas palabras se dirige también a nosotros. Nos exhorta a inclinarnos sobre las heridas del cuerpo y del espíritu de tantos hermanos y hermanas nuestros que encontramos por los caminos del mundo; nos ayuda a comprender que, con la gracia de Dios acogida y vivida en la vida de cada día, la experiencia de la enfermedad y del sufrimiento puede llegar a ser escuela de esperanza. En verdad, como afirmé en la encíclica *Spe salvi*, *"lo que cura al hombre no es esquivar el sufrimiento y huir ante el dolor, sino la capacidad de aceptar la tribulación, madurar en ella y encontrar en ella un sentido mediante la unión con Cristo, que sufrió con amor infinito"* (n. 37).

Ya el concilio ecuménico Vaticano II recordaba la importante tarea de la Iglesia de ocuparse del sufrimiento humano. En la constitución dogmática *Lumen gentium* leemos que como *"Cristo fue enviado por el Padre para anunciar a los pobres la Buena Nueva, para sanar a los de corazón destrozado"* (Lc 4, 18), *"a buscar y salvar lo que estaba perdido"* (Lc 19, 10); *de manera semejante la Iglesia abraza con amor a todos los afligidos por la debilidad humana; más aún, reconoce en los pobres y en los que sufren la imagen de su fundador, pobre y sufriente, se preocupa de aliviar sus necesidades y pretende servir en ellos a Cristo"* (n. 8).

Esta acción humanitaria y espiritual de la comunidad eclesial en favor de los enfermos y los que sufren a lo largo de los siglos se ha expresado en múltiples formas y estructuras sanitarias también de carácter institucional. Quisiera recordar aquí las gestionadas directamente por las diócesis y las que han nacido de la generosidad de varios institutos religiosos. Se trata de un valioso "patrimonio" que responde al hecho de que *"el amor necesita también una organización, como presupuesto para un servicio comunitario ordenado"* (*Deus caritas est*, 20). La creación del Consejo pontificio para la pastoral de los agentes sanitarios, hace veinticinco años, forma parte de esa solicitud eclesial por el mundo de la salud. Y debo añadir que, en el actual momento histórico-cultural, se siente todavía más la exigencia

de una presencia eclesial atenta y generalizada al lado de los enfermos, así como de una presencia en la sociedad capaz de transmitir de manera eficaz los valores evangélicos para la defensa de la vida humana en todas sus fases, desde su concepción hasta su fin natural.

Quisiera retomar aquí el Mensaje a los pobres, a los enfermos y a todos los que sufren, que los padres conciliares dirigieron al mundo al final del concilio ecuménico Vaticano II: *"Vosotros que sentís más el peso de la cruz -dijeron- (...), vosotros que lloráis (...), vosotros los desconocidos del dolor, tened ánimo: vosotros sois los preferidos del reino de Dios, el reino de la esperanza, de la bondad y de la vida; vosotros sois los hermanos de Cristo sufriente y con él, si queréis, salváis al mundo"* (Concilio Vaticano II. Constituciones. Decretos. Declaraciones. BAC, Madrid 1966, p. 845). Agradezco de corazón a las personas que cada día *"realizan un servicio para con los que están enfermos y los que sufren"*, haciendo que *"el apostolado de la misericordia de Dios, al que se dedican, responda cada vez mejor a las nuevas exigencias"* (Juan Pablo II, constitución apostólica *Pastor bonus*, art. 152).

En este Año sacerdotal mi pensamiento se dirige en particular a vosotros, queridos sacerdotes, "ministros de los enfermos", signo e instrumento de la compasión de Cristo, que debe llegar a todo hombre marcado por el sufrimiento. Os invito, queridos presbíteros, a no escatimar esfuerzos para prestarles asistencia y consuelo. El tiempo transcurrido al lado de quien se encuentra en la prueba es fecundo en gracia para todas las demás dimensiones de la pastoral. Me dirijo por último a vosotros, queridos enfermos, y os pido que recéis y ofrezcáis vuestros sufrimientos por los sacerdotes, para que puedan mantenerse fieles a su vocación y su ministerio sea rico en frutos espirituales, para el bien de toda la Iglesia.

Con estos sentimientos, imploro para los enfermos, así como para los que los asisten, la protección maternal de María, *Salus infirmorum*, y a todos imparto de corazón la bendición apostólica.

El Día del Enfermo: 25 años caminando. Historia de una experiencia.

> Rudesindo Delgado,
*Profesor del Instituto de Pastoral de Madrid y capellán
del Instituto Cardiológico de la Universidad San Carlos. Madrid.*

Relatar en el marco de estas Jornadas la experiencia del Día del Enfermo nos da la oportunidad de reconocerla como una de las actividades más relevantes de la Pastoral de la Salud cuya celebración se ha convertido en el eje vertebrador de la acción pastoral de la Iglesia española en el campo de la salud.

Nos permite recordar a las personas que la soñaron y la hicieron realidad. Nos lleva a agradecer al Señor todo el bien que, con su inspiración y ayuda, hemos obrado a favor de sus hermanos más pequeños, los enfermos, y el que ellos nos han regalado. Y nos llama a mirar al futuro e impulsar la celebración del Día con creatividad y confianza.

El autor de esta exposición, necesariamente sucinta, trata de responder a estas preguntas: ¿Qué ha hecho posible una experiencia tan singular?
¿Cómo nace? ¿Por qué y para qué? ¿Quiénes son sus destinatarios?
¿Qué temas se han tratado? ¿Cuáles son sus frutos?

Propuestas mirando al futuro. ▶



Rudesindo Delgado

1. ¿Qué ha hecho posible el Día del Enfermo?

Una experiencia tan singular y rica como la del Día del Enfermo, tal y como se ha realizado en la Iglesia española, tan sólo es posible porque se han dado una serie de hechos, que voy a recordar:

1.1. Una pastoral organizada

Una pastoral renovada necesitaba unos buenos cauces de organización para desarrollarse y realizar bien su misión. La Conferencia Episcopal Española crea en 1971 el **Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria**, como un **Departamento de la Comisión Episcopal de Pastoral**.

En la década del 76 al 86:

A) Se consolidan unos organismos vivos al servicio de la pastoral: Equipo Nacional de P.S. (1976) y Comisiones (1986), Secretariados Diocesanos de P.S., Secretariados Interdiocesanos de P.S. (SIPS).

B) Se estrecha la relación y colaboración con la FERS (Federación Española de Religiosas Sanitarias) que agrupaba a más de 13.000 religiosas sanitarias.

C) Se entabla una relación muy fructífera con los Movimientos de Enfermos y para Enfermos.

D) Participa activamente en los importantes Congresos de la Iglesia española: Evangelización y hombre de hoy y Parroquia evangelizadora.

1.2. Toma de conciencia de la Jerarquía

La comunicación con los obispos ha sido permanente. El Departamento y las Delegaciones Diocesanas de Pastoral de la Salud han estado en permanente contacto con los Sres. Obispos para informarles y recibir de ellos su orientación y apoyo.

La Conferencia Episcopal Española ha tratado el temadepastoralde la salud entre Asambleas Plenarias y en una reunión de la Comisión Permanente.

- Informe “**La presencia y acción de la Iglesia en el mundo de la salud**” XXV Asamblea Plenaria. (Noviembre de 1976)
- Informe. “**La Iglesia y los minusválidos**” con motivo del Año Internacional del Minusválido. XXXV Asamblea Plenaria. (Noviembre 1981)

1.3. Presencia renovada de la Iglesia en los hospitales

Dada la importancia de la pastoral en el hospital dedicamos esfuerzos, imaginación y tiempo de cara a renovarla. Rememoramos algunas de las muchas acciones desarrolladas en estos años.

A) Formación permanente de los agentes de la pastoral hospitalaria. Son múltiples las actividades organizadas con este fin: convivencias nacionales e interdiocesanas, reuniones periódicas en muchas diócesis, más 30 cursos de formación en los

que participaron más de 1.000 capellanes y otros agentes de pastoral hospitalaria.

B) Regulación de la asistencia religiosa en los hospitales. El 25 de julio de 1985 se firmó el **"Acuerdo marco sobre asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios públicos"** Esta regulación ha asentado los cimientos jurídicos de la asistencia religiosa en los hospitales del sector público facilitando así la prestación de dicha asistencia en unas condiciones favorables.

C) Documento **"La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales"**. La Comisión Episcopal de Pastoral aprueba este documento en 1987 este documento, fruto de un largo trabajo de reflexión y estudio de numerosos capellanes, religiosas y seglares y de la colaboración de varios biblistas, teólogos y moralistas.

1.4. Resurgir de la Pastoral de la Salud en las parroquias

En el campo de las parroquias resurge y arraigan una gran fuerza la pastoral de la salud. Las comunidades cristianas recuperan en estos años su sensibilidad hacia el campo de los enfermos y asumen su papel en la atención a los mismos.

1.5. Despertar de los laicos y reconocimiento de su papel

A comienzos de los 80 se inicia un despertar de los laicos que trabajan en el mundo de la salud. En las Jornadas Nacionales del 82, dos profesionales sanitarios -**Dr. Juan Viñas** y **Dra. Nuria Homedes**- hablan por primera vez sobre la misión del seglar en el mundo de la salud.

Los Delegados dedicaron las Jornadas del 83 a estudiar la misión de los profesionales sanitarios cristianos, los medios para fomentar su presencia evangelizadora y el papel de la Delegación en este campo. En el 86 se crea, dentro del Departamento, la Comisión Nacional de Profesionales Sanitarios

Cristianos integrada por médicos, enfermeras y personal administrativo. Su primera acción fue organizar unas Jornadas Nacionales.

2. ¿Cómo nace el Día del Enfermo?

En la Iglesia española se venía celebrando el domingo de Pentecostés la Jornada del Enfermo Misionero organizada por las Obras Misionales Pontificias.

A finales de 1983, informada la Comisión Episcopal de Pastoral y con su apoyo, se comunica el proyecto de celebrar el Día del Enfermo a las Delegaciones Diocesanas de Pastoral Sanitaria, a la Federación de Religiosas Sanitarias y a los Movimientos de Enfermos y se les pide su parecer y sus aportaciones: razones de la conveniencia o no de la celebración, finalidad, fecha apropiada, actividades de la celebración, organizadores, materiales, medios de financiación, sugerencias.

"Creemos que ha llegado el momento de estudiar con detenimiento. Lo vamos a hacer en la próxima reunión del Equipo Nacional de P.S. que se celebrará el 30 y 31 de enero de 1984. La Comisión Episcopal de Pastoral ha sido informada de ello y desea vivamente que se lleve adelante. Vuestro parecer es muy valioso en un tema como éste y deseamos tenerlo presente. En la próxima circular recibiréis un cuestionario para trabajarlo con vuestro "equipo" y enviar la respuesta. Contaremos también con el parecer y la colaboración de los Movimientos de Enfermos y para Enfermos, de Asociaciones, etc." Circular a los Delegados Diocesanos 1/84 de 7 de enero

Se reciben más de 80 contestaciones, por escrito y de palabra, grupales e individuales, procedentes de 42 diócesis y de las Comisiones Episcopales: Delegaciones Diocesanas de Pastoral de la Salud (38),

Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos (20), Hospitalidad de Ntra. Sra. de Lourdes (2), Grupos Cristianos de Hospital (2), Grupos parroquiales, Capellanes (3), Religiosos (1), Otros.

La respuesta fue unánime: sí. El Día del Enfermo iba a poner en práctica la recomendación del Episcopado Español en sus Orientaciones Doctrinales y Pastorales del Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos: *“Aunque durante todo el año la comunidad cristiana debe tener particular preocupación por sus miembros enfermos, y hacer llegar hasta ellos sus cuidados, es conveniente dedicar algún tiempo del año para tenerlos presentes de una manera más viva y especial”* (nº 52).

El Equipo Nacional de Pastoral de la Salud (ENPS) elaboró el proyecto del Día del Enfermo, a partir de las aportaciones recibidas tanto de los Delegados, Religiosas y Movimientos como de las ofrecidas por cinco Comisiones Episcopales (**Pastoral Social, Medios de Comunicación, Seminarios, Misiones y Migración**) que organizaban Jornadas. (Febrero 1984).

La Comisión Episcopal de Pastoral presentó el proyecto de la celebración del Día del Enfermo a la Comisión Permanente de la C.E.E que fue aprobado por unanimidad.

3. Razones del Día del Enfermo.

Los partidarios de la celebración del Día del Enfermo aportaron las siguientes razones:

- A) Dar a conocer el mundo del enfermo.
- B) Iluminar y orientar a los cristianos acerca de la salud, enfermedad, sufrimiento, muerte...
- C) Ayudar a tomar conciencia de la importancia evangélica del mundo de los enfermos.

D) Suscitar y alentar la presencia activa de los cristianos en este campo.

E) Dar a conocer y celebrar la acción de la Iglesia en este campo.

F) Aunar a los agentes de pastoral en torno a una acción concreta, asumida por todos.

G) Reconocer por la Iglesia la importancia evangélica del mundo de los enfermos.

4. Líneas del proyecto del Día del Enfermo.

- 1) Implicar a la comunidad eclesial y a todos los agentes de P.S. en la preparación y celebración.
- 2) Dar a los enfermos el protagonismo en su preparación y celebración.
- 3) Darle un enfoque eclesial y pastoral.
- 4) Centrar cada Día del Enfermo (Campaña) en un tema.
- 5) Elegir el tema con estos criterios: Que sea actual, de interés y relevancia pastoral; que tenga continuidad y gradualidad; que cuente con los Planes de Acción del Departamento y de la Conferencia Episcopal.
- 6) Marcar cuatro objetivos en el tema: Sensibilizar y concienciar; Iluminar y educar; Invitar a la acción y promover el compromiso; Orar y celebrar.
- 7) Prepararlo con esmero y sin prisas, en los diferentes ámbitos (nacional -interdiocesano- diocesano y local).
- 8) Revisar cada año la celebración en los diferentes ámbitos.

5. Riesgos que se deben evitar en la celebración.

- 1) Que sea un día pasajero, sin repercusión alguna en la comunidad cristiana y en la sociedad.
- 2) Pasivizar, manipular y utilizar a los enfermos.
- 3) La Superficialidad o simplismo en el tratamiento de los temas.
- 4) Convertirlo en un día reivindicativo.
- 5) El triunfalismo o alarde pastoral.
- 6) Que sea algo de un pequeño grupo y no toda la comunidad eclesial.

6. Destinatarios de la celebración del Día del Enfermo.

- Los enfermos, familias y sus asociaciones.
- Las comunidades cristianas y equipos de pastoral de la salud.
- Los servicios de asistencia religiosa católica de los hospitales.
- Las congregaciones religiosas sanitarias y de vida contemplativa.
- Las instituciones sanitarias y socio-sanitarias, especialmente las de la Iglesia, y el personal de las mismas.
- La sociedad en general.

En función del tema, se concretan otros destinatarios.

7. ¿Cómo se inició la celebración del Día del Enfermo?

- Elegido el tema, se elaboraron las “orientaciones” y materiales.
- **D. Javier Osés** -obispo responsable de la P.S.- escribió a la FERS (Federación Española de Religiosas Sanitarias) y a los religiosos sanitarios invitándoles a participar activamente en la celebración.
- Rudesindo Delgado -director del Departamento- invitó y animó a los Delegados a trabajar en la preparación y celebración del Día: *“Os animo a trabajar con entusiasmo en la preparación y celebración del Día. Vuestra misión es animar y coordinar a los diversos agentes de pastoral, implicar a toda la comunidad eclesial. Misión hermosa. Que el protagonismo lo tenga el Señor Jesús y su mensaje.”* Circular 2/85 de 31 de Enero.
- El 17 de marzo de 1985 -Domingo IV de Cuaresma- se celebró por primera vez el Día del Enfermo en la Iglesia Española. La Misa del Día del Señor se retransmitió desde la Concatedral de Vigo.

8. Temas y lemas de las Campañas del Enfermo.

- 1985. Lema: “Estuve enfermo y me visitasteis”.
- 1986. Tema: Los enfermos miembros activos y plenos de la comunidad cristiana y de la sociedad. Lema: Los enfermos nos evangelizan.
- 1987. Tema: La humanización de la asistencia. Lema: Un trato más humano.

- 1988. Tema: Los enfermos más necesitados y desasistidos.
Lema: Una asistencia digna.
- 1989. Tema: La familia del enfermo.
Lema: La familia también cuenta.
- 1990. Tema: La comunidad cristiana y los enfermos.
Lema: Comunidades para curar.
- 1991. Tema: Iglesia y salud
Lema: Jesús es la salud.
- 1992. Tema: Iglesia y Sanidad.
Lema: Descubre su mundo.
- 1993. Tema: Vivir el morir.
Lema: La vida sigue ¡No tengas miedo!
- 1994. Tema: Los sacramentos en la enfermedad.
Lema: Celebra la vida.
- 1995. Tema: El sufrimiento en la enfermedad.
Claves para vivirlo sanamente.
Lema: Tu amor alivia el dolor.
- 1996. Tema: El enfermo mental en la sociedad y en la Iglesia.
Lema: Con vosotros está y no le conocéis
- 1997. Tema: El anciano enfermo en la sociedad y en la iglesia.
Lema: Atiéndele con cariño.
- 1998. Tema: Voluntariado y pastoral de la salud.
Lema: Gratis has recibido. Da gratis.
- 1999. Tema: María, salud de los enfermos.
Lema: La mujer se hizo salud.
- 2000. Tema: El Verbo se hizo carne.
Lema: Salud de Dios para ti.
- 2001. Tema: Los niños enfermos.
Lema: "...porque de ellos es el Reino."
- 2002. Tema: Orar en la enfermedad.

Lema: Unos por otros.

- 2003. Tema y lema: Los Enfermos en la Parroquia una prioridad.
- 2004. Tema y lema: Más cerca de los que están lejos.
- 2005. Tema: Los Profesionales de la Salud.
Lema: Los necesitamos, nos necesitan.
- 2006. Tema: El Acompañamiento espiritual al enfermo.
Lema: "... y caminó con ellos".
- 2007. Tema: La Pastoral de la Salud en el nuevo contexto sociosanitario.
Lema: Acoger, comprender, acompañar.
- 2008. Tema: El Duelo.
Lema: Ante el duelo, abiertos a la esperanza.
- 2009. Tema: Eucaristía y Pastoral de la Salud.
Lema: Creer, celebrar y vivir la Eucaristía.

Síntesis de los temas tratados

• Realidades a evangelizar

- La salud (1991)
- La sanidad (1992)
- El sufrimiento (1995)
- El morir y la muerte (1993)
- El duelo (2008)

• Acciones evangelizadoras

- Visitar (1985)
- Humanizar la asistencia (1987)
- Curar (1990)
- Orar (2002)
- Celebrar la Vida
(Los sacramentos 1994, la Eucaristía 2009)
- Acompañar espiritualmente (2006)

• Destinatarios-agentes de la evangelización del mundo de la salud

- Enfermos y familia (1989)
- Enfermos más necesitados y desasistidos (1988)
- Niños enfermos (2001)

- Ancianos enfermos (1997)
- Enfermos mentales (1996)
- Mujer (1999)
- Profesionales de la Salud (2005)
- Voluntariado (1998)
- Parroquia (1990 y 2003)
- Alejados (2004)

9. Materiales de apoyo a la Campaña del Día del Enfermo.

El Departamento de Pastoral de la Salud elabora y publica cada año unos materiales que sirven para dar a conocer la Campaña, reflexionar sobre el tema, orar, etc. Son éstos:

- Orientaciones para la celebración del Día del Enfermo.
- Cartel de la Jornada en las cuatro lenguas .
- Oraciones.
- Mensaje de los Obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral.
- Guión de la Liturgia del la Jornada Mundial y de la Pascua del Enfermo.
- Temas de formación (En los primeros: Catequesis de niños, jóvenes y adultos).
- Número monográfico de la revista Labor Hospitalaria dedicado al tema.

10. Responsables de animar y coordinar la Campaña del Día del Enfermo.

Para lograr los objetivos de la Campaña del Enfermo es necesario animarla y coordinarla en los diversos ámbitos en que tiene lugar su cele-

bración. Indicamos quiénes son los responsables y cuáles son sus tareas.

10.1. Tareas del Departamento de Pastoral de la Salud

- Elaborar las Orientaciones de la Campaña (razones del tema, objetivos, destinatarios, materiales, contenidos esenciales y las sugerencias para su celebración en los distintos ámbitos.
- Publicar los materiales de la Campaña (catequéticos y litúrgicos del Día) y preparar con la revista Labor Hospitalaria el número monográfico sobre el tema.
- Dedicar al tema las Jornadas Nacionales de Delegados y otras que organizan las Comisiones del Departamento.
- Difundir el tema en los medios de comunicación social de ámbito estatal (prensa, radio y televisión).
- Informar sobre la Campaña a los Organismos Civiles relacionados con el tema: Ministerio de Sanidad, Consejo General de Médicos, de Farmacéuticos, de Diplomados de Enfermería, de Psicólogos... y a las Sociedades Médicas y de Bioética.
- Evaluar al final la marcha y los resultados de la campaña.

10.2. Tareas de los Secretariados Interdiocesanos de Pastoral de la Salud (SIPS)

- Adecuar la campaña a la realidad de sus diócesis.
- Acompañar y apoyar a las Delegaciones Diocesanas.
- Organizar las actividades programadas para el ámbito interdiocesano.

10.3. Tareas de las Delegaciones Diocesanas de Pastoral de la Salud

- Programar y difundir la Campaña del Día del Enfermo en cada diócesis.
- Distribuir los materiales.
- Animar a participar activamente en la Campaña a los diferentes agentes.
- Organizar los actos diocesanos.

10.4. Tareas de las Parroquias, SARCH, Comunidades religiosas, PROSAC

- Programar y realizar los diversos actos de la celebración de la Campaña del Enfermo en su medio.

11. Los cambios de fecha de la celebración.

En los 25 años la celebración del Día del Enfermo ha cambiado de fecha por diversos motivos. Los cambios han sido causa de desconcierto pero también ocasión para revisar la celebración y afianzar el proyecto inicial. Los recordamos:

- La Comisión Permanente de la C.E.E. aprueba el Día del Enfermo y señala como fecha el Domingo IV de Cuaresma. (1984)
- La Comisión Permanente de la CEE señala el Domingo VI de Pascua para la celebración del Día del Enfermo en todo el ámbito nacional. (Octubre 1985)
- **Juan Pablo II** instituye el año 1992 Juan Pablo II la Jornada Mundial del Enfermo.
- Nos planteamos cómo adaptar la celebración

del Día del Enfermo a la Jornada Mundial sin perder su identidad y buenos resultados. Consultados los Delegados y el Pontificio Consejo, se presenta una propuesta a la CEP.

- La Asamblea Plenaria (Noviembre 1993) aprueba el VI Domingo de Pascua como fecha de la celebración de la Jornada del Enfermo en toda la Iglesia española. Tendrá su inicio en la festividad de **N^a S^a de Lourdes** dando a conocer el mensaje del Santo Padre, orando en comunión con la Iglesia universal e iniciando de forma oficial el programa de actividades de la Campaña del Enfermo. Esta decisión consolida la fórmula de la Campaña que ya se viene utilizando.
- En el calendario aprobado en la Asamblea Plenaria de la CEE, celebrada del 23 al 27 de abril de 2001, se suprime la celebración en Pascua del Día del Enfermo.
- El Equipo Nacional, primero, y los Delegados Diocesanos después, manifiestan unánimemente su disconformidad con esta decisión y escriben una carta al Presidente de la C.E.P. Muestran su sorpresa y dolor por la decisión, los serios inconvenientes de la misma, y estiman que debería reconsiderarse. (Septiembre 2001)
- El Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral y el obispo Responsable de Pastoral de la Salud comunican por carta a los Delegados la propuesta presentada y aprobada por la Asamblea Plenaria (Nov.2001):
 - Criterios: 1. Expresar nuestra comunión eclesial en la JME. 2. No perder nada de lo conseguido. 3. No confundir Jornada con la pastoral de la salud a lo largo del año.
 - Celebrar la JME el 11 de febrero, como jornada de oración y comunión con toda la Iglesia. Los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral ofrecen su mensaje para animar el inicio de la Campaña.
 - La Campaña culmina en la celebración de la

“Pascua del enfermo”. No es otra Jornada más del enfermo, sino la celebración solemne de la Pascua del enfermo en las parroquias y centros sanitarios.

- No fija una fecha. Prepararlo de acuerdo con el obispo de la diócesis

- El Departamento presenta un informe (septiembre de 2002) con la valoración (de las Delegaciones y Asociaciones) de la celebración de la JME y la Pascua del Enfermo en el año 2002 y la propuesta: 1. Recuperar un único día para toda la Iglesia en España. 2. Potenciar el concepto de Campaña: iniciarla el 11 de febrero y concluirla el Domingo VI de Pascua (o el domingo de Pascua que la CEE determine).

12. Evaluación de la celebración de la Campaña-Día del Enfermo.

Evaluar ha sido una actividad que hemos promovido y cuidado, conscientes de su necesidad para ir mejorando la celebración de la Campaña del Enfermo: La ha realizado anualmente cada Delegado en su diócesis y todos en las Jornadas Nacionales; con motivo de los 10 años la realizaron, mediante encuesta, los Delegados, SARCH, parroquias, movimientos de enfermos, residencias de ancianos... (1995); cuando el cambio de fechas el año 2002 de nuevo los Delegados evaluaron la Campaña. Y ahora, los 25 años nos brindan la oportunidad de llevar a cabo una revisión en profundidad.

13. Frutos de la Campaña del Enfermo.

- 1) Aunar en un mismo trabajo a las Delegaciones Diocesanas de Pastoral Sanitaria, y a los diversos agentes de esta pastoral. Ha motivado y facilitado el reflexionar juntos, planificar juntos, celebrar juntos, evaluar juntos.
- 2) Dar a conocer el mundo del enfermo con sus luces y sombras, sus necesidades y desafíos a la acción de la Iglesia y celebrar todo lo que hay de saludable y esperanzador en el mundo sanitario, incluso en las situaciones límite.
- 3) Renovar la acción evangelizadora de la Iglesia en este campo: más evangelizadora, más cercana a los necesitados, más creativa, más eclesial y comunitaria, más celebrativa.
- 4) Impulsar la pastoral de la salud en las parroquias: a) toma de conciencia de la dimensión evangélica de la atención a los enfermos y de la riqueza de su misión; b) mayor sensibilidad y cercanía a los enfermos y familias; c) puesta en marcha y crecimiento de equipos de pastoral de la salud;
- 5) Reconocer y valorar el protagonismo de los enfermos como sujetos de la evangelización y miembros activos de la sociedad y de la Iglesia.
- 6) Lograr un mayor aprecio de la pastoral de la salud en las parroquias, hospitales, en la diócesis y en toda la Iglesia española.
- 7) Motivar e impulsar la formación en todos los sectores y ámbitos y los medios para prestarla.
- 8) Elaborar valiosos materiales catequéticos, litúrgicos y doctrinales.
- 9) Juan Pablo II lo reconoció en la carta que instituía la Jornada Mundial cuando dice: *“considero, cuando menos oportuno, extender a toda la comunidad eclesial una iniciativa*

existente ya en algunos países y que comporta frutos pastorales de gran riqueza”.

10) Poner en marcha y consolidar numerosas iniciativas:

- Experiencias promovidas por profesionales sanitarios cristianos en el campo de la humanización, la asistencia a enfermos terminales y de Sida;
- Opción de Órdenes religiosas por los enfermos más desasistidos;
- Casas de acogida a enfermos de SIDA;
- Cooperación con el Proyecto Hombre;
- Programa de asistencia a domicilio a enfermos terminales;
- Campaña de difusión del Testamento Vital;
- Redacción y publicación de los Derechos del enfermo terminal;
- Guía de servicios sanitarios de la diócesis;
- Casa de acogida para enfermos convalecientes; etc.

14. Mirando hacia el futuro: Propuestas.

El alto que hacemos nos permite mirar el pasado y marcar -a la luz del mismo y de la nuevas realidades en el mundo sociosanitario y eclesial- algunas propuestas que sirvan de orientación para seguir avanzando.

1) Recuperar el Congreso “Iglesia y Salud” (1994).

- Fue el mayor acontecimiento preparado, vivido y celebrado en el caminar de Pastoral de la Salud en la Iglesia española en los últimos 25 años.
- Sus grandes aportaciones a la presencia de la Iglesia en el mundo de la salud siguen teniendo actualidad y vigencia.
- Volver al “**espíritu**” de comunión y de trabajo que hizo posible el Congreso y llevar a la práctica las propuestas emanadas de él, son una tarea pendiente que las futuras campañas han de tener en cuenta.

2) Programar con tiempo los temas de la Campaña del Enfermo en comunión con la Iglesia universal y atentos a las nuevas realidades en el mundo sociosanitario y eclesial.

3) Revitalizar los organismos al servicio de la pastoral de la salud, aprovechando las posibilidades que ofrece la celebración de la Campaña del Enfermo: (Equipo Nacional, SIPS, Delegaciones Diocesanas, SARCH, PROSAC, equipos de pastoral de la salud en las parroquias, etc.).

4) Recuperar una mayor presencia y participación de los enfermos y de otros miembros de la comunidad cristiana en la preparación y celebración de la Campaña del Enfermo.

5) Potenciar la participación y colaboración de los diversos agentes de pastoral de la salud en la preparación y celebración del Día para: fortalecer nuestra comunión eclesial; fomentar el intercambio enriquecedor; renovar la acción de la Iglesia en el mundo de la salud; y trabajar en proyectos comunes al servicio de los enfermos y las familias.

6) Revisar y evaluar los materiales de la Campaña del Enfermo, sobre todo los temas de formación: ¿Qué hacer con los que se han publicado en estos 25 años? ¿Cómo mejorar los que se publiquen en los próximos años?

7) Utilizar más y mejor los Medios de Comunicación Social e Internet para difundir la Campaña del Enfermo.

8) Abrirse a los organismos de Pastoral de la Salud de otras Conferencias Episcopales para intercambiar información y documentación sobre la pastoral de la salud y la celebración de la Jornada del Enfermo.

9) Aprovechar más y mejor la forma ya consolidada de la Campaña del Enfermo.

El camino es largo. ¡Unidos, podemos!

Aportaciones más significativas a la acción evangelizadora de la iglesia hoy.

> Hno. Miguel Martín Rodrigo, OH.
*Consejero Provincial y Responsable de Pastoral.
Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Provincia de Aragón.
Director de Labor Hospitalaria*

El autor reflexiona sobre las aportaciones
“teológicas y pastorales” de este camino de 25 años.
Aunque no se ahonde tanto en los aspectos teológicos,
sí que se sumerge en los aspectos pastorales.
A consecuencia de ello salió el título de esta ponencia que,
bajo el paraguas de “la acción evangelizadora”,
cubre más ampliamente lo que en ella se quiere resaltar. ▶



Hno. Miguel Martín Rodrigo

Me pilló de improviso la solicitud de Abilio. Comenzó a explicarme cómo había ido la reunión del Equipo, en qué forma habían pensado estructurar las Jornadas y, como quien no pide nada, me soltó eso de *“hemos pensado en ti para que desarrolles el tema de...”*. Lo hizo con suavidad, pero con convencimiento. No pude o no supe negarme. Lo pedía un amigo, al que tantas veces soy yo quien le solicito favores, el calendario me ofrecía tiempo por delante -y más ese tiempo veraniego en el que uno cree que sacará tiempo para todo- y, además, por qué no decirlo, me hizo cierta ilusión. Se me ofrecía la posibilidad de reflexionar con vosotros sobre un camino que muchos hemos hecho juntos a lo largo de estos veinticinco años.

A lo largo de este tiempo la mayor parte de las veces me ha correspondido estar sentado en una de esas butacas escuchando atentamente a la larga lista de ponentes que fueron desfilando impartiendo su doctrina. Mayoritariamente, exposiciones densas y bien estructuradas, llenas de rico contenido, cargadas de sugerencias pastorales. En otros momentos, eran las aportaciones de experiencias, personales o de grupo, sobre

el tema que se reflexionaba ese año y que transmitían la riqueza que sólo la vida puede contener. En algún caso aislado -es lo que toca estadísticamente- aportaciones cuando menos discutibles, o que poco aportaban a nuestro zurrón pastoral.

Pero siempre, dentro del calor humano de tantos compañeros y amigos con los que a lo largo de este cuarto de siglo hemos ido entretejiendo desde nuestras luces y sombras el tapiz de la pastoral de la salud. Sería el momento ahora de recordar a tantos como nos fueron dejando aquejados por la edad, los achaques...la muerte. Sí, amigos, la muerte. Supongo que en un contexto como éste no resultará obsceno mencionar una realidad como la muerte. A modo de homenaje general a todos cuantos nos dejaron para ir a la casa del Padre, quisiera sencillamente personalizarlo en la figura de **Mons. Javier Osés**. Por medio de él recibí la ordenación sacerdotal; pero por medio de él aprendí una forma de ser creyente y de vivir la fe en Iglesia que no puedo dejar de agradecer. Que desde el cielo nos bendiga a todos y cada uno de nosotros, y a toda esta familia de la pastoral de la salud a la que él acompañó como pastor durante tantos años.

Fundamentalmente pues, he sido un oyente de cuanto aquí se iba impartiendo como doctrina. La he disfrutado, gozado, en parte asimilado... Y también, por qué no, alguna vez, como tantos de nosotros, la he dormido, especialmente en las sesiones iniciales de la tarde.

Que yo recuerde, una vez dejé la butaca para tener una intervención como ponente en estas Jornadas. Fue en 2000 cuando se abordaba el tema del año siguiente: *“Los niños enfermos”*. *Casualmente compartí participación con mis dos hermanos, José María y Ramón. Entre los tres abordamos los aspectos éticos de la asistencia al niño, el acompañamiento pastoral ante la muerte del niño, y el duelo. Casi nada. No me negarán que somos una familia “marchosa”*.

Eso sí, mi fama en este auditorio se enraiza más que en las doctas ponencias, en la lectura

sesgada e irónica que, en el Tibilorio, hacía de las respectivas Jornadas, imitando a un conocido con problemas de tartamudez, y que denominábamos “**Crónicas de las Jornadas por el tío Jesús**”. No quedaron recogidas dichas aportaciones en formato alguno, pero me siento feliz y dichoso de haber hecho sonreír y, en casos, carcajearse sonoramente a gran parte de los asistentes. Y soy consciente de que en tales actuaciones hice una digna aportación si no a la dimensión teológica de las jornadas, sí a la parte pastoral.

Gracias por seguirme esta introducción un tanto atípica, pero que me permite, de una forma desenfadada, legitimar mi presencia como peregrino en este camino tan hermoso que ha hecho la pastoral de la salud y del que se me ha pedido reflexionar ante vosotros. Vayamos a ello.

Contexto eclesial de un comienzo.

Sin querer introducirme en materia de otros compañeros a quienes se les ha asignado lo referente a “la historia” quisiera sí subrayar unas pocas fechas pero que son, bajo mi punto de vista, muy significativas para el desarrollo del tema que nos concierne. A saber:

- **Juan Pablo II** inicia su Pontificado en octubre de 1978. Para nosotros será un Papa referencial en nuestro camino como pastoral de la salud.
- El 13-V-81 sufre el atentado en la Plaza de S. Pedro. Personalmente estoy convencido que tanto dicho acontecimiento como la posterior convalecencia será un tiempo de maduración espiritual para decisiones posteriores que el Pontífice tomará en referencia a nuestro ámbito pastoral.
- Del 31 de octubre al 9 de noviembre, Juan Pablo II realiza su primer viaje a España.

- El 11-II-84 se publica “**Salvifici Doloris**”, la Carta Apostólica sobre el sentido cristiano del dolor.
 - El 11-II-85 publica el **Motu Proprio “Dolentium Hominum”**, mediante el cual se crea la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, actual Pontificio Consejo. **Mons. Fiorenzo Angelini** y el **Hno. Redrado** son nombrados Pro- Presidente y Secretario de la misma.
 - En julio de 1985 se firma el “**Acuerdo Marco sobre Asistencia Religiosa Católica en los centros sanitarios públicos**” y que fue publicado en el BOE el 20 de diciembre de ese mismo año.
 - Del 9 al 14 de septiembre de 1985 tiene lugar en Madrid el Congreso “**Evangelización y Hombre de Hoy**”. Entre sus más de 1.500 participantes hay un grupo de 122 que constituyen el relativo al Mundo de la Salud, coordinados por el **P. Rudesindo Delgado**, entonces Responsable del Departamento de Pastoral Sanitaria del Secretariado de la Comisión Episcopal de Pastoral, el **Hno. José Luis Redrado**, entonces coordinador en Catalunya de la PS, y la **Dra. María del Carmen Alvarez**.
 - En 1988 se celebra en Madrid el Congreso “**Parroquia Evangelizadora**”, en el que también reflexiona un Sector de “**Pastoral Sanitaria en la Parroquia**”.
 - En septiembre de 1989 se elabora el “**Plan de Acción de la Conferencia Episcopal sobre la Eutanasia y la Asistencia a Bien Morir**” que incluye la redacción y difusión del Testamento Vital, algo verdaderamente pionero no sólo en la Iglesia sino en la sociedad española del momento.
- Fruto del trabajo coordinado entre Pastoral de la Salud, la Comisión para la Doctrina de la Fe y por el Comité Episcopal de Defensa de la Vida.
- El 13 de mayo de 1992, mediante **Carta al Cardenal Angelini** el Papa instituye la Jornada Mundial del Enfermo, haciendo una mención que, modesta pero sinceramente, nos hace sentir orgullosos

cuando ya al principio de dicha Carta el Santo Padre indica...

“En efecto, creo muy oportuno extender a toda la comunidad eclesial una iniciativa que se está realizando en algunos países y regiones, con grandes frutos pastorales”¹.

- Del 26 al 30 de septiembre de 1994 se celebró en Madrid el Congreso “Iglesia y Salud” en el que participaron 818 personas provenientes de todas las diócesis de España así como de las Ordenes y Congregaciones religiosas, grupos profesionales, voluntarios...

Aspectos teológico-pastorales de nuestro camino.

Cuando se me solicitó esta reflexión se me habló de las aportaciones “teológicas y pastorales” de este camino. Lo primero que aduje es que yo no me veía con capacidad para abordar los aspectos teológicos. Mi formación personal no me permite ensayar siquiera un reto como ése. Sí que me veía en condiciones de hacer lo propio con los aspectos pastorales. A consecuencia de ello salió el título de esta ponencia que, bajo el paraguas de “la acción evangelizadora”, cubre más ampliamente lo que en ella quiero resaltar.

Releyendo el material de todos estos años -y no es poco el que hay- he procurado entresacar unos trazos fundamentales que, a modo de gozne, intentarían ubicar si no toda sí gran parte de la inmensa riqueza, tanto teológica como pastoral, de la que hemos podido gozar en este tiempo.

Haré alusión fundamentalmente a las ponencias que se han ido desgranando en estos años.

Soy consciente de la inmensa riqueza que han aportado a nuestras jornadas el gran número de testigos y experiencias personales que nos han ido transmitiendo en estos años. Pero bucear en ellas era incrementar el enorme esfuerzo que ya lleva consigo el hacer lo propio con las ponencias. Y en algún lugar cabía situar un límite.

Y, a todo este material, hay que añadir -porque en gran parte surge de él- el magisterio que nos fue ofreciendo fundamentalmente Juan Pablo II y en el que se fue construyendo la respuesta pastoral de la Iglesia (**Encíclicas, Cartas Apostólicas, Discursos, Audiencias....**).

1. El enfermo y su mundo, lugar teológico por excelencia.

Creo sinceramente que éste sería el mayor logro de este cuarto de siglo desde la Pastoral de la Salud. Y no sólo de estos veinticinco años, sino de todo lo que ha venido haciéndose en la Iglesia española en este ámbito desde que allá por 1971 se creara el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.

Decir que este logro pertenece en exclusiva a la acción de la Pastoral de la Salud me parecería muy pretencioso a la par que inexacto. De hecho, un papel preponderante en esta conquista la tendrá la publicación de **Salvifici Doloris**. Carta que, por lo demás, se nutre, en lo que se refiere a la antropología, en la **Encíclica Redemptor Hominis**, primera de las que publicó Juan Pablo II. En ella marca claramente sobre hacia qué tipo de hombre quiere orientar su acción pastoral la Iglesia.

“El hombre en la plena verdad de su existencia, de su ser personal y a la vez de su ser comunitario

1- Carta de Juan Pablo II al Cardenal Angelini con ocasión de la institución de la Jornada Mundial del Enfermo. 13.V.92

y social -en el ámbito de la propia familia, en el ámbito de la sociedad y de contextos tan diversos, en el ámbito de la propia nación, o pueblo (y posiblemente sólo aún del clan o tribu), en el ámbito de toda la humanidad- este hombre es el primer camino que la Iglesia debe recorrer en el cumplimiento de su misión, él es el camino primero y fundamental de la Iglesia, camino trazado por Cristo mismo, vía que inmutablemente conduce a través del misterio de la Encarnación y de la Redención”².

Y, basándose en afirmación tan contundente no podrá sino remarcar esta centralidad del hombre la propia Salvifici Doloris:

“Se puede decir que el hombre se convierte de modo particular en camino de la Iglesia, cuando en su vida entra el sufrimiento”³.

Si el hombre, todo hombre y en cualquier situación de su trayectoria vital es camino para la Iglesia, resulta evidente que en una de sus situaciones en las que más se remarca su vulnerabilidad como es la enfermedad, se constituye en camino privilegiado para la Iglesia por cuanto se hace más palpable, precisamente en esa vulnerabilidad, su vocación de trascendencia.

Es precisamente esta veta la que seguirá Francisco Alvarez en su magistral ponencia en el Congreso “Iglesia y salud” cuando se pregunta:

“¿Qué sucede en la experiencia salud/enfermedad para que éstas sigan siendo ‘tierra de Evangelio’?”⁴.

Todos los documentos que irán saliendo a lo largo de estos veinticinco años llevan esta impronta de centralidad del enfermo, por cuanto es “tierra

sagrada”, lugar epifánico.

Lo advierten los Obispos en su Mensaje con motivo del Día del Enfermo de 1986:

“Los enfermos nos muestran el rostro de Cristo y lo más original y llamativo del Dios cristiano: un Dios que, por amor, se anonada y comparte hasta el fondo el dolor del hombre, y así nos salva”⁵.

Precisamente por ser lugar teológico, los enfermos, antes que necesitados de ser evangelizados son auténticos evangelizadores. De ahí la Campaña del año antes señalado: “Los enfermos nos evangelizan”. Era necesario que se iniciara el camino de nuestras Jornadas anuales remarcando, como nos pedía Juan Pablo II, que el enfermo era el camino que inexorablemente tenía que seguir la Iglesia tanto para evangelizar como para ser evangelizada. Porque “sólo una Iglesia que es evangelizada puede evangelizar al mundo” afirmaba con razón el Congreso de Evangelización y Hombre de Hoy” en 1985. Y, desde este mismo foro, el sector que trabajó el Mundo de la Salud marcaba la consigna: “Que la Iglesia se deje evangelizar por los enfermos”.

2. La centralidad que da Jesús a los enfermos en su mensaje y en su misión.

Podemos afirmar que la afirmación de que el enfermo sea un lugar teológico por excelencia, tal y como hemos hecho previamente, se asienta

2- Encíclica “Redemptor Hominis”, 4-III-79, nº 14

3- Carta Apostólica “Salvifici Doloris”, 11-II-84, nº 3

4- Francisco Alvarez, “El Evangelio, fuente de vida en el mundo de la salud y de la enfermedad”, Congreso “Iglesia y Salud”, Edice, Madrid, 1994, pg. 110

5- Campaña Día del Enfermo 1985, Mensaje Obispos, nº 3

en esta otra constatación: la centralidad que Jesús dio a los enfermos, tanto en su mensaje como, y sobre todo, en su vida, en su misión.

Y esto es algo que las diferentes Jornadas del Día del Enfermo, han ido recogiendo generosamente. Cada tema abordado era inexorablemente iluminado por la relación de Jesús con esas realidades (la salud, la muerte, la humanización, el duelo...), como con las personas diferentemente marcadas por la enfermedad (los niños, los enfermos más necesitados, los enfermos mentales, los ancianos enfermos...).

En la primera campaña, bajo el lema de *“Estuve enfermo y me visitaste”*, el Mensaje que los Obispos dedican a la misma ya recoge, con trazos amplios pero contundentes, la gran relación de Jesús con los enfermos.

*“Toda la vida del Maestro fue una apertura y una entrega a los enfermos. Vivió rodeado de ellos porque fue permanentemente en su busca; supo dar respuesta a sus esperanzas; se preocupó de sus personas; curó sus enfermedades; sintió profundo dolor cuando alguien hacía sufrir a alguno de sus hermanos; les ofreció la seguridad de que Dios, su Padre, no les abandonaría jamás”*⁶.

En términos parecidos remarcarán esta relación en sucesivos mensajes, como por ejemplo cuando iluminan la Jornada dedicada a *“Los enfermos más necesitados y desasistidos”*:

“Jesús no pasó de largo ante los enfermos, el sector más desamparado y despreciado en la sociedad de su tiempo. Se acercó a ellos, se conmovió ante su situación, les dedicó una atención preferente, buscó el contacto humano con ellos,

*por encima de las normas que lo prohibían, y les libró de la soledad y abandono en que se encontraban reintegrándolos a la comunidad. Así es como concibió el Reino de Dios que vino a predicare instaurar”*⁷.

También se refiere a este tema el profesor **Torralba** cuando en su ponencia **“El encuentro con Dios en el grito: aproximación a Job”**, comenta:

*“De hecho, Jesús de Nazaret a lo largo de su vida histórica y de su predicación que, ciertamente fue muy breve comparativamente a la predicación de otros grandes fundadores de religiones, como Buda por ejemplo, siente una especial predilección por los enfermos, los lisiados y dolientes. Su mensaje se relaciona especialmente con los grupos vulnerables y tiene una finalidad intrínsecamente liberadora....Esto significa que el ideal de la salud no es algo extrínseco o artificial en el mensaje de Jesús sino un elemento básico, aunque debe interpretarse este término en el sentido holístico de la palabra”*⁸.

Es precisamente desde esta visión desde la que el propio Francesc Torralba propondrá caminar hacia lo que él denomina *“una cristología de la salud”*. Cristología que él orientará muy precisamente, tal como es su estilo, a la par que la situará como auténtico referente de lo que debe ser la pastoral de la salud:

*“La cristología de la salud debe erigirse como el fundamento de la pastoral de la salud, pues el último referente en la praxis de la pastoral debe ser Jesús de Nazaret. Aclarar lo que Jesús entendía por salud, por curación, por plenitud humana es básico para entender qué significa salud desde la perspectiva cristiana”*⁹.

6- Mensaje de los Obispos, Jornada “Estuve enfermo y me visitaste”, nº 6, LH, 1985

7- Mensaje de los Obispos, Jornada “Los enfermos más necesitados y desasistidos”, nº 5, LH, 1988

8- Francesc Torralba, “Las tensiones antropológicas frente al misterio de la Encarnación”, en la Jornada “El Verbo se hizo carne” (año 2.000), LH, nº 254, 1999, pg. 219

9- Francesc Torralba, “Las tensiones antropológicas frente al misterio de la Encarnación”, en la Jornada “El Verbo se hizo carne” (año 2.000), LH, nº 254, 1999, pg. 219

Uno de los teólogos que más frecuentemente acompañó nuestra reflexión, y en no pocas ocasiones versó sobre la relación de Jesús con los enfermos o con las diferentes situaciones en las que la enfermedad coloca al ser humano, fue José Antonio Pagola. Él fue, asimismo, el coordinador del grupo y portavoz de la tercera ponencia del Congreso **"Iglesia y Salud"**. Ponencia dirigida expresamente para la dimensión pastoral pero en la que no pudieron faltar alusiones, ya en su preámbulo, a la actitud de Jesús con los enfermos:

*"La actividad sanadora de Jesús no es algo secundario, sino el rasgo que mejor caracteriza al Mesías enviado de Dios...Esta acción sanadora es presentada por Jesús como revelación y encarnación de la salvación que Dios ofrece al ser humano"*¹⁰.

El propio Pagola, en su polémico libro sobre **"Jesús. Una aproximación histórica"**, subrayará esta dimensión de Jesús que no se circunscribe en una cercanía sentimental y, en ocasiones, milagrosa, sino que afecta a lo que el propio Jesús es, **"fuerza sanante"**:

"Lo cierto es que Jesús contagia salud y vida. Las gentes de Galilea lo sienten como alguien que cura porque está habitado por el Espíritu y la fuerza sanadora de Dios. Aunque, al parecer, Jesús utiliza en alguna ocasión técnicas populares, como la saliva, lo importante no es el procedimiento de pueda emplear en algún caso, sino El mismo: la fuerza curadora que irradia su persona. La gente no acude a El en busca de remedios o recetas, sino para encontrarse con El. Lo decisivo es el encuentro con el curador. La terapia que Jesús pone en marcha es su propia persona: su amor apasionado a la vida, su acogida entrañable a cada enfermo o enferma, su fuerza para regenerar a la persona desde sus raíces, su capacidad de contagiar su fe en la bondad de Dios. Su poder para despertar energías desconocidas en

*el ser humano creaba las condiciones que hacían posible la recuperación de la salud"*¹¹.

3. Los enfermos, miembros vivos de la comunidad cristiana.

En pura lógica, si el enfermo es uno de los sujetos especialmente privilegiado por Jesús en su mensaje y actuación, y al mismo tiempo se constituye en lugar teológico por excelencia, parece que la comunidad cristiana ha de situar al enfermo en el centro de la misma, como un miembro más.

De ahí que se hayan dedicado directamente al tema dos de las Jornadas de este cuarto de siglo. En 1990 con el tema de **"La comunidad cristiana y los enfermos"**, y trece años más tarde con el de **"Los Enfermos en la parroquia"**. Que a mí me conste es el único tema que se ha repetido -aunque con diferentes lemas- en todo este trayecto celebrativo del Día del Enfermo: **"La comunidad cristiana y los enfermos"** - **"Comunidades para curar"** en 1990 y **"Los Enfermos en la parroquia"** - **"Una prioridad"**, en 2003.

Tanto el Congreso **"Evangelización y Hombre de Hoy"**, celebrado en 1985, como en el de **"Parroquia Evangelizadora"**, en 1988, se detectaban significativas deficiencias en el fondo y en las formas en que los enfermos eran acogidos en la comunidad parroquial.

Si el primero de estos Congresos señalaba en su undécima constatación que

"...las comunidades cristianas 'delegan' en los agentes de pastoral sanitaria su responsabilidad en este campo, eludiendo al menos parcialmente

10- José Ant. Pagola, "Para que tengan vida", Congreso "Iglesia y Salud", Edice, Madrid, 1994, pg. 147

11- José A. Pagola, "Jesús. Aproximación histórica", PPC, Madrid, 2007, 3ª ed., pg. 165

su compromiso evangelizador en el mundo de la salud, sin integrar al enfermo como miembro activo de la propia comunidad"¹².

el Congreso "**Parroquia Evangelizadora**" no era menos explícito cuando denunciaba que

"...una gran parte de nuestras comunidades parroquiales desarrollan todavía hoy una pastoral de enfermos sacramentalista, centrada y reducida a visitar al enfermo, llevarle los sacramentos de la confesión y comunión y ayudarle a morir con los últimos auxilios...la pastoral de enfermos parroquial sigue estando 'clericalizada'...muchas siguen tratando a sus enfermos de forma paternalista... no han asumido su misión de educar para vivir con sentido la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro físico y la muerte"¹³.

Los obispos, en su Mensaje para la Campaña de 1990 no se distanciaron mucho de lo anteriormente indicado:

"La mirada a la acción de nuestras comunidades cristianas con los enfermos nos descubre su preocupación cada día mayor por los enfermos; pero, en general, la atención que les prestan se reduce a la visita y los sacramentos y a una asistencia caritativa. Los enfermos siguen siendo sobre todo los destinatarios de sus cuidados, pero no se les considera en la práctica como miembros activos y plenos. En general, no ocupan hoy en las comunidades cristianas el lugar que les corresponde, el que tuvieron en la vida de Jesús, en las primeras comunidades y en otras épocas de la vida de la Iglesia"¹⁴.

Frente a este sombrío diagnóstico, la propuesta que hacía **José Ant. Pagola** en su ponencia "**La Acción Evangelizadora de la comunidad cristiana en el campo de la salud**" abría un horizonte nuevo y

retador. Al concluir dicha ponencia señalaba lo que, a su juicio, serían las Grandes Líneas de Acción Evangelizadora de la Comunidad Cristiana; a saber:

Promover una vida más sana

- La fuerza sanante de la fe
- El aprendizaje de un estilo de vida evangélico y sano
- La experiencia comunitaria como fuente de salud
- Compromiso por una vida más sana

Promover la salud integral

- Evangelizar la cultura del cuerpo
- Buscar la curación total
- Aportar sentido ético
- Cultivar una actitud sana ante el sufrimiento
- Eliminar el sufrimiento innecesario
- Quitar el sufrimiento de los demás
- Sufrir por querer suprimir el sufrimiento
- Asumir el sufrimiento inevitable en comunión con el Crucificado

Evangelizar el proceso de curación

- Presencia inspirada por el amor
- Al servicio de la persona enferma
- Promover una relación personal curadora
- Atención a los profesionales de la salud
- Luchar por la salud de los pobres¹⁵

Quien durante largo tiempo fuera Responsable de la Comisión de Parroquias del Departamento de PS, la **Dra. Amalia Rodríguez Bernal**, y por ello profundamente conocedora de todo el proceso desarrollado en este campo ya señalaba como punto de inflexión sobre este tema la X Reunión de Delegados Diocesanos, en la que se abordó la Pastoral de la Salud en las Parroquias. Era el año 1985 y en la sociedad se estaba y debatiendo los sucesivos borradores de la **Ley General de Sanidad** que llegaría a promulgarse el 25 de abril de 1986.

12- Congreso "Evangelización y Hombre de Hoy", Edice, 1986, pg. 433

13- "25 Años de Pastoral de la Salud en España - Memoria de un largo camino", Edice, 1999, pg. 150

14- Mensaje de los Obispos, Jornada "La Comunidad Cristiana y los Enfermos", nº 2, LH, nº 215, 1990

15- José Ant. Pagola, "La Acción Evangelizadora de la comunidad cristiana en el campo de la salud", LH, nº 215, 1990, pg. 24-27

En ella aparecen como quicios importantes la potenciación de la Atención Primaria llevando aparejada la prioridad de la promoción de la salud sobre la asistencia sanitaria, contemplando la rehabilitación y la reinserción social. Se pasaba de una atención sanitaria centrada en el hospital a una atención centrada en la proximidad al domicilio del enfermo. Del mismo modo, la Dra. Rodríguez Bernal veía como absolutamente lógico la potenciación de la pastoral de la salud en las parroquias, ámbito de referencia de los domicilios de los enfermos. Y desmenuza un buen puñado de actividades que nos hablan de este desarrollo de la pastoral de la salud en las parroquias:

“Es a partir de entonces, cuando se inicia una reflexión en la Iglesia española sobre el papel de las comunidades cristianas en la evangelización del mundo de la salud y de la enfermedad, el Congreso ‘Parroquia Evangelizadora’ (1988), el Día del Enfermo’90, el Congreso ‘Iglesia y Salud’ (1994) y las Primeras y Segundas Jornadas Nacionales de la Pastoral de la Salud en las Parroquias (1998 y 2001) entre otras son actividades que la acreditan”¹⁶.

Y en este mismo artículo, la autora sintetiza los retos que se presentan para los próximos años en este ámbito de la pastoral parroquial en la siguiente propuesta: *“pasar de una ‘pastoral de enfermos’ a una ‘pastoral de la salud’”*.

Este paso que se pide y que vendría desplegado en la ambiciosa propuesta que hacía José A. Pagola previamente recogida, significa todo un cambio en la concepción teológica y, consecuentemente, en la orientación pastoral que le corresponde. Miguel Payá Andrés hablará en este sentido de la pastoral de la salud como un *“signo privilegiado de la misión de la parroquia”*, una acción sectorial más pero que *“no agota ni monopoliza la misión de la parroquia”*,

“pero cuando reflexionamos sobre los contenidos, destinatarios y sujetos de esta acción sectorial, descubrimos enseguida que desbordan los horizontes de la pastoral de los enfermos. En efecto, en la medida en que ésta se propone proponer la salud de manera integral y abierta a la salvación, está apuntando a la misión esencial de la comunidad cristiana, que es precisamente proclamar y hacer visible la salvación en su totalidad.

Pero, entonces, esta misión no va dirigida tan sólo a los que han perdido la salud, sino también a los que la desean, a quienes la maltratan, a quienes la viven cristianamente y paganamente, a los que le encuentran sentido y a quienes no saben qué hacer con ella, a los que están al borde de la muerte y a los que están estrenando la vida; es decir, a todos. Y los sujetos de esta misión no pueden ser sólo unos pocos agentes especializados, sino todos los que integran la comunidad”¹⁷.

En esta misma línea orientarán los obispos en la Jornada del 2003. Los mismos que en la de 1990 denunciaban, como hemos visto, una acción pastoral reclusa en una visión puramente sacramental y de atención caritativa:

“No dudamos, pues, en afirmar que toda comunidad cristiana habría de encarnar el modelo de salud ofrecido por Cristo a los hombres y mujeres de su tiempo. Traducido en algunas de sus expresiones actuales, esto podría significar, por ejemplo, que la comunidad es cristiana porque se siente salvada y sanada en su interior, porque experimenta el gozo de la salvación y comprueba que creer, esperar y amar es saludable; porque en ella se apuesta por valores que, aunque no estén de moda, liberan de esclavitudes y dan sentido nuevo a la vida; porque acoge y no excluye, porque abre a todos la mesa del Pan y de la Palabra; porque es creativa, como el amor, en el servicio...”¹⁸.

16- Amalia Rodríguez Bernal, “Retos de las Nuevas situaciones a la Pastoral de la Salud en las Parroquias”, LH, nº 265, 2002, pg. 179

17- Miguel Payá Andrés, “La Parroquia: comunidad sanante y sanadora”, LH, nº 265, 2002, pg. 210

18- Mensaje de los Obispos, Jornada “Los enfermos en la parroquia. Una prioridad”, nº 2, LH 265, 2002

Del mismo modo pedirán, como ya lo hacía Amalia Rodríguez y como machaconamente lo han ido solicitando los sucesivos colectivos de representantes de enfermos que han pasado por las respectivas Jornadas, que las comunidades cristianas integren a los enfermos dentro de las mismas también como sujetos evangelizadores:

“El acrecentamiento de esta sensibilidad no sólo modifica estilos de acción pastoral sino que contribuye a dar cauce y participación a quienes, por su experiencia de vida, enseñan y evangelizan a menudo sin palabras”¹⁹.

En definitiva se tratará de caminar hacia lo que Julio Lois denominará, en su ponencia sobre **“El enfermo mental en la sociedad y en la Iglesia”** -en las Jornadas preparatorias de la campaña de 1996- la *“necesidad de forjar comunidades cristianas terapéuticas”²⁰.*

4. Opción preferencial por los más necesitados.

La opción por los más necesitados enlaza con lo más genuino del mensaje y actuación de Jesús, tal y como ya lo hemos visto en un apartado anterior. Y la Iglesia, a pesar de sus limitaciones e incoherencias, tanto personales como institucionales, ha intentado responder a esta opción plenamente evangélica. Una visión de la propia asistencia a los enfermos a lo largo y ancho de la historia, nos daría un cuadro hermoso en el que la Iglesia ocuparía un lugar protagonista en esa misma asistencia, ya de por sí opción por uno de los grupos marginados de la sociedad a lo largo de los siglos.

El **“Plan de Acción del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria del Trienio 1987-1990”** ya recoge en su objetivo 3 la siguiente propuesta: *“Evangelizar a los enfermos más necesitados y desasistidos, con ellos y desde ellos”.*

Ya en el Congreso **“Evangelización y Hombre de Hoy”**, en el sector **“Mundo de la Salud”** se señalaba en el apartado de las constataciones, en su punto 7:

“Que existen en nuestra sociedad enfermos especialmente desasistidos: enfermos crónicos, enfermos mentales, ancianos, minusválidos, enfermos terminales”²¹.

Y a este respecto se dedicará el Día del Enfermo de 1988, un año después de la elaboración del mencionado Plan de Acción. En ella se analizaba un amplio mapa del mundo de la marginación dentro del ya difícil mundo de la salud.

Los obispos, en su habitual Mensaje dentro de la campaña no podían ser más contundentes en sus afirmaciones:

“Esta situación es un escándalo y debería herir la conciencia de todos: la sociedad, los ciudadanos, las familias, la Administración, los políticos, los educadores, los profesionales sanitarios, la Iglesia. No somos humanos si damos la espalda a un problema que afecta a los más débiles y necesitados de asistencia, cuidados y cariño. No creemos de verdad en Jesús si no nos sentimos obligados a prestarles la misma atención que él les prestó”²².

Pero, junto a esta campaña expresamente a ellos dedicada, encontramos en la larga lista que configuran los 25 años de itinerario de las mismas, otras Jornadas que se centran en grupos concretos de estos enfermos necesitados y desasistidos:

19- Mensaje de los Obispos, Jornada “Los enfermos en la parroquia. Una prioridad”, nº 3, LH 265, 2002

20- Julio Lois, “El enfermo mental en la sociedad y en la Iglesia”, LH, nº 238, 1995, pg. 326

21- Congreso “Evangelización y Hombre de Hoy”, Edice, 1986, pg. 433

22- Mensaje de los Obispos, Jornada “Los enfermos más necesitados y desasistidos”, nº 4, 1988

el enfermo mental (1996), el anciano enfermo (1997), los niños enfermos (2001). Tríada ésta de grupos diana de abandono y marginalidad, aun cuando el último de ellos -el niño enfermo- pudiera aparentar a primera vista una sobreprotección en una sociedad de baja natalidad como la nuestra.

Especialmente significativo resultó el tema del anciano enfermo por la doble raíz de su debilidad, su ancianidad y su enfermedad. Doble que acumula habitualmente un abandono tanto por una sociedad en la que la vejez es el antivalor predominante, como por un sistema sanitario configurado más hacia la patología aguda y su resolución rápida que hacia las enfermedades crónicas e invalidantes que son las que habitualmente aquejan a estas personas.

Mons. Alberto Iniesta, obispo emérito de Madrid, y que en varias de las Jornadas fue invitado a exponer su magisterio sobre el tema correspondiente, en alguna otra -concretamente en la de los ancianos enfermos- expuso también su experiencia desde su atalaya de una ancianidad rica en sabiduría pero débil en salud:

“Mientras que el mundo desestima, abandona o tira a la basura todo lo viejo, lo inservible, lo usado y anticuado -las cosas, los coches, los trajes y hasta las personas-, Dios recoge con amoroso mimo al derrotado, al envejecido, y al deteriorado, ofreciéndole en la clínica del Reino el ‘lifting’ más perfecto, la eterna juventud que no vuelve a envejecer jamás”²³.

5. Un concepto

“saludable” de salud.

Se puede afirmar que este es uno de los puntos cruciales del camino desarrollado por la pastoral de la salud en estos veinticinco años. Y no porque haya cambiado el propio concepto de salud, que ya viene desde la constitución de la propia Organización Mundial de la Salud, sino por su integración tanto en el marco de la reflexión teológica cuanto en el de su proyección pastoral realizado entre nosotros.

Asumir en este marco la hondura del concepto que propone la **OMS** sobre la salud -“*perfecto estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual*”-, más allá sobre el que habitualmente trabajábamos -“*ausencia de enfermedad*”-, nos ha llevado a descubrir la profunda relación que tiene el mismo con el concepto de “salvación” y consecuentemente con todo el discurso que proviene de la revelación y de la tradición. Y, consecuentemente, el papel de la Iglesia en este campo.

“Salus es un término que usan los médicos para hablar de integridad biológica y salud es el término que usan los teólogos para hablar de salvación”²⁴.

Todo esto constituyó, al menos para mí, un nuevo paradigma. Y creo, sinceramente, que también para todo el ámbito de la pastoral de la salud en el que nos movemos los aquí presentes.

Y buena parte de todo este cambio se lo debemos al profesor Diego Gracia Guillén, que en la campaña de 1992, “**Iglesia y Salud**”, tuvo una ponencia magistral titulada “*Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud*”, en la que deslindó de una forma tan clara como pedagógica, siempre en él habitual, el ámbito de lo que

23- Diego Gracia Guillén, “Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud”, LH, nº 219, 1991, pg. 14

24- Diego Gracia, “El mundo de la salud y de la enfermedad a examen”, Congreso “Iglesia y Salud”, Edice, 1994, pg. 99

llamada “salud biológica” de la “salud biográfica”. Todo esta reflexión sería plasmada de forma desarrollada y contundente en la primera ponencia que el mismo autor tuvo en 1994, en el Congreso “Iglesia y Salud” -precisamente el mismo título que el tema de dos años antes, bajo el título de “El mundo de la salud y de la enfermedad a examen”.

Especialmente aclarador era la afirmación realizada en esta última ponencia, cuando Diego Gracia afirmaba:

“Nuestro diagnóstico es que la salud no es un hecho, sino un valor, y que por tanto no puede ser definida nunca de un modo absolutamente objetivo e intemporal, sino en el interior del sistema de valores de cada grupo social y en cada momento histórico. Esto hace que la causa de todos nuestros males haya que buscarla, en última instancia, en el sistema de valores de nuestra sociedad”²⁵.

Y, siguiendo este discurso, es todavía más inteligible la reflexión que hacía en su ponencia en las Jornadas preparatorias de la campaña “Iglesia y salud”, cuando advertía:

“Desde el punto de vista ético y religioso, la teoría del bienestar es muy fácil de criticar. Está por demostrar que la perfección del hombre consista sólo y primariamente en el bienestar o que no se puedan proponer unos ideales de perfección distintos al del bienestar. Aquí es donde yo creo que instituciones como la Iglesia tienen mucho que ofrecer a la salud.

No en el nivel 1 -salud biológica- en el que pueden ayudar, sino en el nivel 2 -salud biográfica-...La Iglesia no v contra los libros de patología médica, pero a lo mejor tiene que enfrentarse con el modelo de bienestar, que no es asumible por el ideal de perfección propio de una religión como la cristiana”²⁶.

Esta aportación que se solicita a la Iglesia se orientaría, según desgranaba el propio autor en el Congreso “Iglesia y Salud”, llevaría incluso a conveniencia y necesidad de que misma fuera más allá -o más acá, si se prefiere- del horizonte trascendente de su propuesta y se incluyera en la encarnación de la misma en los valores humanos que la misma lleva implícitos:

“En este campo (en el de la educación y promoción de valores) la Iglesia puede, debe y tiene que estar presente. La promoción de los valores de respeto a los seres humanos, la solidaridad, la ayuda mutua, el socorro a los necesitados...el control del consumo desenfrenado, la búsqueda de objetivos distintos del mero disfrute, pueden tener de hecho una importancia grande en la educación humana sanitaria de la población. He aquí, pues un tema en el que se debería de seguir profundizando, en la aportación de la Iglesia a la promoción de los valores de una sociedad, no sólo en el orden de los valores específicamente cristianos, sino también, y quizá principalmente en el de los simplemente humanos”²⁷.

Esta era una nueva perspectiva que surgía de esta nueva forma de concebir y enfocar el concepto de salud. Desde ella se llegaba en aquellas Jornadas a concluir con afirmaciones tan contundentes como el propio lema de esas mismas Jornadas -“Jesús es la salud”- o la de “hay formas sanas de vivir la enfermedad y hay formas patógenas de vivir la salud”. En este sentido se posicionaban los obispos en su Mensaje de la Jornada:

“Jesús nos invita a vivir “sanamente” la salud, como un don de Dios que hemos de disfrutar y cuidar y no como un absoluto al que hayamos de subordinar todo. La salud es para el hombre y no el hombre para la salud. Gastar y perder la salud al servicio del Evangelio es también una forma sana de vivir nuestra salud. Jesús entregó

25- Diego Gracia, “El mundo de la salud y de la enfermedad a examen”, Congreso “Iglesia y Salud”, Edice, 1994, pag. 99

26- Diego Gracia Guillén, “Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud”, LH, nº 219, 1991, pg. 14

27- Diego Gracia, “El mundo de la salud y de la enfermedad a examen”, Congreso “Iglesia y Salud”, Edice, 1994, pag. 103

la suya en la cruz como expresión suprema de su fidelidad a Dios y de su amor a los demás y de ella brota la salvación"²⁸.

Era, según mi memoria, por esas fechas, entre las Jornadas de 1992 y el Congreso **"Iglesia y Salud"** en 1994 cuando el propio Departamento decidía cambiar su propio nombre en su aspecto calificativo y pasaba de ser de **"Pastoral Sanitaria"** a **"Pastoral de la Salud"**. Y es que quedaba claro que el concepto de salud iba más allá del referente a la atención biológica de la misma y, más concretamente, en su ámbito hospitalario (como ya nos advertía con anterioridad la **Dra. Amalia Rodríguez Bernal**).

Recuerdo, en este sentido, como una alta jerarquía de la Iglesia, que se hizo presente en el Congreso **"Iglesia y Salud"** me cuestionaba el cambio realizado. *"La pastoral de este Departamento se dirige a quienes han perdido la salud, no a quienes la disfrutan"*, me decía. Indudablemente el protagonista de esta afirmación no había comprendido el cambio realizado.

Algún teólogo, a quien se le ha invitado, en las sucesivas Jornadas preparatorias del Día del Enfermo correspondiente, no ha tenido el menor inconveniente, desde una honestidad que le honra, a manifestar su temor de que una perspectiva tan abierta no pudiera llevarnos a olvidar lo que para él, y considero que también para nosotros, era lo verdaderamente importante de nuestro objetivo pastoral. En este sentido, Pedro Jaramillo, en su ponencia sobre **"La Pastoral Parroquial de la Salud: luces y sombras"**, en el año 2002, un buen número de años después, nos decía:

"La Pastoral de la Salud ha realizado, sobre todo en los últimos años, una extraordinaria aportación a este diseño de la pastoral parroquial: la 'dimensión sanante' de la totalidad de la misión

evangelizadora de la Iglesia. El paso de la 'pastoral de enfermos' a la 'pastoral de la salud' es todo un símbolo. Pero no quisiera dejar de comunicaros la impresión (puede ser sólo eso, una impresión) que he tenido a medida que me adentraba en el proceso de seria clarificación que habéis realizado. Me preguntaba internamente si el enriquecimiento del diseño global de pastoral parroquial con el que habéis colaborado, impregnándolo de la 'preocupación sanadora' que tiene respecto a todo hombre y a todo el hombre, no podría hacerlos olvidar que lo 'específico' de la pastoral de la salud es hacer este anuncio, con obras y palabras, en el mundo concreto de los enfermos"²⁹.

Bueno será no perder esta sugerencia de un buen amigo.

6. Llamados a seguir al "Buen Samaritano" (familia, profesionales, voluntarios).

En torno al enfermo surge todo un tejido de servicio y atención. Es la respuesta a la necesidad y vulnerabilidad humana. Es la presencia del Buen Samaritano que decide bajar del caballo para atender al herido del camino.

La Carta Apostólica **"Salvifici Doloris"** dedica todo el capítulo VII a esta figura, central en el Evangelio de Lucas, en su capítulo 10. Para Juan Pablo II se constituye en el icono de la atención cristiana a quien sufre; constituirá, según él, parte sustancial del Evangelio del sufrimiento. Sugerente resultó el lema de una de las Conferencias Internacionales organizadas por el Pontificio Con-

28- Mensaje de los Obispos, Jornada "Los Enfermos en la Parroquia", nº 2, 2003

29- Pedro Jaramillo, "La Pastoral Parroquial de la Salud: luces y sombras", LH, nº 265, 2002, pag. 185

sejo para la Pastoral de la Salud: **“De Hipócrates al Buen Samaritano”**.

“La parábola del buen Samaritano pertenece al Evangelio del sufrimiento. Indica, en efecto, cuál debe ser la relación de cada uno de nosotros con el prójimo que sufre. No nos está permitido “pasar de largo”, con indiferencia, sino que debemos “pararnos” junto a él.

Buen Samaritano es todo hombre, que se para junto al sufrimiento de otro hombre de cualquier género que ése sea. Esta parada no significa curiosidad, sino más bien disponibilidad. Es como el abrirse de una determinada disposición interior del corazón, que tiene también su expresión emotiva. Buen Samaritano es todo hombre sensible al sufrimiento ajeno, el hombre que “se conmueve” ante la desgracia del prójimo.

Si Cristo, conocedor del interior del hombre, subraya esta conmoción, quiere decir que es importante para toda nuestra actitud frente al sufrimiento ajeno. Por lo tanto, es necesario cultivar en sí mismo esta sensibilidad del corazón, que testimonia la compasión hacia el que sufre.

A veces esta compasión es la única o principal manifestación de nuestro amor y de nuestra solidaridad hacia el hombre que sufre.

Sin embargo, el buen Samaritano de la parábola de Cristo no se queda en la mera conmoción y compasión. Estas se convierten para él en estímulo a la acción que tiende a ayudar al hombre herido. Por consiguiente, es en definitiva buen Samaritano el que ofrece ayuda en el sufrimiento, de cualquier clase que sea”³⁰.

En este contexto las Jornadas del Día del Enfermo abordaron tres situaciones en las que, de forma clara, se puede apreciar este posicionamiento como “buenos samaritanos”.

6.1. La Familia del Enfermo

Primera célula social, tan criticada como insustituible, se constituye en elemento determinante en la vida del enfermo. Bien sea por la importancia positiva de su presencia, bien por el vacío y, a veces, escándalo de su ausencia. Si bien esta presencia es siempre conveniente y necesaria, resultaba, precisamente, decisiva su presencia en los casos en los que el Día del Enfermo había elegido como abordaje específico: los enfermos mentales, los ancianos enfermos y los niños enfermos.

A la familia del enfermo se dedicó, no obstante, toda una campaña, concretamente la del año 1989 con el tema **“La Familia del Enfermo”** y bajo el lema **“La Familia también cuenta”**.

También aquí se profundizó en la actitud de Jesús ante la familia del enfermo. Y una vez más, fue **José A. Pagola** quien nos ilustraba en su ponencia sobre ello:

“Jesús atiende a las familias de los enfermos... reconforta a la familia destrozada por la enfermedad...despierta la fe de la familia del enfermo... restaura la vida familiar”³¹.

Juan Pablo II ya advertía en la Exhortación Apostólica **“Familiaris Consortio”**, publicada en noviembre de 1981, la necesidad de arropar a la familia, y muy especialmente en los momentos en los que ésta ha de cargar con una mayor dificultad:

“Es necesario un empeño pastoral todavía más generoso, inteligente y prudente hacia aquellas familias que pasan por situaciones difíciles... Estas son, por ejemplo, las familias con hijos minusválidos o drogadictos, las familias de alcoholizados, los ancianos, obligados no raramente a vivir en soledad o sin adecuados medios de subsistencia, la dolorosa experiencia de la viudez,

30- Juan Pablo II, Carta Apostólica Salvifici Doloris, 1984, n° 28

31- José A. Pagola, “La Familia del Enfermo: reflexión evangélica”, LH, n° 211, 1989, pag. 37

*de la muerte de un familiar, que mutila y transforma en profundidad el núcleo original de la familia*³².

Y, en esta misma línea, resulta especialmente reconfortante la recomendación que el año pasado hacía el propio **Benedicto XVI** a los participantes en la **XIV Asamblea de la Academia Pontificia de la Vida**:

“En el campo de la reglamentación laboral normalmente se reconocen los derechos específicos de los familiares en el momento de un nacimiento. Del mismo modo, y especialmente en ciertas circunstancias, deberían reconocerse unos derechos parecidos a los parientes próximos en el momento de la enfermedad terminal de un familiar. Una sociedad solidaria y humanitaria no puede menos

*de tener en cuenta las difíciles condiciones de las familias que, en ocasiones durante largos períodos, deben cargar con el peso de la asistencia a domicilio de enfermos graves no autosuficientes. Un respeto mayor de la vida humana individual pasa inevitablemente por la solidaridad concreta de todos y de cada uno, constituyendo uno de los desafíos más urgentes de nuestro tiempo*³³.

Y es que, tal y como hemos dicho, en la enfermedad la familia se constituye en elemento determinante, pilar en el que acogerse, referencia en la que orientarse. Así lo afirmaban los obispos en su Mensaje:

“Cuando estamos enfermos el papel de nuestra familia es fundamental. Necesitamos su cariño

32- Juan Pablo II, Ex. Apostólica "Familiaris Consortio", nº 85, 1981

33- Discurso de Benedicto XVI a los participantes en la XIV Asamblea de la Academia Pontificia de la Vida, Roma, 25.II.2008

Abantia

Instal.lacions específiques d'establiments sanitaris

Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)

Instal.lacions de seguretat

Instal.lacions contraincendis

Instal.lacions de comunicacions

Instal.lacions de control

c/Asturias, 8-10

08830 Sant Boi de Llobregat

Telf. 93 552 14 00 Fax. 93 552 15 00

ysus cuidados para sabernos queridos, su protección para sentirnos seguros, su compañía para no vernos abandonados, su comprensión y paciencia para no considerarnos una carga y un estorbo. Necesitamos su apoyo y su ayuda para poder afrontar con realismo y asumir con paz la enfermedad y la muerte”³⁴.

6.2. Los Profesionales de la Salud

Los profesionales del mundo de la salud, siempre han constituido un referente fundamental en el ámbito de la atención y servicio a los enfermos, llegando a determinar -a veces por encima de las deficiencias de las propias estructuras- la calidad en la atención a los mismos. Representan todo un inmenso colectivo que probablemente formen parte de la primera “empresa nacional”, la de la salud. A ellos se les dedicaba toda la reflexión y atención a su situación, perspectivas y retos la campaña del año 2005, “**Los Profesionales de la Salud**”, con el lema de “**Los necesitamos, nos necesitan**”,

La propia Carta Apostólica “**Salvifici Doloris**” ya recoge la importancia de este colectivo que representa una puesta en escena de las más importantes de la figura del Buen Samaritano:

“¿Cuánto tiene “de buen samaritano” la profesión del médico, de la enfermera, u otras similares! Por razón del contenido “evangélico”, encerrado en ella, nos inclinamos a pensar más bien en una vocación que en una profesión. Y las instituciones que, a lo largo de las generaciones, han realizado un servicio “de samaritano” se han desarrollado y especializado todavía más en nuestros días.

Esto prueba indudablemente que el hombre de hoy se para con cada vez mayor atención y perspicacia junto a los sufrimientos del prójimo, intenta comprenderlos y prevenirlos cada vez con mayor

precisión. Posee una capacidad y especialización cada vez mayores en este sector. Viendo todo esto, podemos decir que la parábola del Samaritano del Evangelio se ha convertido en uno de los elementos esenciales de la cultura moral y de la civilización universalmente humana. Y pensando en todos los hombres, que con su ciencia y capacidad prestan tantos servicios al prójimo que sufre, no podemos menos de dirigirles unas palabras de aprecio y gratitud”³⁵.

Pero, con todo lo que de vocacional tiene, no es fácil la situación de los profesionales de la salud. No niega la importancia insustituible de su misión, pero tampoco se omite la dificultad de la misma. Así lo reconoce con franqueza y honestidad, quien durante un tiempo fuera el Presidente de PROSAC, el **Dr. José M^a Rubio**:

“Somos necesarios para los enfermos, su primera y última referencia, el principal argumento de su confianza. Lo somos para el servicio de salud, su primer recurso y el más decisivo, y lo somos para la sociedad cuya salud educamos, promovamos y cuidamos...”

Lo somos especialmente para de los más desasistidos que precisan sólidos defensores de sus derechos e integridad, como lo somos para la Iglesia necesitada también de aliento y esperanza en un mundo difícil y oscuro, de cuidados y curación en sus hijos lastimados y doloridos.

Pero nos reconocemos necesitados. Frustrados por las graves dificultades profesionales que afectan especialmente a los más jóvenes. Impotentes cuando nos piden el imposible de curarlo todo e incluso vencer a la muerte. Solos cuando se ignora o se desprecia lo más radicalmente humano.

Descorazonados por la pobreza de una fe vivida muchas veces como un naufragio, desarbolados en la fragilidad de una elemental formación

34- Mensaje de los Obispos, Jornada “La Familia del Enfermo”, nº 3, 1989

35- Carta Apostólica “Salvifici Doloris”, 11-II-84, nº 29

*cristiana, solitarios en un mar frío, anónimo y amenazador*³⁶.

Y sobre la raíz de esta situación de necesidad, vulnerabilidad, de “sanador herido” se dan diversas aproximaciones, según desde el punto desde el que se analiza la situación. El ya suficientemente mencionado profesor **Diego Gracia** apela a la nueva relación que el concepto nuevo de salud implica y que no siempre se tiene en cuenta:

“Es un problema de valor. De ahí que no sirvan como terapéutica las recetas puramente farmacológicas... Padecemos una ceguera fatal, que nos hace pensar que la salud y la enfermedad son cuestiones de hecho y no problemas de valor. Y esa desorientación conduce irremisiblemente al fracaso del acto médico. Las expectativas del paciente nunca o casi nunca se verán adecuadamente recompensadas. Ése es el origen de la mayor parte de frustraciones que sufren los profesionales.

*Es curioso que la frustración haya progresado al mismo ritmo que la tecnificación de la medicina. Resulta paradójico que cuanto más poderosa es ésta desde el punto de vista técnico, y por tanto mayor dominio de los hechos, tanto diagnósticos como terapéuticos, tiene, mayor sea la frustración, no sólo de los pacientes sino también de los profesionales. Indudablemente aquí hay algo que no funciona. Y ello no es otra cosa que los valores*³⁷.

Un punto de vista ligeramente distinto, aun cuando puede entenderse como complementario, apunta **José Carlos Bermejo** al referirse al ya clásico proceso de ‘burn out’ de estos mismos profesionales:

“Existe el riesgo, no obstante de moralizar al hablar de de desgaste del profesional o de ‘burn out’. Se puede caer en la tentación de reclamar la de-

*bilidad valórica de los profesionales, demonizar o situar en los responsables de las instituciones las causas de este desgaste. No hay que olvidar, como hemos presentado, que tanto la institución como el perfil profesional del agente de salud y la misma naturaleza del trabajo, son elementos que confluyen en la experiencia del ‘burn out’*³⁸.

Enlazada con esta realidad surge la pregunta por el hecho de la dificultad para encontrar profesionales de la salud que, en el ámbito de su trabajo, manifiesten y actúen conscientemente su identidad de cristianos. Por un lado, ya resulta a veces complejo el definir esta identidad:

*“Las señas de identidad del profesional sanitario cristiano las podríamos sintetizar en dos rasgos fundamentales: la conciencia viva y responsable de nuestra condición de bautizados y el compromiso de nuestra vocación laical en el mundo sanitario. Lo esencial por lo tanto es la fe; lo cristiano es previo a lo profesional, como nos recuerda Jesús Conde, la fe germinal que busca el sentido y el valor de cada existencia, que sustancia su vida y la conduce a lo largo de su tiempo y de su historia*³⁹.

Serán, en buena lógica, los obispos en su Mensaje quienes reconociendo explícitamente la dificultad que entraña hoy el ejercicio de la profesión sanitaria, la realidad de que también los profesionales son ‘sanadores heridos’ y que, consecuentemente, necesitan también ser cuidador -“cuidar al cuidador”-, apelarán no obstante a la explicitación de la dimensión pública de su fe en el noble ejercicio de su profesión, haciendo una mención expresa, como posibilidad de vehiculización, del Prosac:

“Los profesionales cristianos deben redes cubrir la dimensión pública de su vida cristiana,

36- José María Rubio, “Identidad y Misión del profesional de la salud cristiano”, LH, nº 274, 2004, pag. 36

37- Diego Gracia Guillén, “Medice cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios”, LH, nº 274, 2004, pg. 91

38- José Carlos Bermejo, “El desgaste en los profesionales de la salud. Estrés y ‘burn out’”, LH, nº 274, 2004, pag. 87

39- José María Rubio, “Identidad y Misión del profesional de la salud cristiano”, LH, nº 274, 2004, pag. 39

*asumiendo la responsabilidad social de lo que significa ser cristianos, evitando vivirlo solo en el interior de sus casas sin efectos en lo que les rodea. Animamos a los profesionales de la salud cristianos a dar testimonio evangélico en el ejercicio de su profesión, a fomentar su participación activa en los organismos eclesiales y comunidades cristianas e impulsar grupos, especialmente la Asociación PROSAC, como medio de promover un laicado cristiano en el mundo de la salud*⁴⁰.

6.3. El voluntariado en la Pastoral de la Salud

Con especial fuerza se ha implantado en nuestra sociedad, de forma institucionalizada -por cuanto como actividad voluntaria ha existido desde siempre- la figura del voluntario en gran parte de los campos de acción social, carismática y también sanitaria. Tanto en su ámbito parroquial como hospitalario. Juan Pablo II ya hace mención positiva de esta realidad en la Salvifici Doloris:

“Estas (palabras de agradecimiento) se extienden a todos los que ejercen de manera desinteresada el propio servicio al prójimo que sufre, empeñándose voluntariamente en la ayuda “como buenos samaritanos”, y destinando a esta causa todo el tiempo y las fuerzas que tienen a su disposición fuera del trabajo profesional.

*Esta espontánea actividad “de buen samaritano” o caritativa, puede llamarse actividad social, puede también definirse como apostolado, siempre que se emprenda por motivos auténticamente evangélicos, sobre todo si esto ocurre en unión con la Iglesia o con otra Comunidad cristiana. La actividad voluntaria “de buen samaritano” se realiza a través de instituciones adecuadas o también por medio de organizaciones creadas para esta finalidad*⁴¹.

A esta realidad del voluntariado se dedicaba la campaña de 1998, “**Voluntariado y Pastoral de la Salud**” con el lema “**Gratis has recibido. Da gratis**”.

Pero al analizar la identidad del voluntario cristiano en el mundo de la salud, resulta sugerente tomar nota de las puntualizaciones que hacen tanto **Pedro Jaramillo** como Joaquín **García Roca** al respecto. El primero de ellos señala:

*“Si se entiende la acción voluntaria como la que uno hace porque quiere, la que no procede de la obligación, me atrevería a decir que deberían existir voluntarios cristianos. Ante la pobreza, la marginación, la exclusión o la enfermedad... estamos creyentemente obligados a responder, creyentemente obligados a tomar partido, creyentemente obligados a actuar. Aunque parezca paradójico somos voluntarios obligados u obligados voluntariamente*⁴².

Sin embargo, **Joaquín García Roca**, que es a su vez citado aquí por los autores **Juan Manuel Almarza Meñica** y **Juan Zapatero Gómez-Pallete**, indica:

*“Estar de moda es peligroso; y no hablo sólo del riesgo de que toda moda sea, por esencia, pasajera: Veo detrás de la moda una trampa más sutil, una sombra más oscura. Tengo la sensación de que, paradójicamente, cuando más se habla de voluntariado, cuanto más se escucha la palabra solidaridad, más parecen haber caído en desuso términos y actitudes como el compromiso vital, la militancia, la denuncia, la transformación radical de estructuras injustas. Creo que lo que se ha puesto de moda es el voluntariado de dos horas a la semana, de la pequeña tarea concreta e inmediata, el voluntariado posesivo, estrecho y miope de mi anciano, mi enfermo, mi pobre niño o mi gitano*⁴³.

40- Mensaje de los Obispos, Jornada “Los Profesionales de la Salud”, nº 10, 2005

41- Carta Apostólica “Salvifici Doloris”, 11-II-84, nº 29

42- Pedro Jaramillo, “Identidad y perfil del Voluntariado Cristiano”, LH, nº 246, 1997, pag. 317

Pese a esta valoración cruda de **García Roca**, los autores que han considerado oportuno recoger valoración tan crítica, seguirán reclamando la necesidad de la existencia de un voluntariado capaz de luchar por una nueva sociedad, en permanente proceso de autocrítica, dentro de un grupo de referencia capaz de articular todas estas exigencias.

Los obispos también son conscientes de los riesgos a los que alude García Roca cuando dicen en su Mensaje:

“Por consiguiente, el voluntariado cristiano no es una nueva profesión, sino más bien la respuesta a una llamada que, además de impulsar a hacer el bien mediante gestos solidarios, reclama una actitud de vida coherente en todos sus órdenes. De este modo, quienes ejercen esa forma de caridad se van liberando de los riesgos no infrecuentes en el voluntariado, como es la búsqueda de gratificaciones, la pretensión de lavar la propia conciencia, el paternalismo, etc.”⁴⁴.

Y ese grupo de referencia al que antes aludíamos, por principio, no puede ser otro que la comunidad cristiana, bien sea la parroquial, bien la que constituye humildemente el Servicio de Atención Religiosa del Hospital. Comunidades que, según **José A. Pagola**

“...han de ser más conscientes de su misión sanadora, capaces de entenderse a sí mismas como focos de salud integral, capaces de impulsar su acción pastoral como el anuncio profético del Reino de Dios desde la curación del ser humano. Por otra parte este voluntariado exigirá un mayor desarrollo de cauces y de asociaciones dentro de PS, o una colaboración más estrecha dentro de otras instituciones tanto de naturaleza eclesial (Cáritas, Pastoral Penitenciaria, etc), como no eclesial (programas de rehabilitación, asociaciones

de enfermos, Teléfono de la Esperanza, Tercera Edad, etc.)”⁴⁵.

Cabrá, eso sí, clarificar cuál es la identidad del voluntario de la pastoral de la salud en referencia a la identidad general del voluntario. Dos tipos de voluntariados que pueden converger, y de hecho convergen, sobre el mismo enfermo en diferentes momentos. A ello dedicaba una ponencia muy clarificadora **Jesús Conde** en esa misma campaña⁴⁶.

7. La relación de Dios con el hombre y del hombre con Dios, en la enfermedad (los sacramentos, la oración).

No podía faltar en este camino el abordaje de cuanto significa la relación Dios-hombre en este contexto de enfermedad. Una relación que adquiere una densidad especial cuando la debilidad y, a veces, la amenaza vital acecha al hombre y éste, frecuentemente, se pregunta por la presencia divina y su acción benefactora sobre el mismo.

7.1. Los Sacramentos en la Enfermedad

A este tema se dedicó el Día del Enfermo de 1994: **“Los sacramentos en la Enfermedad”**, bajo lema **“Celebra la vida”**.

Somos muy conscientes de que frecuentemente se ha calificado la pastoral de la salud como una pastoral “sacramentalista”.

43- Citado por Juan Manuel Almarza y Juan Zapatero, “Ser voluntario hoy”, LH, nº 246, 1997, pag. 296

44- Mensaje de los Obispos, Jornada “Voluntariado y Pastoral de la Salud”, nº 7, 1998

45- José A. Pagola, “Voluntariado en Pastoral de la Salud: perspectivas de futuro”, LH, nº 246, 1997, pag. 336

46- Jesús Conde Herranz, “El voluntariado y el agente de pastoral. Diferencias y afinidades”, LH, nº 246, 1997, pp. 322-333

Y dicha crítica se ha hecho, y se hace, de forma despectiva. Con ella se alude a una forma de concentrar toda la relación pastoral con el enfermo en la acción sacramental excluyendo cualquier otro tipo de acceso.

Y, al mismo tiempo, esta acción sacramental administrada de una forma ritualizada y ayuna de densidad vital, contacto con la realidad... Frente a ello, se pide una pastoral más cercana, más implicada con el proceso vital del propio enfermo, más en relación con el entorno de mismo, bien sea la familia o el hospital; es decir, una pastoral más enraizada en la humanización de una situación toda ella bien humana y que está llamada a ser humanizada y humanizante.

Todo ello entroncaría con un proceso bien conocido en el ámbito de nuestra acción pastoral: humanización, evangelización y sacramentalización. Un proceso que, sin pretender ser cerrado, apuesta por una gradación en la que el sacramento se sitúa como momento culminante de la celebración de una vida, o un aspecto de la misma, que ha sido acogido, valorado, temido, deseado y que, tras la iluminación por la luz del Evangelio, llega a ser celebrado.

De ahí que en modo alguno se desprecie la acción sacramental; tan sólo se pide que ésta se ubique en todo un contexto humano y humanizador, y en un ámbito de evangelización.

Bien clara es la afirmación de los Obispos en su Mensaje para la campaña cuando valoran la fuerza "sanante y salvadora" -recordemos cuando comentábamos el nuevo concepto de salud-, que tienen los sacramentos.

"Los sacramentos son la celebración por autonomía en la que actualizamos, en la fe de la Iglesia, la acción sanadora y salvífica de Jesucristo. Expresan eficazmente la salvación que Dios ofrece

*por medio de Jesucristo en la comunidad cristiana y al mismo tiempo la respuesta de ésta que acoge la salvación. Por ellos alabamos y damos gracias al Padre por la vida, muerte y resurrección de su Hijo Jesucristo"*⁴⁷.

Será de nuevo José A. Pagola quien en su ponencia correspondiente y, aludiendo a las conclusiones en orden a la acción pastoral señalará los siguientes puntos como referentes de una adecuada celebración sacramental en el mundo de la enfermedad:

"Que sea un gesto humanamente expresivo...y un gesto cristiano...una celebración comunitaria... una celebración cristológica... una celebración sanadora". (47)

Y centrándose en estos puntos señalados, refiriéndose al que podríamos definir como el sacramento más específico creado para el enfermo, la Unción de los Enfermos, el propio Pagola apunta:

*"Este proceso no es siempre fácil, sobre todo, en el caso de la Unción de algunos enfermos. No se conoce bien la actitud interior del enfermo, existe una conspiración del silencio en torno a él, no toma él mismo la decisión de pedir el sacramento, su atención está centrada en el dolor, su enfermedad, el diagnóstico médico, etc. De ahí la importancia del contacto personal anterior, la conversación amistosa, la preocupación por suscitar en ese enfermo la necesidad de Dios. Probablemente en el interior de muchas personas, más o menos indiferentes, hay dudas, miedo, rebelión, impotencia, necesidad de reconciliación. Hay, expresada de muchas maneras, necesidad de Dios. Es tarea importante del sacerdote y de todos los creyentes que le rodean (familiares, profesionales, amigos) el ayudarle a despertar su fe y el deseo de un Dios salvador"*⁴⁸.

Resultan verdaderamente adecuadas las orientaciones que los obispos hacen en orden a la,

47- Mensaje de los Obispos, Jornada "Los Sacramentos en la Enfermedad", nº 2, 1994

48- José A. Pagola, "Le celebración de los sacramentos en la enfermedad", LH, nº 230, 1993, pg. 242-243

como ellos indican, “*estimular y orientar la necesaria renovación de los sacramentos en la enfermedad*”:

“*Con el fin de estimular y orientar la necesaria renovación de los sacramentos en la enfermedad ofrecemos, entre otros, los caminos siguientes:*

- *Integrar la celebración de los sacramentos en el proceso de la asistencia al enfermo y de la acción evangelizadora de la Iglesia en el mundo de la salud. Sólo así estarán conectados con la vida y serán gestos humanamente expresivos.*
- *Recuperar la unción como el sacramento específico de la enfermedad. Es preciso, para ello, cambiar la imagen que del mismo tiene hoy una buena parte de la gente y celebrarlo en el tiempo oportuno; es decir, cuando el cristiano está débil a causa de la enfermedad o vejez y no a última hora. Hemos de realizarlo con decisión a la vez que con prudencia y delicadeza.*

Las celebraciones comunitarias de la unción están sirviendo para conocer más este sacramento y quitar el miedo al mismo. Pero hemos de evitar que se conviertan en una fiesta de la tercera edad o en un pretexto para no atender a los enfermos de forma personalizada o para olvidarlos, al considerar que ya están preparados.

- *Recuperar la fuerza sanante de la reconciliación. La enfermedad puede ser para el enfermo un tiempo de conversión. El sacerdote ha de acercarse a los enfermos y pecadores como Cristo, no como juez sino como médico que cura y perdona.*
- *Revitalizar la comunión de enfermos. Toda comunidad cristiana ha de facilitar a sus enfermos la participación en la Eucaristía y llevarles el pan de la Palabra y el Cuerpo del Señor cuando no pueden asistir. Hemos de vincular la comunión que llevamos a los enfermos con la Eucaristía que celebra la comunidad. Los ministros extraordinarios de la Comunión, debidamente*

preparados, pueden prestar un servicio inestimable a los enfermos y a la comunidad.

- *Recuperar el viático. Es un desafío importante que hemos de situar en el marco más amplio de la promoción de un morir humano y cristiano. Invitamos a los pastores a prestar una mayor atención a este sacramento y a los fieles a manifestar, en el “Testamento Vital”, su deseo de recibirlo.*
- *Fomentar el protagonismo del enfermo en la celebración del sacramento. Es él quien ha de solicitarlo o aceptarlo con fe y celebrarlo consciente y libremente.*

Hemos de respetar, por consiguiente, los niveles de fe del enfermo y evitar toda presión o celo intempestivo.

- *Cuidar la dimensión eclesial y comunitaria de los sacramentos, que debe manifestarse antes, en y después de la celebración”⁴⁹.*

Destacaría muy especialmente las dos últimas, cuando en referencia a todos los sacramentos descritos, los obispos apelan al protagonismo del enfermo en todos ellos así como al cuidado de la dimensión eclesial y comunitaria de los mismos.

7.2. Orar en la Enfermedad

Importante y sugerente el tema de la oración, elemento sustantivo en la experiencia de fe y que puede adquirir, y de hecho tantas veces adquiere, una tonalidad tan densa cuando esta oración se realiza desde la enfermedad. A ello fue dedicada la campaña de 2002, “**Orar en la Enfermedad**”.

No es fácil frecuentemente articular la actitud de oración cuando la realidad más íntima vive la experiencia de la pequeñez, de la debilidad, de la amenaza al propio yo:

“Si la oración es siempre eco de la presencia de Dios que la suscita, es normal que a cada forma de presencia corresponda una determinada forma de oración. En la situación de enfermedad la presencia de Dios no sólo está bañada en el deje de ausencia que la acompaña casi siempre. Es una situación que pone a prueba la confianza del sujeto y le tienta a pensar si la ausencia no será mero vacío, nada sin remedio y puro sinsentido. Y, ante el pozo sin fondo que esa posibilidad abre ante el creyente, su primera reacción es el grito casi desesperado de auxilio. Ese ‘casi’ señala la frontera que separa a quien ora de quien ha consentido a la tentación de desesperanza”⁵⁰.

De ahí que resultase entrañable escuchar la ponencia de Edilio Mosteo Sobreviela, sacerdote de la diócesis de Zaragoza, que padeció insuficiencia renal grave y que estuvo largo tiempo conectado a una máquina de diálisis, esperando la posibilidad de un trasplante renal.

Desgranaba su experiencia vital conectada con la oración hecha vida. Cada salmo entroncaba con la situación concreta que actualizaba la fuerza de la Palabra en esa vida.

“Mi historia, y sobre todo mi enfermedad, me han ayudado a descubrir que soy un hombre física, psicológica y espiritualmente frágil. Esto no me entristece, porque me ha ayudado a descubrir con realismo, sin falsas retóricas pseudo-espirituales, que: ‘El Señor es mi luz y mi salvación, ¿a quién temeré?. El Señor es la defensa de mi vida, ¿quién me hará temblar?... El me protegerá en su tienda el día del peligro, me esconderá en lo escondido de su morada, me alzaré sobre la roca... -salmo 27-’. Es más, pienso que están en un error quienes no conocen sus límites y andan peor que yo, presumiendo de cualquier cosa”⁵¹.

Reconozco que personalmente significó para mí un gran impacto la vivencia que Edilio Mosteo nos transmitió. Probablemente uno de los momentos más intensos de todo mi camino personal de la mano de la pastoral de la salud.

Cosas de la vida, un día años más tarde coincidimos en la barra de un bar de Zaragoza; los dos hacíamos tiempo, él para hablar con un seminarista, yo para dar una charla. Me presenté y le confesé este sentimiento así como mi profundo agradecimiento por haber colaborado tan directamente al mismo.

En esta misma línea, y aquejado de parecida aunque más grave afectación renal, no susceptible de trasplante, se manifestaba en su momento respecto a su oración de petición, otro gran creyente -ya fallecido a consecuencia de dicha enfermedad-:

“Dejadme que os confiese con sencillez que yo jamás pido a Dios que cure mi enfermedad. No lo pido porque me parecería un abuso de confianza; pero, sobre todo, porque temo que, si me quitase Dios mi enfermedad, me estaría privando de una de las pocas cosas buenas que tengo: mi posibilidad de colaborar con él más íntimamente, más realmente. Le pido, eso sí, que me ayude a llevar la enfermedad con alegría; le pido que la haga fructificar, que no la estropee yo por mi egoísmo o mi necesidad de cariño. Pero que no me la quite. Estar, vivir en el Huerto no es ningún placer, pero sí es un regalo, un don, tal vez el único que, al final de mi vida, pueda yo poner en sus manos de Padre”⁵².

Y es, que como muy bien señala **Trinidad León**:

“La enfermedad, lo sabéis, lo acapara todo. Quien no sabe orar en la salud, difícilmente sabrá orar en la enfermedad. Tendríamos que ser personas

50- Juan Martín Velasco, “La Oración de petición en la Enfermedad”, LH, nº 262, 2001, pag. 199

51- Edilio Mosteo Sobreviela, “La Piedra de Jacob. Vertiente espiritual de ‘Orar en la Enfermedad’”, LH, nº 262, 2001, pag. 230

52- José L. Martín Descalzo, “Reflexiones de un Enfermo en torno al dolor y la enfermedad” en el libro “Razones para iluminar la enfermedad”, Sígueme, 2009, Salamanca, pp. 30

'sanas' orantes para poder ser personas evangelizadoras en la enfermedad"⁵³.

Momentos significativos también es el de la oración de quienes ejercen de Buenos Samaritanos ante el enfermo (familia, profesionales sanitarios cristianos, voluntario, agentes de pastoral). También en ellos adquiere una especial tonalidad el ejercicio de su dimensión orante conectada con su relación directa con los enfermos:

*"El agente de PS se desenvuelve normalmente en un mundo que es encrucijada y escenario de las mayores tensiones. Abí, vida y muerte, salud y enfermedad, esperanza y realismo se confrontan a diario. Aspiraciones sin límite y desilusiones crueles habitan juntas. Es un mundo de luz y oscuridad, de silencio elocuente y de palabras vacías, y siempre espacio privilegiado de la presencia (escondida) de Dios. En la oración, en el encuentro con Aquél que todo lo llena, aprendemos a ver ese mundo con una mirada renovada, con buenos ojos: una mirada que, purificada e iluminada por la oración, diagnostica, eleva y cura"*⁵⁴.

En fin, los obispos remarcaban en su tradicional mensaje de la campaña cómo a la largo de la historia humana han surgido hombres y mujeres que, en medio de una realidad, inicialmente marcada por la pregunta y la sospecha ante la presencia de Dios, han sido capaces de construir verdaderos edificios de fe, algunos de ellos constituidos como santuarios físicos reales en torno a los cuales se ha congregado la oración de tantos otros que han sufrido idéntica experiencia:

"Sin restar nada al carácter serio e incluso dramático de la enfermedad y de su variado cortejo de experiencias, la audacia de la fe y de la esperanza nos permiten contemplarla también en su rostro luminoso. Así lo acredita la experiencia de quienes, en el fuego siempre doloroso

del sufrimiento y de la fragilidad, han madurado humana y espiritualmente, han visto purificada y robustecida su fe, se han despertado a nuevos valores antes oscurecidos, han saboreado con mayor realismo la bondad de Dios y la solidaridad de sus hermanos, han aprendido a convivir con el límite, han renovado su adhesión a Cristo y su sentido de pertenencia a la comunidad. Han experimentado, en definitiva, que Dios sigue salvándonos en la enfermedad (y no necesariamente de la enfermedad).

*La historia, comenzando por los orantes de la Biblia, está llena de hombres y de mujeres que, dentro de la experiencia de la enfermedad, se han convertido en testigos de una fe que suplica y agradece, alaba y se estremece, que acepta las sombras del misterio y se abandona, como niño en brazos de la madre, al amor providente de Dios. La historia de la fe sufriente y esperanzada ha levantado santuarios por doquier, aún frecuentados masivamente"*⁵⁵.

8. Acercándonos a los grandes interrogantes (sufrimiento, muerte, duelo).

Era lógico que a lo largo de estos veinticinco años, se reflexionara sobre alguno de los momentos y de las situaciones que especialmente resaltan como interpelantes en la historia de la enfermedad, en la vida del enfermo, toda ella hecha ya -como hemos visto- pregunta e interpelación.

En este sentido creo que es lógico subrayar estos tres momentos de los que mencionaremos

53- Trinidad León, "María, Discípula y Maestra de una relación sana con Dios", LH, nº 250, 1998, p. 198

54- Francisco Alvarez, "Orar como agente de PS", LH, nº 262, 2001, pg. 252

55- Mensaje de los Obispos, Jornada "Orar en la Enfermedad", nº 3, 2002

brevemente algunos de los trazos de sus correspondientes campañas:

8.1. El sufrimiento

Con la pregunta por el sentido cristiano del mismo comienza todo este camino cuando en 1984, Juan Pablo publica su Carta Apostólica **"Salvifici Doloris"**. Toda ella no es sino un esfuerzo por intentar buscar un atisbo de respuesta al mismo. El Motu Proprio **"Dolentium Hominum"**, recogiendo una afirmación del Vaticano II, en la *Gaudium et Spes*, afirmará:

*"La enfermedad y el dolor son fenómenos que, si se profundiza en ellos, siempre plantean interrogantes que trascienden el campo de la medicina y afectan a la esencia de la condición humana en este mundo (cf. Gaudium et spes, 10)"*⁵⁶.

El Día del Enfermo de 1995 se dedica a **"El Sufrimiento en la Enfermedad"**, con el lema **"Claves para vivirlo sanamente"**.

Queda clara la identidad misteriosa del mismo. Viene marcada así desde que el hombre es hombre y se pregunta el por qué del sufrimiento. Hoy esa pregunta se hace, si cabe, con mayor crudeza. Así lo señalaban los obispos en su mensaje:

"En medio de una cultura que valora la vida -ciertos estilos de vida- y la salud por encima de todo, y que oculta y rechaza el dolor como algo inútil y absurdo, no es fácil afrontar los sufrimientos que ocasiona la enfermedad y vivirlos de manera sana y constructiva."

El hombre de nuestro tiempo no busca ni admite explicaciones al sufrimiento. Exige, apoyado

*ciegamente en las posibilidades de la ciencia y de la técnica, que sea eliminado a toda costa y cuanto antes. Cuando el sufrimiento se torna crónico o inevitable, no sabe qué hacer, se ve solo ante el mismo y desprovisto de recursos para afrontarlo y asumirlo como una posibilidad de crecimiento humano y espiritual"*⁵⁷.

Y no han faltado propuestas de solución, todas ellas alicortas e inválidas. Sólo, como diría Juan Pablo II, a la luz de la Cruz de Cristo se percibe un atisbo de salida.

Por ello el sufrimiento apela más a un seguimiento vocacional, una llamada, que una respuesta teórica a un problema metafísico que no tiene solución. Así lo percibe muy claramente **José L. Martín Descalzo**, afectado él mismo bien de cerca por esta realidad del sufrimiento:

*"El verdadero problema del dolor no es tanto su 'naturaleza', sino su 'sentido'. Y más importante que aclarar cuánto se sufre, es saber cómo se sufre"*⁵⁸.

En esta misma línea hace hincapié Trinidad León, cuando afirma:

*"Que Dios está vivo y sigue siendo Dios salvador, nos lo dicen, no los filósofos de la vida, ni siquiera los teólogos de la cátedra, sino aquellos hombres y mujeres que aprenden a vivir desde la sabiduría de la cruz y a morir desde la libertad de la Resurrección"*⁵⁹.

Es Job el icono de esta búsqueda en su libro, paradigma de ella en la Sagrada Escritura. Así se recoge en la mencionada **"Salvifici Doloris"**. Pero Job es testigo no de una aclaración intelectual sino de un descubrimiento existencial.

56- Motu Proprio "Dolentium Hominum", 1985, nº 2

57- Mensaje de los Obispos, Jornada "El Sufrimiento en la Enfermedad", nº 3, 1995

58- José L. Martín Descalzo, "Reflexiones de un Enfermo en torno al dolor y la enfermedad" en el libro "Razones para iluminar la enfermedad", Sígueme, 2009, Salamanca, pp. 22

59- Trinidad León, "María, Discípula y Maestra de una relación sana con Dios", LH, nº 250, 1998, p. 194

“Job es testigo del paso que todos tenemos que realizar, de la ‘imagen de Dios’, fabricada por nosotros mismos, a la experiencia de Dios. Paso que requiere un largo proceso”⁶⁰.

Por lo demás, quizá la apelación al silencio de Dios como respeto del creador a la libertad de su criatura, aparece como un acercamiento, sugerente pero acercamiento, que recoge **Alfonso López Quintás**, ilustrándolo con algunos de los pensamientos de Blaise Pascal:

“El silencio de Dios significa, en el fondo, un homenaje a la libertad humana. Ser libre es una condición privilegiada que debe ganarse día a día de modo muy esforzado.

Dios guarda silencio para abrir a los hombres un espacio de libertad en el que puedan germinar y florecer la responsabilidad y la creatividad.

Lo vió Pascal con suma penetración: ‘Este extraño secreto en el cual Dios se ha retirado, impenetrable a la vista de los hombres, constituye una gran lección para nosotros’. ‘Todas estas contrariedades que parecían alejarme más que nunca de la religión son las que me han conducido con la mayor rapidez a la verdadera’⁶¹.

Especialmente sugerente fue la aportación que **José A. Carro Celada** (e.p.d.) hizo sobre **“El sufrimiento en la poesía española contemporánea”**. Porque quizá como nunca es la poesía quien se constituye como vehículo privilegiado de lo inefable, pero de lo que inunda por momentos lo más profundo del ser humano.

Sólo en tal clave adquiere su máxima profundidad **Antonio Machado** cuando, a la muerte de su joven esposa **Leonor**, exclama:

“Señor, ya me arrancaste lo que yo más quería, oye, otra vez, Dios mío, mi corazón clamar. Tu voluntad se hizo, Señor, contra la mía. Señor, ya estamos solos mi corazón y el mar”.
(A. Machado)

8.2. La Muerte

No podía faltar en el abordaje que las sucesivas campañas del Día del Enfermo han venido realizando, tratar el tema de la muerte. Hecho fundamental en la vida de cada ser humano, que no confronta con nuestra más íntima realidad. Pero al mismo tiempo, momento importante en cuanto significa su atención -o descuido- para los sistemas sanitarios, acontecimiento nuclear para la familia del moribundo, momento determinante para el agente de pastoral que debe acompañarla.

A este tema se dedicó el Día del Enfermo de 1993 con el tema de **“Vivir el Morir”** y bajo el lema **“La Vida sigue, no tengas miedo”**.

El comunicado final de las jornadas era especialmente concluyente en uno de sus puntos:

“Hoy se muere mal. Nos duele la soledad y el abandono del moribundo en los grandes hospitales, su marginación y desamparo, la angustia e impotencia de la familia en esos momentos. Detectamos la escasa o nula preparación en muchos enfermos, incluso creyentes, para afrontar el morir y observamos en la familia y el personal sanitario una enorme dificultad para establecer una auténtica relación de ayuda con el enfermo terminal. Lamentamos la falta de un espacio digno y de centros adecuados para enfermos terminales”⁶³.

60- Teresa Ruiz Cebeiro, “El encuentro con Dios en el grito: aproximación a Job”, LH, nº 254, 1999, pg. 207

61- Alfonso López Quintás, “El sentido del silencio de Dios”, LH, nº 235, 1995, pag. 89

62- José A. Carro Celada, “El sufrimiento en la poesía española contemporánea”, LH, nº 235, 1995, pg. 94-100

63- Comunicado Final XVII Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud, LH, nº 225-226, 1992, p. 241

Y es evidente que cualquier camino que lleve a humanizar el morir ha de pasar por el asumir una realidad tan propiamente humana como la vida, de la que la muerte forma parte:

*“La necesidad de humanizar la muerte reclama que el morir sea realmente reconocido, como quiere una saludable sabiduría y exige una sana consciencia, como la otra vertiente del vivir, el otro lado de nuestra existencia; tan real como la cara oscura de una esfera iluminada”*⁶⁴.

Pero no es fácil dicho proceso de conocimiento como la propia Felisa Elizondo sigue matizando:

*“Así, el saber del morir sigue siendo un ‘saber no sabido’, pese a ser un saber de siempre, tan propio del hombre como el pensar. Y la conciencia del tener que morir sigue generando angustia, sigue interrogando aunque ni tal interrogación ni aquel temor asomen al plano de las conversaciones usuales”*⁶⁵.

Y no cabe minimizar el tema advirtiéndolo que tal dificultad es fundamentalmente para quienes no tienen fe. Para el creyente la muerte sería un hecho duro pero relativamente fácil de asumir desde la perspectiva que le da la fe.

“Habrá algunos que digan que el tema es muy sencillo: la muerte como problema tiene la resurrección como respuesta. Pero esa tan simple sencillez es engañosa: requiere muchos supuestos y sólo es válida para algunos. Porque ¿qué es la resurrección?”

*El lenguaje sobre la muerte y la vida, a veces, en lugar de expresar parece que oculta. Lo cual se debe seguramente al desafío que esas realidades plantean al lenguaje. Aun en los planos más sencillos queda algo que el lenguaje no puede aprehender”*⁶⁶.

Para esta campaña tuvimos la oportunidad de poder publicar, traducido al castellano, el artículo sobre **“Las necesidades espirituales del enfermo terminal”**, de J. H. Thieffrey; probablemente el artículo de LH que más veces ha sido mencionado en otro tipo de publicaciones. Razones de ello fueron tanto la hondura como, paralelamente, la novedad que significaba el resituar el ámbito de las necesidades espirituales en un contexto más antropológico, plenamente abierto y susceptible de ser asumido en un ámbito de fe y trascendencia. Sería este artículo como un prolegómeno de lo que hoy tenemos plenamente asumido de lo espiritual como prólogo de lo religioso. El propio autor señala cómo fue el camino hacia la sintetización de tales necesidades:

*“Pero la diversidad de acercamientos obligaba a un ensayo de tematización. Hemos conservado siete aspectos de estas necesidades: la necesidad de ser reconocido como persona, la de releer su vida, la búsqueda de sentido, la necesidad de liberarse de culpabilidad, de reconciliarse, de abrirse a la trascendencia, y de percibir un más allá a los límites de la vida... Estas necesidades están formuladas con frecuencia fuera de la fe religiosa, pero interpelando a la fe cristiana”*⁶⁷.

No resulta fácil “vivir el morir” ni tampoco acompañar y celebrar dicha situación. Si celebrar la vida regalada como don, disfrutada, compartida gozada, pero también, por paradójico que puede parecer celebrar cristianamente también el silencio, la pregunta, la oscuridad vivida en el entorno de Dios en ese momento:

“La gran tentación del ministerio consiste en celebrar tan sólo la presencia del Señor, olvidando su ausencia. Dice Nouwen que con frecuencia lo que más preocupa al ministro es dejar a la gente contenta y crear una atmósfera de apariencias”

64- Felisa Elizondo, “La Muerte. Aportación Antropológica”, LH, nº 225-226, 1992, p. 197

65- Felisa Elizondo, “La Muerte. Aportación Antropológica”, LH, nº 225-226, 1992, p. 195

66- Angel Núñez, “La Muerte. Aportación Bíblica”, LH, nº 225-226, 1992, p. 199

67- T. H. Thieffrey, “Necesidades espirituales del enfermo terminal”, LH, nº 225-226, 1992, p. 236

de estar totalmente o.k. De este modo, todo queda recubierto y no se deja espacio vacío en el que se pueda afirmar nuestra básica carencia de plenitud”⁶⁸.

Finalmente, hemos de asumir que vivir el morir no se improvisa. Prepararnos para ella, como cristianos, tiene mucho que ver con apostar por la vida con el estilo que lo hiciera el Señor. Así lo afirman los obispos.

“Jesús es modelo y referencia para el cristiano en la vida y en la muerte. En él aprende a morir y a cultivar en su vida actitudes que conducen a una muerte cristiana. La muerte, como acontecimiento decisivo de la existencia humana, no se improvisa. Hemos de mentalizarnos para asumir el hecho de nuestra propia muerte y prepararnos para una muerte cristiana desde una vida que imita la de Jesús. Hemos de alentar en nosotros la esperanza de la resurrección en un mundo en el que muchos hombres viven cerrados a la transcendencia, como si esta vida fuese la única definitiva. Hemos de vivir como resucitados, como hombres que han pasado de la muerte a la vida, amando a los hermanos (1Jn 3,14). Y hemos de dar signos de vida en una sociedad en la que hay tantos signos de muerte, en forma de guerras, odios, hambre, injusticias e insolidaridad, y combatirlos ayudando a que sus víctimas resuciten a una vida digna del hombre y de la mujer, creados por Dios a su imagen”⁶⁹.

8.3. El Duelo

Situado el hombre frente a su mortal situación, no se podía olvidar el “tiempo después”, ni tampoco el “antes” -pues los expertos también hablan del duelo anticipatorio-.

Todo un mundo pero en el que la fe tiene su palabra que decir, y la Iglesia su experiencia que aportar.

“El olvido de la eternidad ha traído consigo un error dramático en la percepción del tiempo. Precisamente en este momento es necesario que la persona descubra la dimensión histórica de la existencia humana.

En consecuencia, por difícil que sea este aprendizaje, es necesario que la persona sepa vivir como quien ha de morir, para poder morir como quien ha de vivir por la eternidad”⁷⁰.

Pero no resulta fácil. Ni para el hombre sin fe ni para el propio creyente. Bien es cierto que la fe puede y debe significar una buena ayuda en la elaboración de este duelo, ya sea en su etapa anticipatoria o en la posterior a la pérdida del ser querido. Ramón Martín dice que la fe “es una buena herramienta” para trabajar el duelo:

“Numerosos terapeutas e investigadores en temas de duelo llegan a afirmar que la fe es ‘una herramienta’ más. Para muchas personas una herramienta muy importante y que sólo la utiliza quien la tiene a su alcance. Algunos que no la tienen envidian a los que la tienen. Y otros se irritan contra sí o contra los demás por no tenerla a su alcance en ciertos momentos”⁷¹.

Mas en todo caso, siempre se precisa de tiempo. No estamos ante soluciones estandarizadas. Suponen caminos a realizar, con sus momentos de oscuridad, pero también de luz, quizá de focos de luz que antes desconocíamos

“Cada sufrimiento esconde tesoros preciosos de sabiduría que se revelan través de una mayor apertura a Dios y a la vida, un renovado empeño

68- José Carlos Bermejo, “La Muerte. Aportación Pastoral”, LH, nº 225-226, 1992, p. 217

69- Mensaje de los Obispos, Jornada “Vivir el Morir”, nº 5, 1993

70- José R. Flecha, “Dimensión cristiana del duelo”, LH, nº 285-286, 2007, p. 51

71- Ramón Martín, “El duelo hoy: retos y desafíos en la Pastoral”, LH, nº 285-286, 2007, p. 14

*hacia los otros, una creciente vitalidad de la propia humanidad y espiritualidad*⁷².

En Cristo encontramos toda una pedagogía para el acompañamiento del duelo:

“Las apariciones del Resucitado son, entre otras cosas, un modelo de seguimiento y acompañamiento de las personas que pasan por el trance del duelo... Jesús no se limita a escuchar el lamento de los discípulos o a observar su desconcierto. Les llama a la fe mesiánica y les ofrece el anuncio y la certeza de la resurrección.

*El Cristo resucitado tiene para ellos una palabra sobre el sentido de la muerte como llamada a la vida definitiva con el Señor*⁷³.

Apunta **Ramón Martín**:

*“La fe madura ilumina la irreversibilidad de la muerte del ser querido, el hueco que deja y la ausencia crónica que ya nos acompañará de por vida. La luz que en estos momentos nos brinda la fe está envuelta de lágrimas serenas, en silencio necesario, en gozo sin palabras, en tristeza adecuada, y en ganas de vivir, sabiendo que a partir de ahora posiblemente se inicie una carrera llena de obstáculos, pero que uno no se encuentra solo. Cristo te acompaña, sin hacer ruido, como en el camino de Emaús*⁷⁴.

Pero, situándolos, en clave preventiva, quizá un poco en la sana línea de un duelo anticipatorio, tendríamos que buscar un estilo de vida que nos ayudara verdaderamente a vivir serenamente para morir serenamente. **Pangrazzi** parece desgranar en la entrevista que le realizó LABOR HOSPITALARIA, un marco en el que desenvolverse al respecto:

“Lo mejor sería darnos cuenta que la vida no es un destino, sino un camino que guía hacia un destino. Recordarnos que ninguno puede pretender garantías sobre su futuro o seguridades definitivas; la única certidumbre para todos es la incertidumbre.

*Valorar el don precioso del tiempo y de cada día comprometiéndonos a hacer hoy lo que se puede hacer, decir o dar sin postergarlo para mañana, que tal vez nunca llegue. No reducir la existencia a la dimensión horizontal sino más bien desarrollar sensibilidades y valores espirituales cultivando la dimensión vertical que nos abre al misterio de Dios y a la vida que continúa*⁷⁵.

Los obispos ratifican punto por punto, en su Mensaje para la campaña, esta forma de situarnos en la vida como lo más acertado para vivir y morir “sanamente”, haciendo el duelo correcto:

*“Elaborar el duelo es un trabajo que hemos de hacer como personas y como creyentes, dándonos la oportunidad de repensar las claves fundamentales de nuestra vida (el duelo nos hace “filósofos”), en paz con nuestra condición de vulnerabilidad y finitud, reconociendo la necesidad de perdonar, perdonarnos y dejarnos reconciliar con los hermanos y con Dios; cultivando sanamente los recuerdos, aprendiendo a recolocar al ser querido afectivamente, abriéndonos a nuevas posibilidades afectivas, creciendo espiritualmente y reconociendo la primacía del amor sobre la muerte*⁷⁶.

72- Arnaldo Pangrazzi, “Obstáculos en la elaboración del duelo”, LH, nº 285-286, 2007, p. 38

73- José R. Flecha, “Dimensión cristiana del duelo”, LH, nº 285-286, 2007, p. 48

74- Ramón Martín, “El duelo hoy: retos y desafíos en la Pastoral”, LH, nº 285-286, 2007, p. 14

75- Entrevista a Arnaldo Pangrazzi, LH, nº 285-286, 2007, p. 62

76- Mensaje de los Obispos, Jornada “Vivir el Morir”, nº 4, 2007

9. Santa María, Salud de los Enfermos.

No podía faltar en todo nuestro camino el acompañamiento, siempre tan fiel como discreto, de **María**. Ella, la mujer fiel que dando el sí a la propuesta del ángel, se convirtió para la humanidad en la puerta de entrada de la salvación. Ella, la mujer que cuidó de su prima Isabel cuando ésta se hallaba encinta, no excusando dicha ayuda por su situación semejante de gravidez. Ella, la que estuvo al pie de la Cruz, cuando ya no cabía hacer nada, sino aguardar a que el Padre llevase a su culmen su plan de salvación sobre los hombres.

María ha sido un icono que nos ha acompañado en todas nuestras Jornadas. A ella la hemos invocado en todos nuestros momentos de oración. Con frecuencia la hemos recordado litúrgicamente en su advocación de Ntra. Sra. de la Merced, pues a veces coincidían las fechas de nuestros encuentros con dicha fiesta. En la práctica totalidad de los Mensajes de los obispos aparecía su figura como paradigma a imitar y a vivir en referencia al tema que abordaban.

Y a María se le dedicó -¡¡cómo íbamos a olvidarnos!!- una campaña, la del 1999, con el tema **"María, Salud de los Enfermos"** y con el lema **"La mujer se hizo salud"**. En el pórtico del cambio de milenio, cuando toda la Iglesia se preparaba a celebrar el año 2000 como el Año de la Redención, dirigíamos nuestra mirada, y con ella nuestra reflexión hacia la Madre del Redentor.

En ella descubríamos una nueva forma de llenar de sentido la feminidad, tan presente y necesaria en cuanto es el mundo de la salud, una feminidad no reivindicativa ni excluyente, sino integradora.

*"Una de las aportaciones de la feminidad a lo largo de la historia de la humanidad es la capacidad de convertir los grandes horizontes y objetivos humanos en un camino y un proceso realista, cotidiano, paciente, sólido, fiel y abierto al horizonte de futuro. La mujer tiene más sentido de la realidad que el hombre y, al mismo tiempo que avanza en su propia liberación como colectivo, tiene mucho que aportar específicamente al progreso realista de toda la humanidad"*⁷⁷.

Ella, la llena de gracia, es capaz de constituirse en icono de la presencia esperanzada en el "Dios que nos salva"

*"Con esta mujer-María-sirviéndonos de cauce, se trataría de transformar el tiempo de enfermedad en tiempo de oración esperanzada. Y no porque se espere la salud corporal, sino porque se espera simplemente la salud que viene de Dios: 'como un río que se convierte en lago y en mar...'. En esta diferencia de matiz 'esperante' se descubre si la oración va dirigida a Dios o al fetiche"*⁷⁸.

Por eso vemos en ella el prototipo del acompañamiento a nuestros hermanos, y de una forma especial, a los enfermos

*"La personalidad de María -autónoma, abierta al maor concreto e incondicional, plenamente confiada a Dios- es un modelo de acompañamiento a los demás, en sus alegrías y en sus penas, en su salud y en su enfermedad, en sus esperanzas y en sus angustias, hacia su propia autonomía solidaria, hacia su fe esperanzada y, en definitiva, hacia su plena realización personal"*⁷⁹.

Hermosa la exhortación que los obispos hacen de María cuando proponen su figura en el mundo de la salud, no como una oferta milagrosa sino como un referente de fe y de sensibilidad para captar el silencio elocuente del dolor humano:

77- Ramón Prat, "María, icono del acompañamiento desde la feminidad", LH, nº 250, 1998, p. 189

78- Trinidad León, "María, Discípula y Maestra de una relación sana con Dios", LH, nº 250, 1998, p. 198

79- Ramón Prat, "María, icono del acompañamiento desde la feminidad", LH, nº 250, 1998, p. 189

“En un mundo tan tecnificado como el de la salud y de la enfermedad, María es también, ahora más que nunca, modelo y referencia de actitud creyente. Ella no es la intercesora que suplanta a la ciencia, ni remedio mágico para las negligencias profesionales ni para la insolidaridad. Pero es siempre memoria de que no podemos salvarnos a nosotros mismos, de que la salvación es siempre un don de Dios: memoria que la fe y la devoción hacia ella avivan.

Para ello los agentes de pastoral de la salud y los mismos profesionales sanitarios cristianos necesitan cultivar, como María, una especie de tercer oído y sexto sentido. De ellos brotan la actitud respetuosa frente al sufrimiento, la capacidad de penetrar en el mundo interior de quien sufre, la sensibilidad hacia sus necesidades de todo tipo, la constancia en el servicio”⁸⁰.

Deseo finalizar mi exposición recogiendo un pequeño poema de Juan del Encina, seleccionado a su vez por José A. Carro Celada (q.e.p.d.) en la exposición que tuvo en esa campaña:

*“Duélete, Virgen de mí,
mira bien nuestro dolor
que este mundo pecador
no puede vivir sin ti.
¡¡Oh, clara virginidad,
fuente de toda virtud,
no ceses de dar salud
a toda la cristiandad”⁸¹.*

80- Mensaje de los Obispos, Jornada “María, salud de los enfermos”, 1999

81- Poesía de Juan del Encina, recogida en José A. Carro Celada, “María, Salud de los Enfermos. Cuando la invocación se hace poesía”, LH, nº 250, 1998, p. 211

Pasado, presente y perspectivas de futuro.

> Jesús Conde Herranz,
Delegado diocesano de pastoral de la salud.
Arzobispado de Madrid.

El autor nos presenta un resumen de su ponencia sobre la historia de estos 25 años de Día del Enfermo en nuestro país, como testigo privilegiado y directo de este período. También nos ofrece unas sugerencias de por dónde tenemos que seguir haciendo camino. ▶



Jesús Conde Herranz

1. Punto de partida.

- 1) La celebración en la Iglesia siempre ha estado asociada a la Liturgia.
- 2) Esta asociación se ha desarrollado y cumplido en la celebración del Día y la Campaña del Enfermo, a lo largo de estos 25 años.
- 3) Liturgia y Pastoral de la Salud son dos acciones pastorales, mutuamente implicadas entre sí, en la Iglesia Universal y en las Iglesias locales.

2. Testimonios de la revelación y la vida de la iglesia.

- 1) Celebración y sanación unidas en la comunidad madre de Jerusalén (Hech 2, 42; 4, 33; 5, 12-16).

- 2) Las consecuencias patológicas y mortales de la mala celebración de la Eucaristía (1 Cor 11, 20s.30).
- 3) La integración de celebración litúrgica y acción sanadora en Sant 5, 13ss.
- 4) La Eucaristía, medicina de inmortalidad, antidoto contra la muerte y alimento para vivir por siempre en Jesucristo (S. Ignacio de Antioquía, Ad Eph XX).
- 5) La práctica de llevar la Comunión a los enfermos ausentes de la celebración eucarística (S. Justino, Ap I, 65s).
- 6) La visita a los enfermos, requisito indispensable para que los catecúmenos accedieran al Bautismo (Hipólito de Roma: Traditio Apostólica).
- 7) El Viático, culminación eucarística de la asistencia pastoral (I Concilio de Nicea).
- 8) La Constitución Apostólica sobre el Sacramento de la Unción de los Enfermos (Pablo VI, 1972).
- 9) El Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos, con sus Praenotanda y las Orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado español (1974).
- 10) El Ritual de la sagrada Comunión y de la Eucaristía fuera de la Misa (1974).
- 11) La instauración en 1992 de la Jornada Mundial del Enfermo, por Juan Pablo II, con sus connotaciones litúrgicas.
- 12) La Carta a los Agentes Sanitarios, del Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, que alude a la Santa Unción y al Viático (1995).
- 13) La Exhortación apostólica Sacramentum Caritatis, alusiva también al Viático, del Papa Benedicto XVI (2005).

3. 25 años celebrando el Día y la Campaña del Enfermo: Liturgia y Pastoral de la Salud.

1) Impulso y enriquecimiento a la Pastoral de la Salud, desde la Liturgia (cf. II. 8-13)

1) Impulso y enriquecimiento a la Liturgia, desde la Pastoral de la Salud:

A) Las oraciones y guiones litúrgicos elaborados para cada Día y Campaña.

B) Los temas del Día y la Campaña dedicados especialmente a la Liturgia:

- 1994: Los sacramentos en la enfermedad.
- 2002: Orar en la enfermedad.
- 2009: Eucaristía y Pastoral de la Salud.

C) Las ponencias, intervenciones, experiencias litúrgicas... presentadas en otras Campañas.

D) Los trabajos de contenido litúrgico en revistas (*Dolentium Hominum*, *Labor Hospitalaria*), al igual que en obras como el *Diccionario de Pastoral de la Salud y Bioética* o los *Cuadernos Phase*.

E) Las hojas, dípticos y trípticos publicados por delegaciones diocesanas de P. S. o congregaciones religiosas sanitarias.

F) Los materiales de catequesis y otros contenidos litúrgicos publicados en las páginas web de diversas diócesis.

G) El despegue y la consolidación de las celebraciones comunitarias de la Santa Unción en las comunidades cristianas.

H) La mayor atención a la Comunión de los enfermos y a los ritos de exequias; el lento despertar de la conciencia sobre el Viático.

4. Balance del camino andado conjuntamente por la Pastoral de la Salud y la Liturgia estos 25 años.

1) *La Liturgia ha venido aportando a la Pastoral de la Salud:*

A) La orientación de la salud humana hacia la salvación cristiana, mediante la celebración del Misterio de salud/salvación.

B) La evidencia de las posibilidades de celebración en las circunstancias más dramáticas de la vida, allí donde parece que nada puede celebrarse.

C) La Liturgia baña con espiritualidad cristiana los gestos, las acciones y las actitudes asistenciales de la Pastoral de la Salud, sumergiéndolas en el significado salvífico que les confieren la Revelación (*Sagrada Escritura y Tradición*).

D) La Liturgia recuerda a la Pastoral de la Salud es ofrenda viva, santa, agradable a Dios, culto auténtico (*Rom 12, 1*); culto al Padre en espíritu y en verdad (*Jn 4, 23*).

2) *La Pastoral de la Salud ha venido aportando a la Liturgia:*

A) Que la Liturgia es una forma de asistencia y, por ello:

- La oración litúrgica es diálogo terapéutico con Dios.
- Los sacramentos son encuentros sanadores con Jesucristo en el seno de la comunidad cristiana.

B) La Pastoral de la Salud aporta a la Liturgia los hechos, reales, concretos y elocuentes

que encarnan a ésta en la Historia de Salud / Salvación.

C) El acceso de la Liturgia a un número considerablemente mayor de fieles.

3) *Deficiencias perceptibles en este proceso.*

A) La coordinación y colaboración entre la Liturgia y la Pastoral de la Salud podría y debería haber sido **mayor** durante este tiempo.

B) La **Reconciliación** no es aún claramente percibida aún como el sacramento de la sanación moral.

C) Son todavía numerosas las comunidades cristianas que en la **Eucaristía dominical** no tienen en cuenta a sus enfermos.

D) En los hospitales - más que en las comunidades parroquiales - la administración de la **Comunión a los enfermos** peca a menudo de excesivamente rápida y mecánica.

D) Muchas comunidades parroquiales no han incorporado aún a su servicio pastoral a los ministros extraordinarios de la Comunión, previstos en el Ritual de la Comunión y de la Eucaristía fuera de la Misa.

F) El Viático ha de salir de las catacumbas pastorales en las que se encuentra inmerso.

G) Está prácticamente por estrenar la implicación conjunta de Pastoral de la Salud y Liturgia en el proceso del **duelo antecedente, actual y posterior** al fallecimiento y a los ritos de exequias.

5. Sugerencias para seguir haciendo camino.

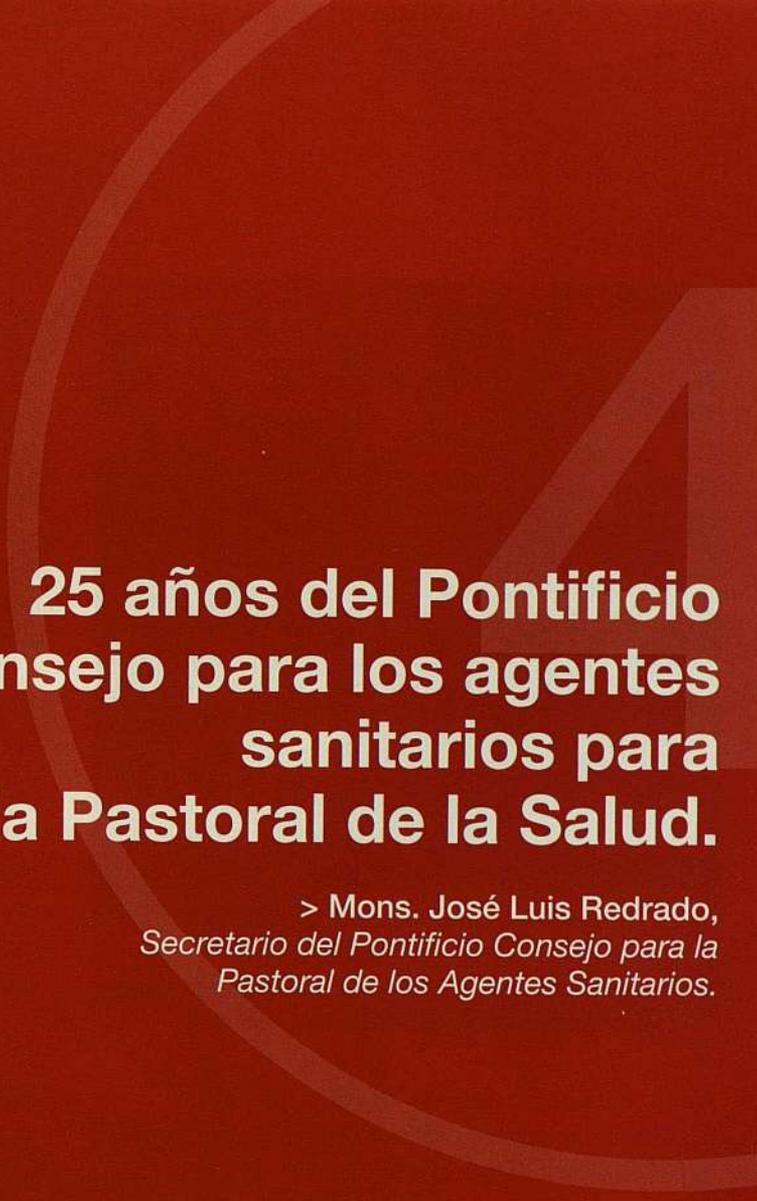
1) Impulsar los contactos y la colaboración **asidua y sostenida** entre el Departamento de Pastoral de la Salud y la Comisión Episcopal de Liturgia.

2) Para lograrlo sería bueno incluir en la Campaña del Enfermo 2010 un **encuentro** entre ambos estamentos de la CEE, con el fin de empezar poniendo sobre la mesa todo lo tratado hasta ahora en este guión.

3) Dicho **encuentro** podría - y debería - ser el primero de otros sucesivos y anuales al mismo nivel, y servir de acicate y modelo para los encuentros a **escala diocesana** de las respectivas delegaciones.

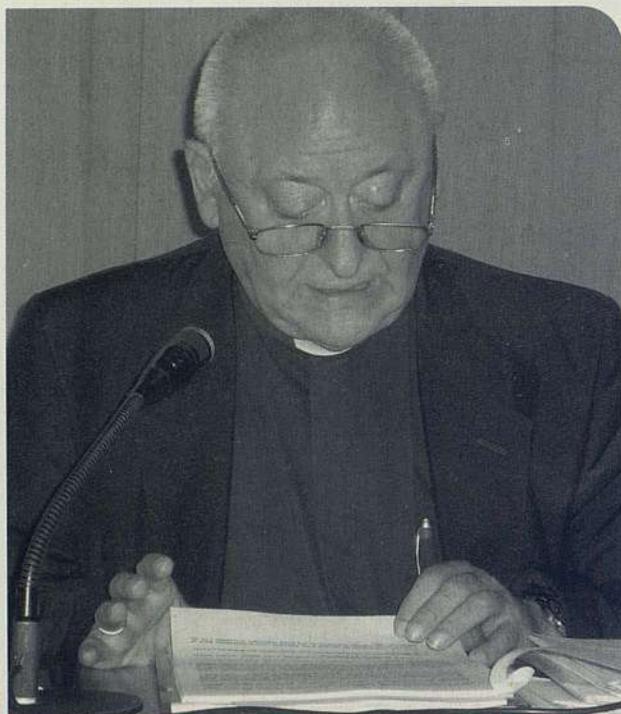
4) En el campo de la Pastoral de la Salud, sería muy provechoso ofrecer a los delegados diocesanos, desde el **Departamento Nacional**, todo el **material de aplicación litúrgica** que se ha ido elaborando a lo largo de estos 25 años (cf. III, 2, a-h).

5) Ofrecer a las delegaciones diocesanas **nuevos materiales** de uso litúrgico, tanto de creación propia como provenientes de fuera.



**25 años del Pontificio
consejo para los agentes
sanitarios para
la Pastoral de la Salud.**

> Mons. José Luis Redrado,
*Secretario del Pontificio Consejo para la
Pastoral de los Agentes Sanitarios.*



Mons. José Luis Redrado

Antes de comenzar esta breve exposición de los 25 años de actividad del Pontificio Consejo, quiero expresar mi agradecimiento, en primer lugar al **Papa Juan Pablo II**, por la institución de este Pontificio Consejo. Ha sido él quien ha sentido la necesidad de este instrumento en la Curia Romana, para llevar a cabo una gran animación en el campo de la pastoral sanitaria.

Ha sido él, precisamente porque en su formación sacerdotal, en su ejercicio pastoral como obispo y después en la cátedra de Pedro, ha manifestado siempre una solicitud excepcional hacia el mundo del sufrimiento, de los enfermos y de los agentes de la salud: médicos, enfermeros, voluntarios, capellanes, religiosos y religiosas. Ahí está todo su magisterio escrito y todos sus gestos.

No puedo dejar de mencionar especialmente la gran cátedra de Juan Pablo II en este sector de la salud, la gran enseñanza que nos ha dejado con su magisterio, pero sobre todo con su testimonio. Creo que cuando hemos visto a este Papa sufrir desde un lecho de dolor en el hospital **Gemelli**, o en otras circunstancias, nos ha enseñado muchísimo con sus gestos: la experiencia del dolor ha

sido una cátedra viviente mucho más rica que las palabras, que han sido tantas. Gracias, Santo Padre.

Un gracias también a **Su Eminencia el Cardenal Eduardo Pironio**, que ha sido el primer Presidente del Dicasterio, desde su nacimiento, en 1985 -como Comisión Pontificia dependiente del Pontificio Consejo de los Laicos del cual él, asimismo, era Presidente- hasta el año 1988, en que nuestra Comisión pasó a ser Pontificio Consejo.

Un gracias fraterno y afectuoso a **Su Eminencia el Cardenal Fiorenzo Angelini** quien durante once años, primero como Pro-Presidente de la Comisión y después como Presidente del Pontificio Consejo ha desarrollado una fecunda labor en este neonato Dicasterio, alcanzando logros y metas importantes y abriendo caminos que recordarán siempre su incansable actividad pionera.

En este iter de agradecimientos, no puedo dejar de mencionar al **Cardenal Javier Lozano Barragán** y al **P. Felice Ruffini**. Con el **Cardenal Lozano** como **Presidente, el Pontificio Consejo** comienza una segunda etapa que viene organizada de forma particular por un **Plan de trabajo** para cinco años.

Con dicho Plan los diferentes Oficiales se responsabilizan de tareas propias y características, prosiguen los viajes a los diversos continentes, las visitas ad limina se multiplican y el Pontificio Consejo crece poco a poco. El Cardenal Lozano se hizo cargo de la Presidencia el día 8 de enero de 1997 hasta el 18 de abril de 2009.

También cesa por razón de la edad el **P. Felice Ruffini** después de un largo y fructuoso trabajo como primer Subsecretario del Pontificio Consejo, desde el 19 de enero de 1986 hasta el 31 de agosto de 2009. Esta segunda etapa termina, pues, con el cambio del Presidente y del Subsecretario.

Comenzamos, por tanto, una tercera etapa bajo la presidencia de **S.E. Mons. Zygmunt Zimowski** y del nuevo **Subsecretario Mons. Jean-Marie Musivi Mpendawatu** y permaneciendo en el cargo de **Secretario S. E. Mons. José L. Redrado**.

En la celebración de bienvenida al nuevo Presidente, hemos expresado la esperanza de que en esta tercera etapa se consoliden y abran nuevos horizontes a la Pastoral de la Salud al servicio de todo el mundo y, por ello, nos encaminamos a recorrerla con responsabilidad, creatividad y animación.

Tres valores que esperamos serán motores para afrontar los retos y para que la finalidad del Pontificio Consejo sea una realidad. Proyectar el futuro del Dicasterio en esta tercera etapa nos lleva a descubrir el pasado y comprender el presente. Pasado y presente son plataformas del futuro. Por ello continuaremos a servir a la Iglesia agradeciendo el generoso, inteligente y fructífero servicio realizado por los primeros superiores del Dicasterio.

Estos 25 años de trabajo en el Pontificio Consejo son fruto, es verdad, de líderes inspiradores, motores que hacen posible que la máquina pueda funcionar, pero sería imposible este funcionamiento sin el grupo de retaguardia que cotidianamente trabaja realizando con efectividad su misión.

Me estoy refiriendo en primer lugar a todo el grupo de personas que trabajan en la Secretaría, tanto los que son miembros del orgánico como los que realizan un voluntariado prestigioso y eficaz. A ellos, a estas personas, he de añadir tantos prestigiosos Miembros, Consultores y expertos que de forma inteligente y sacrificada han hecho posible el desarrollo de mucho del trabajo que les quiero contar.

1. Una fecha importante para recordar y celebrar.

El 11 de febrero de 1985 es una fecha importante para la Iglesia, para los enfermos, para los Institutos religiosos sanitarios y para todos los profesionales de la salud. El **Papa Juan Pablo II** con el **Motu Proprio Dolentium Hominum** instituye la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

Con la reforma de la **Curia Romana (Pastor Bonus, 28 junio 1988)**, la **Comisión Pontificia** se convierte en el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

El Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha sido instituido por Juan Pablo II con la tarea primaria de "*manifestar la solicitud de la Iglesia hacia los enfermos, ayudando a los que desarrollan un servicio hacia ellos y hacia todos los que sufre, a fin de que el apostolado de la misericordia, al que están dedicados responda cada vez mejor a las nuevas exigencias*" (**Const. Apost. Pastor Bonus art. 152**).

2. Motivaciones que indujeron al Papa para su institución.

Entre otras, la Carta Apostólica señala las siguientes motivaciones: la solicitud de la Iglesia por el hombre que sufre, los grandes progresos realizados en el campo de la medicina y la necesidad de coordinar todos los organismos que se dedican al mundo de la salud.

Dado que la acción individual no es suficiente, urge un trabajo conjunto, inteligente, programado, constante y generoso.

3. Tareas.

Las principales tareas asignadas al Pontificio Consejo son las de estimular, promover, coordinar, colaborar con las Iglesias locales y seguir atentamente los programas sanitarios y sus repercusiones en la pastoral de la Iglesia (**Cf. Dolentium Hominum n° 6 y Pastor Bonus n° 152 y 153**)

4. Estructura del Pontificio Consejo.

La Pastor Bonus la describe en sus artículos 2-10. El Dicasterio está compuesto por un Presidente, que lo dirige y representa (**art. 3-4**); por Miembros y Consultores (**art. 3**), por el Secretario que, con

la colaboración del Subsecretario ayuda al Presidente a dirigir a las personas y a tratar los asuntos del Dicasterio (art. 4), por Oficiales (art. 3). *“El Presidente, los Miembros, el Secretario y los demás Oficiales mayores, así como los Consultores, son nombrados por un quinquenio por el Sumo Pontífice”* (art. 4).

5. Actividades.

Al trabajo diario que, entre otros, comprende numerosos encuentros, se une la publicación de la Revista *“Dolentium Hominum”* en cuatro lenguas, las relaciones con las Conferencias Episcopales y los organismos sanitarios, los numerosos viajes; además, se cuenta con publicaciones como la *Carta de los Agentes Sanitarios, Iglesia, Droga y Toxicomanía*, el INDEX que cataloga los centros sanitarios de propiedad de la Iglesia o en los que ella trabaja; la organización de una Conferencia internacional anual sobre un tema sanitario de actualidad que reúne a luminares en el ámbito de la salud y a hombres de ciencia, Premios Nobel y hombres políticos responsables de la salud; y otros Congresos y programas- cerca de cincuenta- que se indican en el libro del Dicasterio *“Plan de Trabajo”*, de particular significado es la organización de la Jornada Mundial del Enfermo, que se celebra todos los años el 11 Febrero, memoria litúrgica de la Virgen de Lourdes.

Reflexión sobre el trabajo realizado.

25 años del Dicasterio. Detrás hay mucha vida, muchas personas, muchas ilusiones y esperanzas que han fructificado. Todo gracias a personas que han creído en esta mediación eclesial. Se han echado cimientos, se ha elaborado criterios, se ha trabajado, animado, construido.

Este final de reflexión de los 25 años del Pontificio Consejo lo quiero sintetizar manifestando la alegría por lo conseguido y deseando un futuro todavía mejor.

Estas son las palabras finales: *“Es siempre edificante llevar a los enfermos, al menos a aquellos que pueden ir, a los Santuarios, aunque no siempre son los que tienen más necesidad; hoy es necesario, sobre todo, que la Iglesia emprenda una peregrinación al hospital, donde, en muchos países, van muchas más personas que a las parroquias o donde permanece viva la presencia de Cristo que quiere la reconciliación”* (Pierluigi Marchesi en el Sínodo de la Reconciliación, 1983).

- La Iglesia siempre ha estado presente en el mundo del dolor. Toda la historia nos lo confirma.
- Hoy la Iglesia toma conciencia y responsabilidad. Los últimos documentos (encíclicas y exhortaciones postsinodales), el trabajo realizado por el Pontificio Consejo y la participación de las Iglesias locales subrayan esta afirmación.
- Existe una relación muy estrecha entre pastoral sanitaria y evangelización.

En la Exhortación apostólica postsinodal *Ecclesia in Africa*, el Papa recuerda (n. 38) que *“aunque los católicos sean sólo el catorce por ciento de la población africana, las instituciones católicas en el campo de la sanidad representan el diecisiete por ciento del total de las estructuras sanitarias de todo el continente”*.

Aún antes de construir una capilla, muchos misioneros han abierto y siguen abriendo un pequeño dispensario, primer *“templo”* de la presencia de Cristo médico de las almas y de los cuerpos.

25 años de vida del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios han contribuido a poner en luz, sobre todo en las Iglesias particulares, qué perspectivas se abren a la evangelización en la que ésta ponga en primer lugar el acercamiento a los que sufren y al enfermo

o, de todos modos, se acerque al hombre en su sufrimiento.

La deseada coordinación entre todas las instituciones sanitarias católicas se debe extender a la coordinación de todos los aspectos de la pastoral, porque no existe una verdadera y completa pastoral de conjunto cuando falta la debida atención al mundo del sufrimiento y al anuncio del Evangelio del sufrimiento que es el rostro más universal y accesible del Evangelio de la vida.

- Y si es mucho lo conseguido en el campo de la Pastoral Sanitaria, de cara al futuro se le presenta a la Iglesia el reto de hacer un verdadero esfuerzo de consolidación, animación, integración, iluminación y coordinación.

El Pontificio Consejo está llamado a ser un verdadero exponente de este trabajo, ya que *“es el mismo Pontificio Consejo el que manifiesta la*

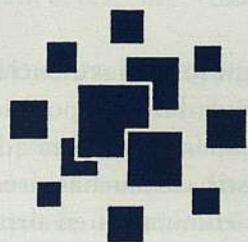
solicitud de la Iglesia hacia los enfermos, a fin de que el apostolado de la misericordia al que se dedican, responda cada vez más a las nuevas exigencias” (Pastor Bonus, 152).

Una alta misión, una gran responsabilidad encomendada por el Papa a nuestro Pontificio Consejo.

Caminando hacia el futuro - retos.

El Pontificio Consejo, en pocos años, ha realizado un intenso trabajo, admirado y apreciado por muchas personas y grupos.

En el futuro, el trabajo no será menor: un tema



agefred

Una compañía de

Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico
Gestión Técnica de la Energía
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037
E-mail: agefred@agefred.es

en el que deberá insistir el Dicasterio es el de su organización interna, creando los sectores convenientes según la finalidad institutiva, y teniendo muy presente los Retos.

La finalidad institutiva está señalada en el **Decreto Dolentium Hominum**. Es una finalidad "pastoral". Los retos se presentan en el campo donde debe realizarse esta pastoral: la salud y la enfermedad, todo el medio sanitario con su desarrollo vertiginoso, con su complejidad de estructuras y personas, con los consiguientes cambios e ideologías sobre la vida, la salud, la enfermedad, la muerte. Aquí está el campo de acción del Pontificio Consejo y desde aquí le llegarán los interrogantes, las llamadas a la reflexión, a la actuación.

Señalamos a continuación algunos retos que nos ayudarán a completar nuestro organigrama y a actuar eficazmente como Instrumento que anima, ilumina y coordina a nivel Internacional la Pastoral de la Salud.

1) El primer reto; es cultural. **De la Evangelium vitae** en adelante, a menudo se ha debatido sobre el par de expresiones hechas famosas por el Siervo de Dios Juan Pablo II: "**cultura de la vida**"- "**cultura de la muerte**"; esta última indica todas las formas de pensamiento, prácticas, instituciones y movimientos socio-culturales de índole materialista.

El reinar de estilos de vida que limitan el horizonte de la vida humana únicamente a su curso terreno es un fuerte reto de la época contemporánea al anuncio del Evangelio en general y a la pastoral sanitaria en particular: leyes permisivas como las del aborto y la eutanasia, la empresarialización de los hospitales/clínicas, la protesta contra la sanidad pública, o la pretensión de reducirla a un selfservice según las necesidades reales o presuntas de los ciudadanos, etc.

En dicho contexto, ¿cómo se puede garantizar la presencia pastoral de la Iglesia en las estructuras sanitarias que se inspiran en estas culturas?

¿Cómo hacer surgir la posibilidad de que el sufrimiento y el dolor pueden recibir un sentido positivo, que ellos pueden ser fecundos y constituir una riqueza interior y un testimonio de los valores elevados del sentido de la vida, del amor y de la solidaridad?

- 2) El cuidado de los enfermos y de los que sufren es a claras luces parte integrante de la misión de la Iglesia (DH, 1). ¿Cómo extender la presencia pastoral de la Iglesia en cada una de las estructuras sanitarias presentes en el territorio donde ella obra, pequeñas o grandes que sean?
- 3) Las instituciones sanitarias católicas son patrimonio precioso de la Iglesia y de la sociedad ya que garantizan los valores de la libertad, de la igualdad y de la solidaridad. Frente al fenómeno del envejecimiento de la población religiosa y de la vertiginosa disminución de las vocaciones, ¿cómo mantener y reforzar su existencia, extensión e identidad de testimonio de la caridad evangélica, garantizando siempre la calidad integral del servicio, sobre todo a los más necesitados?
- 4) Gracias a los progresos de las ciencias y de las tecnologías, la sanidad contemporánea conoce un desarrollo exponencial. Frente a la contradicción del persistir en muchas áreas pobres de enfermedades eliminadas en otras partes, así como a desigual goce de los beneficios del progreso médico-científico y tecnológico, la Iglesia ¿cómo puede mantener el paso de los desarrollos técnicos aplicados al ámbito sanitario en general y a la medicina en particular, especialmente allí donde la necesidad es impelente?
- 5) El mundo contemporáneo está dominado por el fenómeno de la comunicación. La Iglesia, ¿cómo puede recuperar, siempre en el ámbito sanitario, la capacidad de una comunicación pastoral al mismo tiempo eficaz y profética sin dejarse envolver en polémicas inútiles e infructíferas.

6) A los anteriores retos debemos señalar otros que inciden particularmente y de forma práctica en el quehacer diario del hospital. Son los siguientes:

- *Secularización de la Medicina*, con la consiguiente pérdida de mística y capacidad de atracción para el personal sanitario. Hoy no se va al enfermo principalmente por vocación, por misión, sino por otros motivos.

- *Deshumanización de la medicina*: existe una hipertrofia técnica. El hombre ha sido desplazado por la máquina, se ha creado una mentalidad técnica, donde lo impersonal, el stress y el sentirse un robot impiden el acercamiento al enfermo y realizar una asistencia integral. La asistencia va haciéndose cada vez más técnica y menos humana.

- *La falta de preparación ética en los profesionales* incide en criterios negativos en temas tan importantes para la vida como son la genética, la eutanasia, el aborto, la muerte. O temas que derivan de la profesión: la responsabilidad, el respeto, la justicia, la lealtad.

- *El Proyecto Pastoral*: A un hospital nuevo, a una medicina nueva, debe responder un proyecto pastoral nuevo; pensado para las personas en sus diversas situaciones de enfermedad; un proyecto que tiene muy presente los animadores y los medios modernos a través de los cuales podemos escuchar a Dios.

La acción pastoral requiere cauces que den amplitud, eficacia, permanencia. Apuntando a la necesidad, hemos de tener en cuenta que todas las estructuras son contingentes y por ello recambiables, deben servir la vida y renovarse con ella.

El proyecto debe tener presente el tipo de hospital, su dinámica, el tipo de enfermo que llega al mismo, la rapidez con la que pasa hoy el enfermo en muchos hospitales que hace pensar en un proyecto pastoral “de urgencia” para personas que permanecen poco tiempo en el hospital.

¿Qué cosa se puede hacer en el hospital? ¿Qué relación tiene el hospital con la Parroquia? Y viceversa.

- *Todos responsables*: El Concilio Vaticano II pide al Obispo y a los sacerdotes que cuiden “de los enfermos y moribundos, visitándolos y animándolos en el Señor” (PO. 6,8; LG. 38) El Derecho Canónico (Can. 529,1), recuerda a los párrocos el deber de asistir a los enfermos y hacerlo con generosa caridad. Esta solicitud pastoral la recuerda la Iglesia en sus documentos, en especial la **Exhortación Apostólica Cristifideles laici n° 53 y 54**, y en numerosos mensajes de la Jornada Mundial del Enfermo.

- *La Formación*: Es difícil realizar hoy una nueva evangelización, según el criterio que estamos indicando, si los agentes no poseen una formación pastoral de base y si ésta no se actualiza periódicamente. El Concilio Vaticano II ha insistido mucho en esta formación pastoral, e indica que todos los otros aspectos de la formación deben estar dirigidos a la finalidad pastoral (OT 4). En el decreto Apostolicam actuositatem n 28, 29 se dice que debe ser multiforme y completa, y adaptada a las diversas formas de apostolado (n 16-19, 31).

Los medios para esta formación hoy son muchos y variados; se forma desde la experiencia, desde la inserción en actividades pastorales donde existe una buena organización, coordinación y evaluación; esta es una cátedra muy importante. Se forma uno asistiendo a lecciones de buenos maestros, a cursos, cursillos, semanas de reflexión.

Para la formación en Pastoral Sanitaria con los grados académicos de Licenciatura y Doctorado en Teología Pastoral Sanitaria existe en el mundo sólo un Centro, el **Camillianum**, en Roma, dirigido por los padres Camilos. Enhorabuena porque también están naciendo en muchas naciones escuelas y centros de Pastoral Sanitaria e igualmente el que este tema esté integrándose en los seminarios e institutos de pastoral.

El Agente de la Pastoral de la Salud ha de conseguir una completa y adecuada formación. Los contenidos de la misión deben orientarse a una dimensión teológica-pastoral básica y a una adquisición de conocimientos especiales entre los que no puede olvidar la sociología en relación a las materias de salud, la psicología tanto del enfermo como de quienes están alrededor; el tema de humanización y bioética son esenciales para un buen ejercicio de Evangelización en el campo de la salud.

- La vocación: sentirse llamado a evangelizar este sector del mundo de la sanidad. No sirve sólo el mandato, el envío; es necesario que el evangelizador se sienta atraído, vocacionado. Desde la "vocación" nacerá después un gran deseo de preparación, de estudio, de preocupación, de entusiasmo. Si no hay ardor, es difícil la integración y la organización pastoral; se va al "mantenimiento" y no a la creatividad y menos aún a la profecía.

- La oración: La oración constante y perseverante, la conversión, son motores que dan fuerza, luz y entusiasmo al evangelizador; sin estos motores es difícil la evangelización, el evangelizador se convierte en un sociólogo, un psicólogo y no en un pastor. Un reto constante.

Conducir, guiar, animar, curar, sólo puede realizarse desde la oración y contemplación, desde la continua escucha de la Palabra de Dios. El evangelizador es un "experto" de Dios que lo ha visto, lo ha tocado, lo vive y lo da a los otros- evangeliza, es testigo del Dios vivo en medio de la enfermedad.

Los otros- enfermos, familiares, personal sanitario- deben ver y sentir el servicio pastoral, en las personas, un testigo que transmite con la vida la Buena Noticia, ésta: Jesús pasa y sana; Jesús pasa y acoge; Jesús pasa y salva.

El evangelizador no transmite algo como moneda falsa, sino real. Se trata de que mi vida sea como papel secante, que penetre y

no simplemente se moje. Todo va orientado a esto: Que los enfermos sean evangelizados. Pero antes los evangelizadores deben estar evangelizados. El Evangelio necesita hombres sencillos, humildes, "vulnerables", heridos, creíbles, entusiastas, enamorados de las cosas de Dios.

*- Ofrecemos aquí una versión ampliada de la conferencia dada el día 24 de septiembre en las XXXIV Jornadas Nacionales de Delegados de Pastoral de la Salud.

El evangelio de la salud* en una sociedad plural.

> P. Francisco Alvarez.

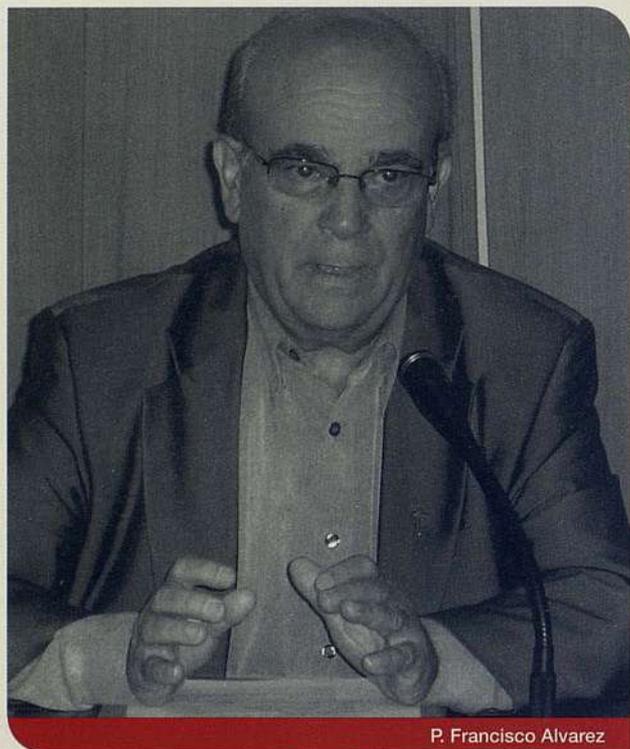
El título de esta intervención toma en consideración dos magnitudes o entidades muy complejas, de contenidos que es necesario precisar, y cuyas fronteras no son precisamente fijas y estables.

El pluralismo no es la nota que mejor define a nuestra sociedad. Es inherente a la condición humana. Ahí radica una de las fuentes de conflicto para la convivencia, atraída incesantemente por la comunión y por la discrepancia. En los tiempos de S. Bernardo, este doctor insigne elogiaba el “pensamiento único” afirmando que “donde hay unidad hay perfección”.

Y cuando el autor se refiere al “Evangelio de la salud” no se está refiriendo únicamente a los cuatro textos evangélicos, ni tampoco a ciertos contenidos de los mismos.

En realidad, como se verá, de lo que se trata es de todo el “acontecimiento” de Cristo y de una óptica o clave de lectura del mismo.

El P. Francisco Alvarez ha centrado la atención en aquello que considera esencial. Metodológicamente le ha parecido oportuno plantear ante todo dos interrogantes, añadiendo a continuación la tesis que se ha propuesto demostrar. ▶



P. Francisco Alvarez

1. Algunos interrogantes insoslayables.

¿Cómo se refleja en el mundo de la salud y de la sanidad aquel fenómeno de tintes dramáticos que **Pablo VI** cifró en la “ruptura entre Evangelio y cultura”¹? El interrogante es de máximo interés. El problema de mayor envergadura al que la Iglesia debe hacer frente en su misión evangelizadora es fundamentalmente cultural². Salud y enfermedad, sufrimiento y muerte son realidades constitutivamente culturales, condicionadas por tanto por una serie de factores que siempre, en cualquier época histórica, modulan y sustantivan el modo de vivirlas. Y esto, es decir, esos modos

es lo que hay que evangelizar³. Dicho de otra manera, lo que está en juego es, por una parte, la comprensión del mensaje de la salvación y, por otra, la transmisión/comunicación del mismo⁴, de tal forma que, como auguraba Pablo VI en la EN pueda conectar con los hombres y mujeres de hoy, hacerse creíble, y transformar la existencia individual y colectiva ofertando una nueva calidad de vida⁵.

Tocamos aquí una problemática de suma complejidad, nunca ausente en la historia de la teología, pero que hoy en día es percibida de forma más acuciante. Contemplada desde el mundo de la salud y de la enfermedad se convierte en una especie de surtidor de nuevas cuestiones. En ese mundo se dan los que **Juan Pablo II** denominó “acontecimientos fundamentales de la existencia”⁶, aquellos, por tanto, sobre los cuales construimos lo sustantivo de la vida, que pertenecen no sólo a nuestra manera de estar en el mundo (sanos o enfermos), sino a nuestra misma estructura antropológica. No pertenecen sólo al orden de lo que sucede y que podría no suceder, sino que están metidos en la entraña de nuestro ser. De hecho, mientras estamos en este mundo, no podemos ser de otra manera. Acontecimientos fundamentales, asimismo, que reclaman libertad y sentido, que entran, pues, de lleno en el ámbito de la fe y de las creencias, de los valores y de los estilos de vida.

Siendo así, se comprende más fácilmente que la historia de la salvación, como veremos, sea **también** la historia de nuestra salud y de nuestra enfermedad. En ella, además de los hechos, importan los significados. Salud y enfermedad nunca han de ser vistas como realidades absolutamente neutras. En la revelación bíblica no lo son.

1- EN 20.

2- También el testimonio de la propia vida, en la que la primacía ha de reconocérsele siempre a la caridad, necesita la explicitación del anuncio, por tanto, la evangelización de la cultura.

3- Cf. VC 83.

4- Cf. ÁLVAREZ F., Come dire il Dio della promessa realizzata?, en AA.VV. Dio è amore. Ma può soffrire?, Ediz. Camilliane, Torino 2008, p.178-180, y la bibliografía allí señalada. Cf. también “Narración y comunicación de lo religioso”, en “Iglesia Viva”, 220, 2004.

5-Cf. EN 4, 18, 19.

6- Cf. DolHom 2.

La Iglesia, experta en significados, se topa hoy con la gran cuestión de hasta qué punto los que ella transmite interesan de verdad a los hombres y mujeres de hoy, sanos o enfermos; hasta qué punto, además, tienen una capacidad de llegar a los centros vitales de la persona y transformarla desde dentro.

Tal vez sea el mundo de la salud y de la enfermedad el que más y mejor ha puesto en evidencia algunos límites de la reflexión teológica. Por ejemplo el haber privilegiado, quizás desproporcionadamente, aquellas cuestiones humanas que, como el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, planteaban interrogantes a la fe⁷, y haber descuidado en exceso aquellas que, como la salud, parecían teológicamente inocuas o por lo menos no preocupantes. Con ello, además de separar lo que Jesús unió en un solo mandato (evangelizar y curar), no ha visto en la salud un “lugar teológico” tan importante como el de la enfermedad⁸.

Visitar dicho lugar es hoy en día imprescindible para una adecuada comprensión de la **salvación**, que es el centro de nuestra fe, el quicio en torno al cual gira nuestra historia, lo que realmente distingue a unas religiones de otras. La salud, en cualquiera de sus dimensiones, nunca es ni será un bien último, sino más bien penúltimo⁹, sin embargo es una de las expresiones o traducciones privilegiadas de la salvación.

Mientras la reflexión teológica no consiga una verdadera recuperación de la salud en la comprensión y transmisión del mensaje, correrá el peligro de desviar su atención hacia terrenos definitivamente perdidos. Por ejemplo, sería anacrónico pretender el protagonismo que durante siglos ha tenido sobre todo en la vertiente asistencial;

no sería, pues, acertado añorar una “**gestión cristiana de la salud**”, al margen de la autonomía de las realidades terrenas.

Pero, tal vez, lo más grave y más difícil de ponderar es que, especialmente en ciertos ámbitos y cuestiones, la Iglesia pueda tener la sensación de haber perdido su lugar, de no saber bien cómo colocarse, de un cierto extrañamiento.

Las muestras de esto son cotidianas y algunas remiten muy hondo; así, la falta de un modelo de salud inspirado en el Evangelio, la pérdida de sintonía con los modos de vivir hoy la salud, la inadecuación de su lenguaje o de sus propuestas en el terreno de la bioética, el diálogo (que a veces parece imposible) entre la fe y las ciencias de la salud, la progresiva desaparición de símbolos o presencias en las instituciones sanitarias (que sugieren la sensación de que la Iglesia “está” allí de incógnito...).

2. El “Evangelio de la Salud”, un gran kairós.

De entrada una precisión, aunque la supongo innecesaria: la expresión Evangelio de la Salud no excluye la realidad de la enfermedad. Es decir, no se trata de una edulcoración del mensaje cristiano. Analógicamente (y con la distancia que se quiera) con lo que sucede con el **Evangelio o Buena Noticia de la Salvación**, el concepto de salud aparece irremediamente emparejado con el de enfermedad: el uno es incomprendible

7- Cf. ÁLVAREZ F., Salud, enfoque teológico, en BERMEJO J.C. – ÁLVAREZ F. (ed), Diccionario de Pastoral de la Salud y Bioética, S. Pablo, Madrid 2009, p. 1528-1540.

8- Cf. HÄRING B., La fe fuente de salud, San Pablo, Madrid 1990, p. Cf. también PAGOLA J. A., Es bueno creer. Para una teología de la esperanza, San Pablo, Madrid 1996, p. 115.

9- Cf.. CEI (Conferencia Episcopal Italiana), Educare alla salute, educare alla vita, Edizioni Camilliane, Torino 2009. Cf. SGRECCIA P., La dinamica esistenziale dell'uomo. Lezioni di filosofia della salute, Vita e Pensiero, Milano 2008, p.261-266.

sin el otro¹⁰; más aún, el acceso a la experiencia de la salud pasa a menudo por la de la enfermedad: es de hecho ésta la que pone en evidencia al cuerpo y lo “despierta” de sus distracciones y de sus silencios desapercibidos; en palabras de **M. Foucault**, es lo anormal lo que nos hace descubrir lo normal¹¹. Algo parecido sucede con la salvación. Se vaciaría de sentido si no fuera justamente porque remite a experiencias que, de suyo, no son buena noticia: el pecado, la adversidad. Dicho escuetamente: la salvación comporta la necesidad de ser salvados y la existencia de pecadores.

Ahora bien, dentro y más allá de estas cuestiones aparentemente conceptuales, la expresión **Evangelio de la Salud** sugiere, de entrada, un giro en la reflexión teológica bíblica.

En primer lugar, porque propone una lectura en clave de salud de toda la historia de la salvación. Obviamente, también del AT. Novedad importante, no sólo porque ve en el Dios que salva al Dios que sana¹², sino porque hace de ella un objetivo constante: El Dios que salva (siempre), también es la salud del hombre (siempre). En segundo lugar, porque la afirmación de la salud como objetivo permanente significa que no siempre es el “resultado” de una curación; es decir, no se trata de salud recuperada sino de “salud potenciada”. Por tanto, de una salud que es camino hacia la plenitud de lo humano. El Dios que cura (“**Yo soy Yahvé tu médico**”), es el Dios aliado de lo humano, que da una nueva calidad de vida, el Dios de la salud.

Por tanto, la expresión “**Evangelio de la Salud**” nos remite a un modelo de salud: el modelo cristológico, cuyas características veremos. Conviene resaltar ahora, de entrada, la primera.

Es una salud nueva, porque no se trata sólo de restaurar lo que estaba deteriorado o de recuperar lo que se había perdido. Del mismo modo que en el proceso de la salvación por parte de Dios se dan tres momentos (situación de adversidad/pecado, intervención salvadora y nueva situación)¹³, así también en el proceso de la salud hay que subrayar ese tercer momento: las acciones saludables y terapéuticas de Dios generan algo nuevo, producen un salto de calidad, tienen como objetivo la promoción de lo humano, su conducción a la plenitud.

Ahora bien, subrayamos asimismo que esa nueva situación es saludable (y salvífica) precisamente porque se afirma en la debilidad, porque ayuda a integrar lo negativo y adverso, a vivir desde el límite y no sólo desde las posibilidades, porque es posible encontrar Gracia en la desgracia. Por eso, el Evangelio de la Salud será siempre la buena noticia de la nueva salud.

Un objetivo guiará, pues, nuestra reflexión: demostrar que la recuperación del Evangelio de la Salud se nos ofrece como un verdadero kairós, ante todo para reafirmar la dimensión histórica, existencial y praxica de la salvación. Esta se hace creíble en la medida en que toma cuerpo en el cuerpo, conecta con los centros vitales de la persona, y responde a la sed de felicidad y de plenitud. Está siendo también una oportunidad que ayuda a descubrir la dimensión terapéutica y saludable de la Iglesia, prolongación en el tiempo de la nueva salud.

Todo ello, obviamente, podrá favorecer una acción evangelizadora con un mayor arraigo antropológico, más atenta a las necesidades y aspiraciones del ser humano. Es imposible evangelizar sin adentrarse en el camino más transitado

10- Cf. SHAEFER H., Salute, en RAHNER K., (ed) Enciclopedia teologica, Brescia 1977, p. 318.

11- Cf. FOUCAULT M., La nascita della clinica, Einaudi, Torino 1969.

12- Cf. Ex 15, 26: Yo soy Yahvé, el que te sana.

13- Cf. MARTÍN VELASCO J., Mundo de la salud y evangelización, en DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD, Congreso Iglesia y salud, Edice, Madrid 1995, p. 221.

por todos los seres humanos: el de la búsqueda de una salud más plena y más humana. También es éste el camino que la Iglesia debe recorrer en el cumplimiento de su misión¹⁴.

3. Itinerario a recorrer.

Repartiremos nuestra reflexión en tres momentos. El primero será más bien de orden metodológico. Puesto que no podemos hacer una lectura exhaustiva de dos entidades tan complejas como el mundo de la salud/sanidad y la sociedad plural actual, es importante encontrar una clave de lectura, una especie de paradigma, que sirva de elemento interpretativo integrador, aunque dialéctico. Se trata, pues, de abrir una ventana que amplíe la visión de ambas realidades sin pretender ponerle vallas al campo.

El segundo momento tiene un cierto carácter “**diagnóstico**”. Se centrará básicamente en discernir las afinidades y discrepancias entre la actual (o actuales) cultura de la salud y el Evangelio de la Salud. Tal vez descubramos que, aunque sea a menudo por vías tortuosas o indirectas, muchos hombres y mujeres de hoy en el fondo no están tan lejos del Evangelio... de la salud.

En el tercer momento, central en nuestra exposición, nos adentraremos en el Evangelio de la Salud marcando solo -por razones de necesaria brevedad- algunas de las características más relevantes del modelo cristológico de salud.

4. Claves de lectura: búsqueda de un paradigma.

La palabra del teólogo y/o del creyente no será significativa ni creíble si no es fiel a la realidad. Esta reclama siempre de parte de ellos una atención, al mismo tiempo apasionada y lúcida, interesada y objetiva. Al final, casi todo depende de la mirada y de la perspectiva en la que cada cual se coloca.

Lo real no deja de ser objetivo incluso cuando no puede ser verificado; y se banaliza o se desvirtúa cuando, además de los hechos, no se tienen igualmente en cuenta los significados; es decir, cuando en la interpretación de la realidad (la que fuere) no entran legítimamente en juego las valoraciones. Todo esto tiene una aplicación especial, por ejemplo, en el campo de la bioética y en cuestiones tan relevantes como el “**diagnóstico**” de la salud espiritual y la atención a las necesidades espirituales, donde lo más relevante no es siempre objetivable¹⁵. De ahí la importancia de encontrar claves hermenéuticas que nos ayuden a adentrarnos en el espesor de realidades complejas. En nuestro caso, la sociedad actual, en relación con la salud.

Ninguna por sí sola se muestra como herramienta suficiente, cada una deja zonas oscuras. Basten dos ejemplos. La del pluralismo no tiene en la debida cuenta el fenómeno cada vez más difuso y extendido de un cierto “**pensamiento único**”, de múltiples aplicaciones (a menudo insanas) en la cultura de la salud: que impone desde fuera unos cánones e ideales de salud, unos estilos de vida, una determinada cultura/culto del cuerpo, una alarmante justificación del consumismo y del hedonismo, una gestión insolidaria e inmediateista de la economía, una progresiva disociación incluso enfermiza entre libertad y responsabilidad.

14- Cf. RH 14, 21..

15- Sigue siendo inútil – hoy más que nunca – preguntarse en qué “parte” de nuestro cuerpo están el alma, el espíritu... Y, sin embargo, nada nos identifica y define tanto como seres humanos, dotados, eso sí, de una corporalidad bien visible.

Tampoco da razón suficiente la apelación a las contradicciones, aunque éstas sean cada vez más evidentes en nuestra sociedad y cultura.

Contradicciones e incoherencias forman parte del patrimonio genético humano y de la trama de la historia de la humanidad. No es difícil descubrirlas, pero es arriesgado atribuirles una fuerza identitaria única. ¿Quizás porque hoy son más evidentes o evidenciadas? Contradicciones flagrantes, por ejemplo, entre los esfuerzos por promover la vida, prolongando su calidad y su duración, y al mismo tiempo la obstinación terapéutica o la justificación de la eutanasia; entre la ciencia que hace viable un feto de 24 semanas y la ley que despenaliza su eliminación en ese mismo tiempo; los enormes esfuerzos invertidos en el culto y cuidado del cuerpo y los estilos de vida insanos o patológicos...

Todo ello remite a un rasgo cada vez más extendido en nuestra sociedad y cultura postmoderna occidental: el de la "fuzzy logic". No pocos autores describen a nuestra sociedad y cultura con el calificativo de "líquida"¹⁶, viendo en él un nuevo paradigma, a la vez sugerente y aleccionador, capaz de dar razón de modos hoy en día muy difundidos de vivir la salud y la enfermedad.

Con la postmodernidad parece que han desaparecido los así llamados sistemas "binarios" (bueno malo, justo injusto, mente cuerpo, sujeto objeto...); se han diluido también los grandes relatos, los esquemas universales de pensamiento, los principios absolutos e imperecederos. Ahora todo es líquido, es decir, adaptable al recipiente (el individuo), acomodable, reversible, mutable o sencillamente provisional; por tanto todo deviene de alguna manera relativo, con una fuerte carga de subjetividad y de emotividad¹⁷, carente de solidez, oscilante.

De este paradigma pueden hacerse no pocas lecturas. Haríamos mal en exorcizarlo, ante todo por su fachada "light", es decir, débil, ligera... Detrás de ella no es difícil descubrir algunos mensajes que la teología pastoral de la salud (y de la enfermedad) habrá de atender. Por ejemplo, yendo en seguida a lo más básico, ponen en tela de juicio una visión excesivamente atemporal y fixista del hombre, el cual es también constitutivamente historia, por tanto, algo "inestable", evolutivo, cambiante. Se olvida fácilmente que lo calificado como nuclear y permanente también es histórico.

No sirven por tanto aquellas antropologías de la salud (y de la enfermedad) que no tienen en la debida cuenta la dimensión biográfica, por tanto al sujeto y su capacidad de apropiarse significativamente de esas realidades. Ambas han de verse, por tanto, como un continuum evolutivo, como algo profundamente existencial, hasta el punto de que los seres humanos somos los únicos capaces de vivir la enfermedad como experiencia saludable, o la salud de forma enfermiza.

5. Modos de vivir la salud que nos interpelan...

*"Una teología bien fundamentada bíblicamente tiene que ser capaz de realizar un diagnóstico certero del hombre y del momento histórico"*¹⁸. Dicho genéricamente, es cierto; pero aun lo es más aplicado a la teología pastoral de la salud. La ausencia de un buen diagnóstico ha influido negativamente en la evangelización de ese mundo, y también en la propuesta moral del mensaje cristiano.

16- Cf. sobre todo BAUMAN Z., *Modernità líquida*, Laterza, Roma-Bari 2002.

17- Cf. RUSSO M.T., *Salute e sanità nell'attuale contesto culturale*, en AA.VV. *Solidarietà e giustizia in sanità*, Ediz. Camilliane, Torino 2006, p. 91.94.

18- HÄRING B., *Liberi e fedeli in Cristo*, Paoline, Roma 1982, p. 82.

Seguramente una de las lagunas de la reflexión teológica y de la praxis pastoral ha consistido en una polarización en la vertiente moral o, quizás mejor, en una interpretación moralizante del Evangelio.

Se ha descuidado algo básico: la aceptación de la salvación comporta también aceptación de su dimensión terapéutica y/o saludable. Digámoslo más concretamente. La adhesión al Reino y a Cristo nos pone en actitud de conversión constante, y ésta no será auténtica mientras el creyente no viva un estilo de vida santo y saludable, mientras no cuide su salud espiritual.

El no haber tenido en cuenta suficientemente la relación estrecha entre salvación y salud, seguramente ha provocado en no pocos casos que haya sido tratado como pecado o pecaminoso lo que era básicamente patológico; o dicho en positivo, que en la búsqueda, incluso exagerada,

de salud no se haya visto una demanda o ansia de salvación; o que el confesionario no haya sido también lugar de terapia espiritual.

¿Qué hay detrás de ciertos modos de vivir y desear la salud? Es lo que vamos a tratar de responder, fijándonos únicamente en algunos rasgos de la actual cultura de la salud.

La salud posible y la salud perfecta...

Una de las notas de la condición humana consiste en una especie de tensión radical que nos habita por dentro. Mejor dicho, querámoslo o no, somos así: seres tendidos entre polos no necesariamente opuestos pero sí distantes. Por una parte, el "peso de lo real", la seriedad de la vida, nuestra condición finita y contingente, la experiencia del límite y de la precariedad con su casi infinita variedad de rostros...

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

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

Por otro lado, somos capaces de vivirnos siempre en situación de emergencia, autotranscendiéndonos, con nostalgia de infinito y sed insaciable de plenitud. Uno de los campos de batalla de este permanente combate, en el que lamentablemente somos también capaces de anestesiar y sofocar la tensión, es el de la salud (y la enfermedad).

Ahora bien, una de las diferencias con respecto a otros tiempos consiste en la simultaneidad, a menudo desapercibida, con que hoy en día lo distante y distinto convive pacíficamente con su "opuesto". Lo que se subraya no es la contradicción interna sino más bien la capacidad de compatibilizar forzosa o voluntariamente experiencias diferentes entre sí. Un muestrario de ejemplos nos ayudará a comprender mejor este fenómeno que aquí solo podemos apuntar sin demasiados matices.

El título de este apartado podría haberse enunciado de varias maneras. He aquí algunas: **"salud escondida"** (G-H Gadamer) y salud idealizada; salud biológica y salud biográfica; **"silencio del cuerpo y de los órganos"** (Lain Entralgo); **"cuerpo ignorado"** (G. Abram) y **"culto del cuerpo"**; estilos de vida sanos y **"salutismo"**; **"hacer vivir"** y **"hacer vivir bien"**; **"medicina de las necesidades"** y **"medicina de los deseos"**; **"Health"** y **"fitness"** (salud y estar en forma); **"salud ética"** y **"salud estética"**...

Estas expresiones sugieren ante todo la condición única y original del ser humano, por tanto la imposibilidad de reducirlo a una sola de sus dimensiones. Cuando decimos salud biológica, estamos refiriéndonos evidentemente al buen funcionamiento del cuerpo; pero esa salud en realidad no existe separada del sujeto, incluso cuando éste (precisamente porque es silencio...) no es consciente de ella. Es el sujeto quien, apropiándose de su corporalidad, aplica a su salud (también biológica) otros conceptos como: bienestar, integridad, felicidad, plenitud...

La complejidad antropológica y existencial de la salud radica en esa apropiación o en el protagonismo ejercido por el sujeto. Cada vez es más

difícil hacer un diagnóstico certero, que tenga en cuenta todas las variables, entre otras razones, porque la herramienta del **"modelo biomédico"** ya no es suficiente; es preciso recurrir al **"modelo relacional"** (por tanto, en buena medida, metabiológico). Es decir, en el diagnóstico se incluyen los así llamados **"centros vitales"** de la persona, por ejemplo su tejido relacional, la libertad, la capacidad de amar... Por eso la pregunta por la salud es y será siempre una pregunta sobre el hombre mismo. La salud viene a ser como una especie de **"epifanía"** (revelación) de su ser íntimo.

En los modos actuales de vivir la salud se revelan de hecho aquellos polos. También el hombre de hoy es remitido constantemente al realismo: sigue enfermando y muriendo, aparecen nuevas patologías, ha de renunciar a la fe ciega en el progreso y, seguramente también, a acunar sueños utópicos (por ejemplo el del control definitivo sobre el envejecimiento y, de alguna forma, la muerte). Este realismo tiene mucho que ver con el primero de los aprendizajes vitales: el de acertar a ser hombres y serlo cumplidamente.

Por el otro lado, el diagnóstico debe ser capaz de escrutar la fuerza reveladora de lo que podríamos llamar también **"búsqueda de la salud perfecta e imposible"**. Hacia ella apuntan algunos de los fenómenos que hemos mencionado. Así, por ejemplo, cuando aludimos a la **"medicina de los deseos"** (en contraposición a la **"medicina de las necesidades"**), estamos apuntando con el dedo no sólo a un hecho socio/cultural sino al corazón mismo de la condición humana, aquí y ahora. Parece demostrado que la búsqueda y consumo de salud no tienen límites: ni cuantitativos ni cualitativos. La cultura actual, además, está favoreciendo un salto de calidad: de la superación de barreras otrora infranqueables (se moría de enfermedades hoy considerada banales o desaparecidas) al **"suministro"** de una nueva salud que perfecciona el cuerpo no enfermo y sus prestaciones, que atiende no sólo a las funciones sino también a algo tan subjetivo como la **"fitness"** (**"estar en forma"**), que responde a los cánones de la salud ideal o idealizada.

Y cuando empleamos la expresión “salutismo”, no estamos aludiendo solo a una búsqueda exasperada incluso paroxística de la salud. Detrás de ella, aunque sea por vías equivocadas, se esconde un ansia de eliminar cuanto de incierto, inseguro y precario tiene el recorrido de nuestra salud.

Algo parecido, con mayor razón habríamos de decir de la acentuación prácticamente indiscutida de la calidad de vida, que para no pocos se ha convertido incluso en el criterio hermenéutico de valor de la vida misma. Bien es cierto que ese concepto se ha ido deslizado cada vez más hacia interpretaciones materialistas (capacidad de producir, de poseer y de consumir, de manejar desenvueltamente el propio cuerpo, prestancia física...), descuidando otras componentes más profundas como las relacionales, espirituales y religiosas¹⁹.

Esto sin embargo no debería llevarnos a ignorar que, también ahí, se revela la originalidad incomparable del ser humano: puede equivocarse en la búsqueda del bien, dejándose seducir por sus sucedáneos (o por el mal); pero en el fondo del error (que no es necesariamente el fondo del pozo) hay un eco de “otra” búsqueda, una nostalgia de “algo” inalcanzable en este mundo. También ahí está vivo, aunque parezca irreconocible, el “*cor inquietum*” (S. Agustín).

¿No hay, pues, detrás y dentro de todo esto una demanda o una especie de barrunto de la salvación?²⁰ Cabría dudar si fuera solo “esa” la salud que tantos hombres y mujeres de hoy desean. Pero hay más. Subliminal o abiertamente, hay ahí más que indicios de una sed de plenitud que, aunque parezca a menudo excesivamente ligada al cuerpo, apunta sin embargo también a los centros

vitales de la persona. ¡Cuántos desearían una libertad que no tienen, o una liberación de esclavitudes patológicas y patógenas! ¡Cuántos ansían en el fondo verse liberados de su vacío existencial, sanar su tejido relacional, superar desagradables experiencias de sinsentido, despertar de letargos...!

La salud como religión, y la salud en la religión.

Nunca, a la largo de la historia, ha existido una verdadera separación entre religión y salud. Tampoco hoy en día, a pesar del fenómeno galopante de la secularización, por lo menos en la sociedad occidental. La afinidad, incluso el reclamo de la una hacia la otra sigue existiendo, aunque con expresiones diferentes. El asunto reviste una especial importancia de cara a nuestro tema. Veamos, pues, en primer lugar, algunos de los motivos subyacentes al carácter “religioso” de la salud, y seguidamente algunas de sus expresiones.

Quiérase o no, incluso en las visiones más reduccionistas y/o materialistas de la salud y de la enfermedad, salud y enfermedad siempre remiten más allá de sí mismas, reclaman un cierto lenguaje de totalidad, insinúan unas veces los agujeros negros de la vida, otras veces el esplendor de la existencia humana... Detrás del camino triunfal de la medicina convencional quizás se insinúa el sueño de un paraíso perdido o que tardará en llegar, pero que no faltará a la cita. Y en el corazón de los fracasos, de la adversidad tozuda o de la muerte prematura (o injusta) no siempre resulta difícil escuchar el grito del desespero, a menudo en forma de oración suplicante...

La vivencia de la salud como una “religión” destaca ante todo el hecho de que la nuestra es una

19- Cf. EV 23.

20- Cf. UFFICIO CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Domanda di salute, nostalgia di salvezza*, Ediz. Camilliane, Torino 1998. De día en día hay mayor unanimidad en esta lectura, es decir, la que en el deseo de una salud perfecta, liberada, integral... descubre la sed de salvación también en nuestra sociedad. Véase, por ejemplo y desde diferentes ópticas: GRESHAKE G., *Libertà donata, Queriniana*, Brescia 1984, p. 14; SANDRIN L., *Frágil vida. La mirada de la teología pastora*, CEHS-PPC, Madrid 2008, p. 104-106.

sociedad aquejada por un cúmulo de fragilidades, que tienen su cuna por supuesto en la vulnerabilidad ontológica²¹ y en el agujón permanente del pecado²²; fragilidades hoy en día condicionadas o avivadas por toda una serie de factores y que dibujan un diagnóstico poco halagüeño, como ponen de manifiesto los resultados de una elemental radiografía. Cuando se dice que la nuestra es una “**sociedad enferma**” no se apunta con ello a la suma de patologías sino más bien a una especie de “**ecología humana patológica o patógena**”, a un hogar colectivo insano, donde el contagio es difícilmente evitable, incluso por ser a menudo desapercibido o latente. Se trata en todo caso de fragilidades que cursan especialmente en el vasto campo psico-espiritual, y que afectan por tanto a lo más nuclear de la persona: la espiritualidad, el sentido de la vida, los valores, las relaciones interpersonales, el manejo o vivencia del tiempo, la vida afectivo emocional.

Una de las paradojas de esta situación radica, por un lado, en que se trata de patologías, en muchos casos de larga incubación, latentes y aparentemente inocuas por mucho tiempo, pero con efectos nocivos reales; y, por otro, en que pueden convertirse en una especie de *modus vivendi*, con el que se convive forzosamente, buscando los efectos compensatorios -que no curativos- de los numerosos sedantes de que dispone la sociedad actual: el consumismo, las distracciones, la evitación y/o remoción etc.

Tal vez sea cierto que la nuestra es una sociedad de satisfechos insatisfechos. Lo que sí parece cada vez más evidente es que vivimos en una “**sociedad terapéutica**”²³. El referente es siempre la salud. Todo ha de ser saludable y/o curativo.

No hay mejor parámetro que ese: la salud -siempre tan escasa o escurridiza- elevada a la categoría del máximo bien, paradigma de la felicidad, señal de identidad y símbolo del hombre logrado. Y, por el lado contrario, lógicamente, la exorcización o evitación de la dimensión oscura, paciente y dolida de la vida, con su cortejo de compañeros incómodos. Por supuesto, de la muerte.

La elevación del rango de la salud a la categoría de una especie de nueva religión ha “**plagiado**” de alguna manera ritos, normas y credos de las religiones oficiales.

Así, a modo de ejemplo. Tiene sus sacerdotes: los que poseen las llaves del tabernáculo de la salud y de los secretos en buena medida vedados a los demás; por supuesto, también sus herejías: los que se desvían de los cánones ideales de la salud y de la obediencia a las prescripciones; tienen por tanto también sus mandamientos y pecados; abundan asimismo los movimientos ascéticos: los cilicios de antaño se mudan en dietas torturadoras o en cirugías perfectivas, en todo caso cualquier sacrificio que sea agradable a la diosa *hygheia*; y no faltan por supuesto las campañas misioneras, que apelan por igual a la sabia cautela que previene y a alarmas poco razonables²⁴.

Más aún, se ha ido extendiendo progresivamente un nuevo “**ex opere operato**” secular: la eficacia atribuida a los sacramentos, ahora se la espera de ciertas prácticas que infaliblemente habrían de ser saludables y prevenir la enfermedad (la dieta, el ejercicio físico, el relax etc.).

Este fenómeno (la salud como religión) coincide con otro no menos importante: **la salud en la religión.**

21- Cf. CLAVEL J. M. El animal vulnerable. Invitación a una filosofía de lo humano, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 1997, pp. 256-257. También, TORRALBA F., La cura di sè. Prospettiva etica, en SANDRIN L. - CALDUCH-BENAGE N., TORRALBA F., Aver cura di sè, EDB, Bologna 2009, p. 67.-76.

22- No podemos olvidar que, para el creyente en Cristo, la historia - la única de la que tenemos experiencia - es historia de salvación, marcada por tanto por el peso permanente del pecado, última raíz del mal.

23- Cf. DUCH LL., Salud, enfermedad y religión, en ANRUBIA E. (Ed.), La fragilidad de los hombres: la enfermedad, la filosofía y la muerte, Ed. Cristiandad, Madrid 2008, p. 128-130.

Es decir, la búsqueda de la salud en o a través de la religión. Lamentablemente sólo podré ofrecer algunos datos y rasgos del mismo. Se trata, de hecho de un fenómeno muy complejo y, al mismo tiempo, enormemente heterogéneo.

En él confluyen de alguna manera -dicho muy escuetamente-: la reflexión teológica cada vez más atenta a la relación estrecha entre salud y salvación, por tanto entre la fe (y sus prácticas) y la salud en sus diferentes dimensiones²⁵; también se dan cita ahí los movimientos y corrientes espirituales en ámbito católico y protestante que practican habitualmente las liturgias de sanación; en tercer lugar, merecen especial relieve todos los estudios e investigaciones, realizados cada vez con mayor rigor, que intentan poner de manifiesto la relación eficaz entre la oración (en diferentes expresiones) y la salud, con una producción bibliográfica desbordante; entre estos, aunque quizás en capítulo aparte, habría que mencionar a autores que, basándose en su experiencia personal, han contribuido a hacer patente dicha relación; así, por ejemplo **Larry Dossey**, **Bernie S. Siegel** y **Norman Cousins** en EE.UU o **Mario Albisetti** en Italia. Finalmente, el fenómeno más “provocador”: el de las así llamadas nuevas “religiones terapéuticas”, que en su conjunto constituyen (valga la expresión) una especie de cajón de sastre: no siempre se trata de religiones y, por supuesto, tampoco son normalmente sanadoras en un sentido estricto.

No resulta fácil encontrar un denominador común en tanta diversidad. Ni lo pretenderemos. Ahora bien, sin entrar en matices, estos fenómenos coinciden, en el tiempo, con tres factores, cuya importancia habremos de tener en cuenta.

El primero de ellos: la insuficiencia de la ciencia ante las aspiraciones humanas más profundas, en nuestro caso, la incapacidad de la medicina y

del sistema médico convencional de dar respuesta cumplida al **deseo hondo** de una salud plena y a la curación de patologías muy radicadas en la persona, como el “mal de vivir”, el vacío existencial, las heridas íntimas de la memoria y del corazón²⁶. En segundo lugar, la elevación de la salud al rango de valor supremo coincide, también en el campo católico, con un cierto relativismo dogmático y moral.

Cuanto más se devalúa la “doctrina” más se acentúa la búsqueda de felicidad y de bienestar; la soteriología puede derivar hacia una especie de “salutología”, y la liturgia convertirse en psicoterapia; como si las religiones tuvieran que medirse únicamente por su capacidad sanadora, terapéutica y saludable. ¿Salud contra la fe? ¿Salud al margen de la verdad? Si así fuera, la salvación perdería su originalidad: en vez de redención sería autoredención, y la liberación autoliberación²⁷.

En tercer lugar -la otra cara de la misma moneda - es preciso reconocer que ciertos excesos de hoy o los riesgos a que acabo de aludir se han fraguado en parte en algunos capítulos de la así llamada “crisis de las religiones oficiales”.

En el tema que nos ocupa no es ajeno a ello, como ya hemos señalado, el poco relieve dado en la reflexión teológica y en la evangelización a la dimensión salud, a la relación estrecha entre ésta y la salvación, por tanto al valor saludable (e incluso terapéutico) de la liturgia, de la oración, de la pertenencia afectiva y efectiva a la comunidad, de la solidaridad experimentada y ofrecida en primera persona...

En este sentido la mayor provocación nos viene de las ya citadas “religiones de curación”. Se trata de un conjunto complejo y muy variado, distante en no pocos casos de las coordenadas fundamentales de la fe cristiana, pero que giran (en general)

24- Cf. RUSSO M. T., o.c. p. 99.

25- Como son la “teología terapéutica” o la teología de la salud.

26- Cf. LEONE S., La medicina dei desideri, en “Camillianum” III, 8 (2003), p. 249-271.

27- Cf. FORTMANN H., Salute e salvezza. Vita religiosa fra equilibrio e nevrosi, Herder-Morcelliana, Brescia 1969, p. 86.

en torno a la convicción del valor sanador de la fe y de la espiritualidad²⁸.

Su importancia, tanto en el primer como en el tercer mundo, es comúnmente reconocida, por su rápida difusión, por la capacidad de atracción que tienen sobre personas y colectividades²⁹ y por su fuerza provocadora. Su oferta constituye, por un lado, una especie de diagnóstico de las actuales patologías sociales y espirituales y, por otra, intenta colmar vacíos existenciales, religiosos y espirituales tal vez descuidados por las religiones oficiales. Sus motivaciones parecen señalar o denunciar una sed de identidad, de seguridad (no sólo material), de sentido de pertenencia a un grupo humano que ofrece una cierta comunión de valores y de aspiraciones y, cómo no, promesas de curación y de nueva felicidad.

Llegados a este punto retomamos el interrogante inicial y el propósito que guía estas reflexiones, y que, a las puertas del tercer momento de nuestro recorrido, puede ahora formularse así: ¿Qué relación hay entre la salud vivida y deseada por los hombres y mujeres de hoy y el Evangelio de la salud?

O también: ¿pueden encontrar en él una respuesta satisfactoria también los no creyentes? A estos interrogantes intentan responder las páginas que siguen³⁰.

6. El “Evangelio de la salud”: Oferta de la “nueva salud” a todos.

En el marco de la salvación.

La dimensión salud debe coincidir necesariamente con el reconocimiento de la centralidad de la salvación. Esta, y no aquella, es el bien último, definitivo y esencial que Dios no niega a nadie, el marco donde han de colocarse las demás realidades humanas, la perspectiva desde la cual contemplar e interpretar la historia de Dios con los hombres y la nuestra con Dios. No en vano se trata del centro de la fe y del mensaje cristiano. Por eso la recuperación de la dimensión salud coincide con un cierto giro en la comprensión teológica de la salvación.

Digámoslo de forma sencilla y excusándonos de no poder introducir matices tal vez necesarios. La salvación viene “de arriba”. Su carácter trascendente es indiscutido. Trae, por tanto, los signos de identidad propios de Dios (o al menos, indicios): es gratuita, va más allá de las expectativas humanas, inconmensurable y sorprendente; no podría (o no debería) ser inventada por los hombres como proyección de sus necesidades y aspiraciones insatisfechas. Una salvación, pues, a la medida de Dios.

- 28- Ofrezco a este respecto una pequeña referencia bibliográfica: DERICQUEBOURG R., Religions de guérison, Cerf, Paris 1988. DERICQUEBOURG R., Croire et guérir. Quatre religions de guérison, Dervy, Paris 2001. JAVARY C., La Guérison. Quand le salut prend corps, Ed. du Cerf, Paris 2004. FIZZOTTI E., Religione o tera-pia? Un eterno problema emergente... en FIZZOTTI E. (a cura di) Religione o terapia? LAS, Roma 1994. FIZZOTTI E., Ricerca della felicità o conquista della salvezza? Appunti per una lettura psicologica, en “Anime e Corpi”, 195, (1997) 7-31; e 198 (1998), 435-460. INTROVIGNE M., I nuovi movimenti religiosi e le loro pro-poste terapeutiche, in FIZZOTTI E. (a cura di), Religione o terapia?, LAS, Roma 1994, pp. 37-54.
- 29- Bien conocido es el fenómeno de numerosos países donde muchos abandonan la Iglesia y desembarcan en ellas.
- 30- Por tanto dejo expresamente de lado las cuestiones más directamente relacionadas con la pregunta ¿por qué es saludable creer?, o bien ¿hasta qué punto la fe es fuente de salud? Puede consultarse con provecho, por ejemplo la siguiente bibliografía. ALVAREZ F., El Evangelio de la salud, San Pablo, Madrid 1999; HÄRING B., La fe, fuente de salud, Paulinas, Madrid 1986; DOMINGUEZ C., - URIARTE J. M., NAVARRO M., La fe, ¿fuente de salud o de enfermedad?, Idatz, San Sebastián 2006.

Pero también a la medida del hombre, puesto que “baja” y asume la forma humana en Cristo, entra en la historia y se hace historia, encuentra al hombre allí donde se encuentra, toma cuerpo en su cuerpo, penetra las biografías individuales y la historia del pueblo. Una salvación, pues, a la medida del hombre, en este mundo y para este mundo³¹. Para decirlo no basta una palabra, ni un solo gesto. La salvación tiene en este mundo muchos nombres: desde el vaso de agua dado al sediento hasta el perdón de los pecados, desde la curación de una enfermedad al reencuentro del sentido de la vida...

Uno de los nombres privilegiados de la salvación es la salud: la nueva salud.

Cristo viene, pues, como salvador, único y original. De tal manera que en él y sólo en él puede afirmarse que no hay contradicción alguna entre lo que es y lo que hace. Salva porque es salvador. Todo en él y por él es salvífico: su palabra, sus gestos, su persona. La salvación va indisolublemente unida a él. No hay en ello forma alguna de extrinsecismo.

De forma análoga puede decirse lo mismo en relación con la “nueva salud”. También esta ha de verse ligada a su persona³² y no sólo a los gestos terapéuticos o taumatúrgicos a favor de los enfermos. Todo en él es y resulta saludable. Todo su misterio y/o acontecimiento lleva esta impronta

imborrable, y no sólo la actividad ministerial realizada en el breve tiempo de su camino hacia Jerusalén. Por ello, no dudo en afirmar que, de la misma manera que él es la salvación, así también él es la “nueva salud”.

Esto quiere decir, entre otras cosas, que al mismo tiempo que subrayamos la centralidad de la salvación también afirmamos la universalidad de la salud. Al menos por las siguientes razones. Ante todo porque atraviesa toda la historia de la salvación. En ella, como sostiene por ejemplo **C. Rocchetta**, comentando el pensamiento de **K. Barth**³³ al respecto: la salud es un objetivo permanente, como no podría ser de otra manera. El Dios que inaugura la historia de la humanidad dando vida ha unido en un mismo designio la salvación saludable y la salud que es camino hacia la plenitud.

De ahí que ambas formen parte del código de la Alianza: ambas dependen de la fidelidad a la misma. El pacto y cuanto en él se prescribe incluye también una vida sana y saludable³⁴. En el fondo late la convicción de que no hay nada más saludable (ni santo) que vivir en fidelidad a Dios y a su voluntad. La salud se convierte en opción de vida, no porque de pronto sea un precepto más. Sí en cambio lo es el vivir saludablemente.

Y la segunda razón: porque, al igual que la salvación también la nueva salud es ofrecida a todos,

31- Hasta el punto que podemos afirmar con E. Schillebeekx aquello de “extra mundum nulla Salus”. El mundo no es sólo lugar donde acontece la salvación, la historia no es únicamente historia “de” salvación, sino que ambos son parte integrante de un proceso que culmina en la plenitud escatológica. (Cf. SCHILLEBEEKX E., *Los hombres, relato de Dios, Sígueme*, Salamanca 1994, p. 31-39, 207-209).

32- Esta afirmación prolonga y profundiza el sentido de las palabras evangélicas “de él salía una fuerza que curaba a todos” (Lc 6, 19). De hecho, como veremos, por una parte sitúa la nueva salud, no en el orden de las cosas/objetos que se recuperan, sino en el contexto de una relación. La nueva salud es relacional. La fuerza sanadora, que lo habita por dentro, es indefectible, pero, como todo encuentro, necesita y busca la reciprocidad, la acogida. No todos se beneficiaron de dicha fuerza.

33- Dice C. Rocchetta: “Junto con el don de la vida Dios ha dado al hombre el mandato de vivir”. Progresivamente el fiel israelita y, sobre todo, el cristiano entenderán que no se trata sólo de vivir, sino de vivir de otro modo. (ROCCHETTA C., *Salute e salvezza nei gesti sacramentali*, in “Camillianum”, 4 (1993), p. 14-16).

34- A este respecto son bien conocidas las advertencias contenidas especialmente en el Deuteronomio y que pueden resumirse en la invitación encarecida a escoger la vida (es decir, la fidelidad) y evitar de este modo toda enfermedad. Cf. Dt 30, 15.18.20; 7, 12.13.15; también Lv 26, 3.6.9.14, 16b.

no sólo a los enfermos sino también a los sanos. Para aceptar esta afirmación, que puede aparecer en contraste no sólo con la lógica sino también con la sentencia de **Jesús** (“*no he venido para los sanos sino para los enfermos*”), es preciso tener en cuenta dos datos muy relevantes.

El primero: quienes se dejan diagnosticar de verdad por Cristodescubren, no solo su condición de pecadores, sino también su necesidad de ser sanados en profundidad. A la luz de su mirada penetrante nadie hay enteramente justo ni enteramente sano. Más determinante es, en cambio, el segundo dato: la nueva salud que Jesús ofrece a todos (sanos y enfermos) es nueva precisamente porque no se trata sólo de algo medicinal o curativo, sino de una nueva calidad de vida, de potenciación de lo humano, de transformación profunda.

Dicho en el lenguaje concreto de **B. Tyrrell**: Cristo no se limitó a arrojar de los hombres y mujeres el espíritu inmundo que los habitaba, sino que introdujo en ellos el nuevo espíritu³⁵.

La nueva salud es más que medicinal. Entendiendo esto, se abren las puertas a un panorama más amplio, y mucho más íntimamente (aunque a menudo escondidamente) “familiar” a los hombres y mujeres de hoy. Es lo que vamos a tratar de decir muy brevemente poniendo de relieve algunos rasgos del modelo/oferta cristológico de salud³⁶.

A partir del propio cuerpo.

Partimos de una afirmación fundamental. La salud,

en el modelo cristológico, no sólo aparece indisolublemente ligada a la persona de Cristo sino también a un proyecto, a un plan. Dicho de otra manera, se trata de una salud teleológica, que remite a una intencionalidad radical y que puede expresarse de diferentes formas. Quizás la más iluminadora sea ésta: “*He venido para que tengáis vida, y vida en abundancia*”³⁷. Ese propósito hunde sus raíces en el misterio mismo de la Encarnación, epifanía de la biofilia de Dios y de su pasión por el hombre. En ese acontecimiento todo lo humano es asumido y apropiado, para ser salvado y transformado.

En la inagotable riqueza reveladora de dicho misterio la teología de la salud subraya algunos significados que serán ulteriormente explicitados en los demás momentos del acontecimiento de Cristo. Veamos algunos.

Ante todo hemos de verlo como el acontecimiento que eleva la condición humana a la máxima dignidad. Misterio, pues, de dignificación y humanización. La Encarnación nos devuelve el entusiasmo de ser hombres y mujeres (según la hermosa expresión de **E. Schillebeekx**)³⁸, pone de manifiesto que la condición humana no es una condena ni una pasión inútil sino una vocación; que, por tanto, vivir humanamente (saludablemente) es una opción, hasta el punto de que lo que está realmente en juego es, nada más y nada menos, que acertar a ser lo que somos y estamos llamados a ser: hombres. Aprendizaje para toda la vida.

En segundo lugar, el misterio de la Encarnación remite indefectiblemente al capítulo más impor-

35- TYRRELL B., *Cristoterapia. Guarire per mezzo dell'illuminazione*, Ed. Paoline, Torino 1987, p. 31-32.

36- Para completar de alguna manera este capítulo remito a una breve bibliografía complementaria. ALVAREZ F., *El Evangelio fuente de vida en el mundo de la salud y de la enfermedad*, en “Camillianum” 11 (1995), p. 25-65; ID., *Teología della salute*, en AA.VV., *Salute/salvezza, perno della teologia pastorale sanitaria*, Ed. Camilliane, Torino 2009, p. 143-166; PAGOLA J. A., *Es bueno creer. Para una teología de la esperanza*, San Pablo, Madrid 1996. Sobre todo las páginas 113-171; ID., *Id y curad. Evangelizar el mundo de la salud y de la enfermedad*, PPC-CEHS, Madrid 2004.

37- Jn 10,10.

38- SCHILLEBEEKX E., *Cristo y los cristianos. Gracia y liberación*, Madrid 1982, p. 724.

tantede dicho aprendizaje, es decir, la vivencia de la corporalidad y de la corporeidad.

El que no era ni tenía cuerpo vino a enseñarnos a vivirlo santamente y saludablemente. Ahí comienza y por ahí sigue hasta el final el recorrido no sólo biológico sino también biográfico de la propia salud.

Desde hace más de diez años vengo tratando de hacer una lectura de la Encarnación en clave de salud³⁹, puesto que considero que en él encontramos las lecciones más hermosas y el recurso más eficaz no sólo para una vivencia saludable del cuerpo, sino también para descubrir sus significados y, por otro lado, para incorporarlo de lleno a la salud espiritual.

Una mirada incluso superficial, desde esta perspectiva, nos dice ante todo que no es posible vivir saludablemente al margen de cuerpo y sin la aceptación plena de la propia corporalidad. Y aquí encontramos la primera lección: el Verbo al encarnarse hace suyas aquellas palabras de la carta a los Hebreos: *"no has querido holocaustos ni sacrificios, pero me has preparado un cuerpo"*⁴⁰. Y lo asumió, y, porque lo asumió, se convirtió para nosotros en el quicio de nuestra salvación (*"caro cardo salutis"*)⁴¹.

Al aceptarlo reconoció y vivió su igualdad básica con todos los hombres, haciendo suyos sus límites y sus posibilidades, lo incorporó a su proyecto vital y salvífico, lo convirtió en lugar de encuentro para todos, referente vital y eje de su mundo relacional, lo vivió lúcidamente hasta el

punto de que en la relación con el Padre y con los hombres que se abrían a él estaba y se daba entero; lo entregó en el fuego lento del esfuerzo de cada día; sacrificó su salud física en la cruz hasta dejarse asesinar, vivió saludablemente sus tensiones y sus resistencias, logró armonizarlo de tal manera que hubiera siempre una correspondencia honesta y bien lograda entre sus gestos y sus palabras, entre los sentimientos y sus expresiones; lo puso al servicio de la vida, como aliado integral: con sus ojos, sus manos, sus gestos...

Finalmente, ejerció sobre él un "señorío" radical y saludable, sin condenarlo ni insinuar una visión peyorativa del mismo; de este modo nos mostró cómo educarlo, transformarlo e incluso superarlo.

Es, en definitiva, la pedagogía que nos enseña a descubrir la dimensión específicamente humana de nuestro cuerpo: sus significados y, por tanto, su dimensión teleológica. En última instancia, su vocación. Lo cual empieza a entenderse de verdad cuando caemos en la cuenta de que lo que realmente nos humaniza no es el hecho de ver, sino nuestra manera de mirar.

En nuestra sociedad "líquida" ¿existen señales de afinidad y de cercanía entre la propuesta saludable del misterio de la Encarnación y los modos de vivir la propia corporalidad?

Dejando necesariamente de lado el discurso sobre la actual/es cultura del cuerpo⁴², estoy convencido de que hay suficientes indicios de una cierta proximidad. Unas veces por exceso, otras por defecto; y siempre porque, como decía

39- Para complementar Cf. ÁLVAREZ F., Encarnación, misterio terapéutico y saludable, en "Labor Hospitalaria", 254, 4, (1999), p.277-287.

40- Heb 10, 5.

41- En el misterio de la Encarnación está contenido más que embrionariamente cuanto luego se explicará en el misterio de Cristo, misterio que es la prolongación de los significados implícitos en el misterio.

42- Puede consultarse con provecho a este respecto: Cf. ROCCHETTA C., Hacia una teología de la corporeidad, San Pablo, Madrid 1993; ID, Corporeidad. Enfoque teológico, en BERMEJO J.C. - ÁLVAREZ F., Diccionario de pastoral de la salud y bioética, San Pablo 2009, p. 343-358; BIZZOTTO M., Corporeidad. Enfoque filosófico, en BERMEJO J. C. - ÁLVAREZ F., o.c., p. 334-343.

Rahner, el hombre al que Cristo hizo su oferta de saludera, en el fondo, el mismo que hoy. Me limitaré, de todos modos, a algunas indicaciones.

La relación con el propio cuerpo nunca ha dejado de ser conflictiva y problemática a lo largo de la historia. Paradójicamente lo más familiar y ostensiblemente permanente en nuestra existencia resulta ser con cierta frecuencia lo más ignorado o peor tratado, lo más desconocido y lo más atendido/buscado.

Sin hacer memoria de dualismos (aún persistentes) y de maniqueísmos (que difícilmente nos abandonarán del todo), todo nos urge a hacer una elemental distinción para, a renglón seguido superarla (sin olvidarla). No es lo mismo, según la expresión de **M. Scheler**, el "körper" (cuerpo objeto) que el "leib" (cuerpo vivido). Lo primero no se puede (o no se debe) separar de lo segundo. Lo biológico de lo biográfico.

Aunque las diferencias son evidentes, el cuerpo-órganos, tejidos, funciones- es inseparable del sujeto, pero tiene obviamente su propio territorio, en muchos aspectos desconocido y/o inalcanzable al control del individuo; tiene sus límites y sus posibilidades que "cuelgan" de la naturaleza; existe antes de que el sujeto se haya apropiado de él e incluso cuando esta apropiación nunca llegue a hacerse real o consciente. Negar el soporte y el recorrido biológico/físico de la salud, no tendría sentido alguno.

Aun así, quiérase o no, el protagonista es y ha de ser siempre el sujeto. A él le corresponde aceptar/apropiarse lo que vino de otros, a él asumir los límites y explotar las potencialidades, a él encontrar los significados de "algo" que poco a poco ha ido descubriendo como suyo o incluso como sí/mimo; a él la posibilidad de vivirlo en clave de libertad o de esclavitud, de oferta o de egoísmo...

El primer requisito, pues, para que los hombres y mujeres de hoy puedan encontrar en el modelo de la Encarnación una propuesta saludable, consiste en una nueva mirada sobre el cuerpo y la corporeidad. Hay que dar por terminada la larga historia de su penalización, de un dualismo que sigue sembrando una cierta sospecha sobre la bondad y belleza de la sexualidad. Al mismo tiempo, es menester interpretar con una mirada, más atenta, perspicaz y amable, ciertos fenómenos hoy en día muy extendidos.

Detrás de la búsqueda afanosa y constante de un cuerpo más acorde con los cánones ideales de la salud y en los ingentes esfuerzos y recursos invertidos para perfeccionar la forma, prevenir la enfermedad y mejorar las prestaciones corporales, es fácil descubrir una cierta ausencia de horizontes, de valores cualitativos. Cuesta un poco más ver en todo ello un cambio ciertamente epocal en la cultura y vivencia del cuerpo. Obviamente con sus lados positivos.

¿Por qué no ver en lo que llamamos "culto del cuerpo" barruntos de una especie de espiritualización del mismo, asociada en muchos casos al culto/cultivo de potencialidades en otros tiempos menos desarrolladas, como la danza, el deporte, la inmensa variedad de ejercicios físicos, la práctica del yoga y de otras formas de autocontrol, de manejo del propio cuerpo, de meditación/relajación?⁴³

¿Por qué, en la recuperación del cuerpo en la cultura actual, no ver asimismo, inseparablemente, una recuperación del sujeto, y, por tanto, de su protagonismo y responsabilidad en la vivencia de la historia de su cuerpo y de las diferentes dimensiones de su salud?

El cuerpo, en cuanto exteriorización de nuestra interioridad e incluso de nuestra identidad más profunda, posee la virtualidad única de esconder al sujeto, sí, pero también de ponerlo en evidencia.

43- Cf. por ejemplo, SPINSANTI S., *Il corpo nella cultura contemporanea*, Queriniiana, Brescia 1982.

El cuerpo remite al sujeto. Y en él vamos a fijar ahora nuestra mirada, con el fin de seguir respondiendo, ahora definitivamente, a las preguntas que nos venimos formulando.

Hacia los centros vitales de la persona.

La oferta de la nueva salud por parte de Cristo, a sanos y enfermos, a través de las curaciones, de sus gestos, de su palabra y de su persona, nos invita constantemente a hacer un viaje hacia el sujeto y su mundo interior, hacia los centros vitales de la persona y su tejido relacional.

Para entenderlo mejor, conviene hacer de entrada algunas constataciones. El marco en el que hemos colocado su oferta terapéutica y saludable -la salvación- nos está indicando que la relación de Cristo con la salud no puede fraccionarse ni condenarla a un cierto reduccionismo.

Hay que verla dentro de un **proceso** y de un **conjunto**. Así, los relatos de las curaciones (normalmente breves, excepto en el caso de Juan), adquieren su verdadera intensidad y relevancia reveladora en la medida en que se ven a la luz de ese conjunto, en el que la variedad de detalles, de mensajes, de palabra puesta por obra, de significados y de intenciones, es considerable.

Una segunda constatación. En la admirable pedagogía de Cristo, los milagros, denominados, con intención, señales/signos, y todos los demás recursos saludables y terapéuticos (la palabra, la relación, la mirada, una cena, un diálogo...) han de verse desde una determinada óptica teleológica.

Dentro del proceso cada momento remite de alguna forma al siguiente, y es superado por este. Cristo se acerca al hombre allí donde se encuentra, pues lo propio de él es "bajar".

Muestra una gran sensibilidad ante lo humano:

ante una fiebre pasajera, una mano tullida, la parálisis que dura ya treinta ocho años, la ceguera de nacimiento, el estigma social de los sospechosos de pecado y de los proscritos... Pero la salud ofrecida no termina con la recuperación o con la sanación.

Siempre va más allá. De la física a la psicológica, mental, relacional, moral, espiritual; de la individual a la comunitaria, de los enfermos a los supuestamente sanos...

Son coincidentes los biblistas en reconocer que Jesús realizó curaciones, a las que con razón puede aplicarse la categoría de milagro. Sin embargo en sus tiempos el verdadero desafío no consistía en creer (o admitir) las curaciones, sino su significado profundo, su intencionalidad.

De hecho la actividad terapéutica de Jesús no admite comparaciones. Se sitúa en otra longitud de onda, que ni todos vieron y muchos no aceptaron. No vino para hacer de curandero ni para anticipar en prácticamente veinte siglos éxitos futuros de la medicina.

Hubiera sido un fracaso clamoroso. Su punto de mira no es tanto la enfermedad (la enfermabilidad es inherente a la condición humana) cuanto la persona, en su integridad y dignidad. Su proyecto saludable/terapéutico va dirigido al "olon **anthropon**"⁴⁴, al hombre entero.

La dimensión saludable y terapéutica desplegada de múltiples formas por Jesús participa, por tanto, de la misma dinámica del Reino y de su instauración. La nueva salud será ya inseparable de la conversión, de la aceptación de oferta de salvación, de la adhesión a Cristo, del discipulado, de la misión apostólica, de la predicación del Evangelio... Ahí radica la grandeza del proyecto salud y su finalidad.

Finalmente, una tercera constatación.

44- Jn 7, 23

Como pedagogo y conocedor de la condición humana, incluso en lo más misterioso y oculto, Jesús es consciente de que no es únicamente el cuerpo (órganos, tejidos y funciones) el que enferma y es susceptible de salud, sino también todas las dimensiones de la persona. Es evidente que en este aspecto su lenguaje no coincide con el nuestro.

Sin embargo, su oferta saludable y terapéutica está hecha desde la convicción de que las patologías peores y más específicamente humanas son las que cursan en los centros vitales de la persona, es decir en las notas antropológicas que la constituyen como tal: *la consciencia, la relacionalidad, la libertad, la capacidad de amar, la apertura a la trascendencia, la búsqueda/capacidad de sentido.*

Y, el otro lado, de la moneda: la salud más cercana a la plenitud y, por tanto, a la experiencia de la salvación es la que se vive justamente en esas dimensiones. Para eso vino.

La suya es, pues, una **salud jerarquizada**. Invita a los suyos a sacrificar la salud física, a renunciar incluso a la integridad del propio cuerpo⁴⁵, a vivir en sobriedad y solidaridad; no idolatra en absoluto el “sentirse bien”, ni vino para anestesiar el sufrimiento ni enviarnos a un dulce exilio lejos de nuestras penas y fatigas. Sin embargo a nadie pidió renunciar o sacrificar esas dimensiones, sino que invitó a potenciarlas, a vivirlas en plenitud, a sanarlas en profundidad. Su proyecto, por tanto, es radicalmente humano.

Conecta con la que, sin entrar en matices, podemos llamar “vocación creatural”, propia de todo ser humano independientemente de su credo; se propone que la persona -valga la expresión- “funcione” bien como tal en aquello que le es constitutivamente propio; responde a sus aspiraciones

más arraigadas; asume y eleva su dignidad... Un proyecto, pues, a la medida del ser humano y, al mismo tiempo, plenamente asumible desde la óptica de la humanidad de Jesús de Nazaret, origen y modelo de la nueva humanidad.

He aquí, a mi modo de ver, el **punto de encuentro** -por paradójico que parezca- entre la oferta saludable/terapéutica de Cristo y la búsqueda de salud por parte de los hombres y mujeres de hoy. Un breve recorrido por algunas de esas dimensiones nos lo evidenciará.

En primer lugar a la **consciencia**. Jesús fue un auténtico despertador de consciencias; lejos de adoptar posturas acomodaticias pactando con la mediocridad, al mismo tiempo que fue generoso en dar oportunidades está claro que vino a dar un verdadero sacudón. La salud en este caso consiste en despertar, vivir y vivirse lúcidamente, aceptar la tensión que nos habita por dentro sin sofocarla ni desviarla.

Comporta por otro lado superar toda forma de alienación, conjugar en primera persona los verbos más importantes de la vida, liberarse de la esclavitud de los cánones sociales⁴⁶ (aceptados a menudo acriticamente), y superar la “**ignorancia existencial**” y la ceguera interior que achatan ideales, evitan o aparcen los verdaderos interrogantes de la existencia, desmoronan utopías y, sobre todo, son aliadas de las consciencias anestesiadas o mortecinas.

Cuanto menor es la autoconsciencia mayor es el sentimiento de “**expropiación**” (y en eso consiste también la enfermedad)⁴⁷, de pérdida de la subjetividad, de una especie de disolución en la masa. Se trata de una experiencia que muchos quisieran evitar, al comprobar cómo, en vez de vivir en primera persona, se les impone desde fuera una manera de vivir...

45- Bien conocida es la admonición de Jesús: “Si, pues, tu ojo derecho te es ocasión de pecado, sácatelo y arrójalo de ti. (...) Y si tu mano derecha te es ocasión de pecado, córtatela y arrójala de ti...” (Mt 5, 29-30).

46- Cf. FROMM E., *I cosiddetti sani. La patologia della normalità*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 1996.

47- Cf. GRACIA GUILLÉN D., *Salud, ecología y calidad de vida*, en “Jano”, XXXV, n. extra (1988), p. 133-147.

Otra dimensión importante de la salud ofrecida por Cristo: la **voluntad/libertad**. Ahí cursan, lamentablemente, algunas de las patologías más frecuentes en la sociedad actual. Es fácil, pero no necesario, hacer un largo elenco. Comencemos por decir que, cada vez que se rompe la tensión en la que por naturaleza y por Gracia estamos constituidos, el ser humano se desliza fácilmente hacia la negación o patologización de su voluntad.

Nos situamos más cerca de los animales que de los ángeles. La tensión se alimenta de valores cualitativos, aprendidos, arraigados y con morada permanente en el corazón. Por ello no es exagerado decir que las patologías que afectan a la voluntad son también enfermedades del alma o del espíritu, por ejemplo las dependencias o esclavitudes, especialmente cuando conducen a actuar compulsivamente.

Y no es ciertamente menos peligroso y morboso buscar una libertad sin vínculos, sin compromiso, sin responsabilidad. Lejos de convertirse en una especie de añorada libertad absoluta (sin límites) termina por ser víctima de sí misma. No es utópica, sino más bien suicida.

Sin libertad no hay salud. Una vida sana y saludable es una vida libre. La oferta de salud, en este sentido, sale al paso de la gran aspiración de todo ser humano, pero al mismo tiempo nos devuelve a un realismo que a menudo contraría: para ser libres hay que liberarse, para vivir hay que convivir (reconocimiento de la libertad y derechos de los demás), para crecer hay que aceptar decrecimientos y disminuciones; es preciso comprometerse... A veces no es pequeño el precio de la libertad, pero es mayor su premio.

Bastaría con que, especialmente los creyentes en Cristo, descubriéramos que una de las notas distintivas del Evangelio es precisamente el regalo de una libertad santa y saludable, que es gracia y tarea y que se enriquece con nuevas motivaciones y contenidos. Es una libertad que reafirma la voluntad de vivir (también en la experiencia del límite), hace posible encontrar gracia en la desgracia,

vivir saludablemente la enfermedad, y nos permite llegar enteros hasta el final.

Ese fue uno de los grandes objetivos perseguidos por Cristo, en todos los frentes, y especialmente en aquellos en los que las inercias eran más recias, los prejuicios más nocivos, las servidumbres más patológicas, la obtusidad de la mente y los intereses creados más manifiestos, y el pecado más hiriente y patógeno.

Su oferta de salud fue como una especie de bocanada de aire fresco que dio vida a los corazones oprimidos e incomodó a los aposentados. ¿No es esta la libertad que ansiamos y que sigue ofreciendo el Evangelio a los creyentes y a los limpios de corazón?

También en el campo de la **relacionalidad** la nueva salud ofrecida por Cristo encuentra, al mismo tiempo que profundos contrastes, una gran afinidad y sintonía con la salud ansiada por los hombres de hoy.

Partimos de dos afirmaciones, presentes de alguna manera en las páginas precedentes. La primera: Jesús fue plenamente consciente de que el tejido relacional de la sociedad en que vivió presentaba numerosos síntomas que delataban, no sólo el aguijón del pecado individual, colectivo y estructural, sino también evidentes formas patológicas.

Y esto en todos los frentes de la relacionalidad: en la vivencia del propio cuerpo, en las relaciones interpersonales, las relaciones con las cosas (los bienes de este mundo) y la relación con Dios.

Tabúes, prejuicios, intereses particulares ilegítimos, actitudes insanas e insolidarias inventadas y justificadas (como la exclusión de los enfermos y su estigmatización social), el olvido de la misericordia y del perdón en aras de una malentendida ley (como la subordinación servil al sábado): todo ello viciaba de raíz la convivencia y provocaba, además de una cierta "indigestión de religión", situaciones de flagrante marginación.

Por eso, en segundo lugar, la nueva salud ofrecida por Cristo era siempre **relacional**. Por lo menos en un doble sentido. Porque tenía su fuente, más que en los gestos terapéuticos, en la persona de Jesús. Él era la cura, el médico y la medicina, que no necesitaba de otros recursos.

La salud brotaba de él y era efectiva en el encuentro generado por la confianza. Una confianza que apelaba a la fe y la despertaba, que ponía en movimiento las energías interiores terapéuticas y saludables de sanos y enfermos⁴⁸.

El nuevo proceso de salud generado por él comportaba, además, una transformación del mundo relacional de quienes aceptaron su oferta: nueva relación con el propio cuerpo, retorno a la comunidad, inicio de una vida nueva, potenciación de la capacidad de cambiar...

Así se entiende mejor que en el punto de mira de Cristo estaban ciertamente los individuos, pero siempre apuntaba con el dedo a la comunidad, a la sociedad. La salud individual depende en buena medida de la comunitaria. No se puede sanar al enfermo sin curar su mundo si está también enfermo⁴⁹.

Hoy, más incluso que en los tiempos de Jesús, esa dimensión de la salud es de una apremiante actualidad, tal vez porque somos más conscientes de las patologías relacionales, porque conocemos mejor los entresijos psicológicos y sociales de la relacionalidad, y porque es en ese terreno -siempre tan complejo- donde se dan hoy en día las mayores cotas de infelicidad, de insatisfacción profunda, de desgarramiento interior.

Estoy plenamente convencido de que el Evangelio es fuente de salud sobre todo porque tiene un poder inmenso (es Gracia) y una fuerte carga pedagógica para sanar nuestro mundo relacional y, especialmente, para prevenir patologías y potenciar y reforzar nuestra capacidad relacional.

El deseo de felicidad y de realización personal de muchos hombres y mujeres de hoy choca frontalmente contra patologías o crisis relacionales. ¿No tiene también hoy el Evangelio fuerza para educar nuestros deseos, para ayudarnos a relacionarnos sanamente con las cosas, para liberarnos de la "patología de la abundancia" y del consumismo frenético (comprar por comprar...)? ¿Es posible predicar hoy un Evangelio "aséptico" o indiferente a los dramas vividos en/por familias desestructuradas, matrimonios rotos, violencia doméstica...?

La nueva salud relacional, finalmente, supone una invitación encarecida a recuperar la **dimensión cordial** de la fe, del Evangelio predicado, de las relaciones intraeclesiales, de toda comunidad cristiana, de la propuesta moral y del magisterio.

Todas las patologías de carácter espiritual remiten, de una u otra manera, a algún tipo de "cardiopatía", entendida en el sentido bíblico. El corazón, sobre todo en la biblia, es el verdadero centro o núcleo vital donde cada uno decide lo sustantivo de su existencia, opta por la vida o por sus sucedáneos, por la compasión y la comprensión o por la indiferencia y la competitividad, por la solidaridad o por la solitaria...

No es, pues, de extrañar que, siempre bíblicamente,

48- Un hecho emblemático, el de la mujer que padecía flujos incurables de sangre desde hacía doce años. Es el evangelista Marcos (Mc 5, 25-34) quien mejor destaca la gran diferencia entre los médicos y Jesús. Ellos consumieron todos los bienes de la enferma. En cambio a él le bastó la fe/confianza de la mujer, expresada en el suave toque de su manto.

49- Interesante y revelador en este sentido la curación del ciego de nacimiento en Jn 9, 1-41. En el relato se pone de manifiesto que la salud ofrecida por Jesús recorre un itinerario que va del ver físico (que de suyo no es garantía de salvación) al Ver interior, verdadera meta de la predicación de Jesús y de su actividad terapéutica. La pedagogía de Jesús apunta por eso a los verdaderos ciegos (v. 40-41): los adversarios de Jesús. Mientras estos y otros no acepten su oferta seguirá habiendo excluidores y excluidos (ciegos expulsados de la sinagoga), opresores y oprimidos.

la petición de salud vaya siempre acompañada de un ruego explícito o implícito en este o en parecidos términos: *“Sana, Señor, mi corazón enfermo”, “dame la sabiduría del corazón”...*

No puedo concluir estas reflexiones sin hacer al menos una referencia a otra de las dimensiones o núcleos vitales: la del **sentido**. Es sobremanera rica la bibliografía que subraya su valor terapéutico y saludable, si bien tampoco faltan quienes afirman que no tiene sentido preguntarse por el sentido, o quienes, como sostenía **E. Tierno Galván**, se han instalado pacíficamente en la finitud convencidos de la inexistencia de horizontes (y esperanzas) extramundanos. Según **V. Frankl**⁵⁰, en cambio, la experiencia más común entre los mortales es la búsqueda de un sentido, parcial o total. Su ausencia o su deterioro están en el origen de algunas patologías espirituales de base, por ejemplo las relacionadas con el vacío existencial.

Desde la perspectiva del “Evangelio de la salud” es preciso tener en cuenta que la fe -en general el cristianismo- es portadora de sentido.

Más que resolver problemas, orienta las preguntas, mantiene vivos los interrogantes y, sobre todo, pone al creyente en contacto con la persona de Cristo; de tal manera que, como afirma **Benedicto XVI** en **Deus charitas est**, *“no se comienza a ser cristiano por una decisión ética o por una gran idea, sino por el encuentro con un acontecimiento, con una Persona que da nuevo horizonte a la vida y, con ello, una orientación decisiva”*⁵¹.

La relación entre salud y sentido se hace especialmente patente en una de las acepciones de éste.

La que lo identifica con **valor**. Algo tiene senti-

do en la medida en que resulta valioso y válido. Ahí están los interrogantes últimos y verdaderos, sobre todo en la experiencia de la adversidad o en la medida en que se acerca el término de la vida: ¿Ha valido la pena?

Y ahora ¿qué puedo esperar del futuro?⁵². Al fin de cuentas, lo definitivo en la salud, especialmente en la vertiente biográfica de la que venimos hablando, está en haber caminado en la buena dirección (otra de las acepciones de la palabra sentido), haber realizado razonablemente las expectativas mejores de la vida, haber integrado los límites biográficos, haber conseguido un buen desarrollo de las potencialidades humanas, haberse reconciliado con la propia existencia, tener la agradable sensación de que la vida ha sido satisfactoriamente fecunda, haber conjugado en primera persona los verbos importantes de la vida, haber amado y sentirse amados, y, sobre todo, mantener viva la **esperanza**.

7. A modo de conclusión.

Al final de este largo recorrido (por cuya extensión tal vez excesiva me excuso) me siento casi obligado a hacer la siguiente reflexión conclusiva. La “nueva salud” ha de verse hoy en día como una llamada apremiante a renovar y profundizar el o los modelos de Iglesia.

Ella ha recibido como don y como misión la realización, en el tiempo, del modelo cristológico de salud. Posiblemente ninguna otra institución en el mundo, tiene tanto que ver como ella con “esa” salud: la que, en definitiva, tantos hombres y mujeres hoy buscan, no siempre conscientemente.

50- Cf. por ejemplo FRANKL V., El hombre en busca de sentido, Herder, Barcelona 2004. (La primera edición en alemán salió en el 1946, poco después de su experiencia en los campos de concentración).

51- DCE 1.

52- Cf. GS 10.

Dicho en términos muy comprensibles: es preciso que la Iglesia se lo crea. Si es así, la relación (eficaz) de la Iglesia con la salud biológica y biográfica de los hombres de hoy se expresará en un nuevo lenguaje.

Dicho ahora en términos técnicos, dejará de ser sólo un lenguaje explicativo y explorativo, y será por fin abiertamente performativo.

En qué consiste nos lo dice (y vale también para nuestro tema) Benedicto XVI en la **Spe Salvi**: “...el cristianismo no era solamente una “buena noticia”, una comunicación de contenidos desconocidos hasta aquel momento. En nuestro lenguaje se diría: El mensaje cristiano no era solo “informativo”, sino “performativo”. Eso significa que el Evangelio no es solamente una información de cosas que se pueden saber, sino una comunicación que comporta hechos y cambia la vida”⁵³.

1. Método de conclusión



53- Spe Salvi 2.

6

Comunicaciones.

6.1

Los servicios de asistencia religiosa católica hospitalaria, los hospitales y las campañas del enfermo.

> Hermenegildo Centeno Raposo,
Capellán del Hospital Universitario de Getafe. Madrid.



Hermenegildo Centeno Raposo

Me pedisteis estar compartiendo este día con vosotros. La verdad es que inmediatamente acepté muy gustoso y no dudé en daros la contestación afirmativa. Después, no es que me arrepintiera, pero pensé: ¿Qué puedo decir de nuevo a quienes, posiblemente, tienen más experiencia pastoral en este campo hospitalario que yo? ¿Quién soy yo para ofrecer un análisis de estos 25 años si hay quienes han estado más “encarnados” en esta tarea?

Presentar un análisis de cómo y cuál ha sido la incidencia del Día del Enfermo en el hospital y la aportación que ha reportado en estos últimos 25 años, supone un atrevimiento para quien está aquí y a quien habéis embarcado en esta empresa, cuando no una osadía. Yo no voy a resaltar la importancia del tema; el contenido del programa, la experiencia de tantos y vuestra presencia son el mejor signo.

Antes que nada, quisiera comenzar este encuentro valorando toda la labor que desde siempre se ha venido realizando en favor de todos los enfermos en todos y en cada uno de los hospitales de vuestras diócesis: ese trabajo, muchas veces callado y oculto de tantos capellanes, sacerdotes, religiosos/as, agentes de pastoral de la salud, voluntarios, profesionales, etc. Un trabajo que no siempre ha sido conocido, reconocido y apreciado no sólo en y por las instituciones hospitalarias, comunidades cristianas, movimientos, etc., sino también en las instancias más responsables de la pastoral diocesana.

Por tanto, no podemos ni olvidar ni subestimar el esfuerzo generoso de tantos capellanes y agentes de pastoral dedicados directa o indirectamente al servicio a los enfermos hospitalizados y que han trabajado mucho y bien. La historia está llena de anónimos que sin haber tenido la oportunidad que nosotros tenemos y hemos tenido, sin embargo han hecho de su vida un servicio y una entrega total de su vida y tiempo en favor de los enfermos y sus familias.

Al contrario, pienso que en nuestras diócesis hemos de comenzar por reconocer ese trabajo

callado y oculto, que hay que darlo a conocer, potenciarlo e impulsarlo debidamente dentro del conjunto de la pastoral diocesana para que ocupe el lugar adecuado... y no otro. No tenerlo como algo "aparte". No queremos ser ni excepciones ni excepcionales.

Dejando a un lado el análisis por separado de los temas y lemas de estos 25 años del Día del Enfermo me voy a referir al resultado y a la incidencia que han supuesto en nuestro quehacer pastoral en el hospital; si no directamente, sí tangencialmente. Es el resultado de haber vivido y oído al lado de muchos capellanes y reflexionado y vivido al lado de nuestros enfermos.

Lo que yo os ofrezco en esta exposición, es la experiencia vivida desde tres puntos de vista: mi experiencia como capellán desde 1985 en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y posteriormente, desde 1991 y hasta ahora, en el Hospital Universitario de Getafe; como primer Delegado Episcopal de Pastoral de la Salud en la Diócesis de Getafe y desde la experiencia como Director del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española.

Pero antes quisiera hacer algunas precisiones y consideraciones que han sido unas constantes en todos estos años:

Por un lado:

- A) Que no todas las Delegaciones se hicieron eco de este acontecimiento desde un primer momento ni todas han seguido el mismo ritmo. Tampoco los hospitales y capellanes.
- B) Que no todos los capellanes respondieron desde su comienzo a esta iniciativa.
- C) Que no todos los capellanes tuvieron los medios necesarios para su celebración.
- D) Que no todos los centros hospitalarios ofrecieron la misma colaboración.

E) Que no en todos los hospitales se daban las condiciones para su celebración.

F) Que en los hospitales donde el Servicio Religioso lo formaban capellanes y comunidad de religiosos/as, su celebración era, si cabe, más coordinada y fácil, etc.

G) Pero sí podríamos concluir que la celebración del Día del Enfermo, en general, ha sido muy bien acogida por los Servicios Religiosos y Gerencias y muy dignamente celebrada en todos nuestros hospitales.

Por otro:

A) En la mayoría de los Servicios Religiosos hubo una renovación: en algunos, profunda; en otros, necesaria tanto en la formas como en el fondo adaptándonos a las nuevas Orientaciones y planteamientos. Aceptar la necesidad de renovación, era reconocer unas veces equivocaciones a las que, por cierto, no estábamos demasiado acostumbrados y otras veces limitaciones inherentes a nuestra forma de pensar y obrar, ya que en una inmensa mayoría nos consideramos seguros e intocables en nuestros planteamientos. Por eso, en este camino ha podido haber, en un primer momento, resistencias, superficialidades, pesimismo..., pero para bien de la Iglesia, visto desde hoy, cambios profundos y constantes "primaveras".

B) Muy importante es que la Pastoral de la Salud es una llamada y una responsabilidad de TODA LA IGLESIA y debe estar atendida y coordinada allí donde se haga presente el enfermo: parroquia, hospital, residencias, etc.

C) Es penoso constatar, sin embargo, que hospitales donde el Día del Enfermo se celebraba según lo anteriormente expuesto, hayan dejado a un lado su celebración y hasta la información de la misma.

D) Sería interminable la lista de aportaciones que los **SARCH (Servicios de Asistencia Religiosa**

Católica Hospitalaria) podrían ofrecer de su celebración. Para ello habría sido necesaria una encuesta y un estudio más minucioso.

Dos son las preguntas que quiero analizar y que sintetizan de algún modo lo que condensan estos años de vida del Día del Enfermo:

- A) ¿Qué han aportado los Días del Enfermo a los Hospitales y a los Servicios Religiosos?
- B) ¿Qué han aportado los Hospitales y los Servicios Religiosos al Día del Enfermo?

1. ¿Qué han aportado los días del enfermo a los hospitales y a los servicios religiosos?

Además de las diócesis, parroquias y comunidades..., la pastoral de salud se estructura en gran medida alrededor de las instituciones especializadas del sector salud (clínicas, residencias de ancianos, centros psiquiátricos, etc.), y entre ellas destaca con gran relevancia el Hospital.

El desarrollo de los sistemas de salud pública, aunado a los impresionantes avances biomédicos y tecnológicos en el sector salud, han hecho de la institución hospitalaria un instrumento imprescindible en las políticas de mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos.

Si hace tan sólo un siglo, el hospital se consideraba la antesala de la muerte, hoy día podemos decir que el mismo se centra en la vida. Los usuarios del hospital buscan encontrar en él un diagnóstico adecuado, un tratamiento eficaz o una intervención quirúrgica que proporcione curación o alivio permanente.

Muchos se acercan sólo por un día, o durante

varias ocasiones en el año; otros permanecen en el mismo durante varios días o semanas.

Las estadísticas de un hospital medio nos dicen que por sus diferentes servicios pasan anualmente muchísimos enfermos.

Por tanto al hombre enfermo también lo encontramos en el hospital. Esta realidad nos hace caer en la cuenta que:

1. Que el mundo de la salud y de la enfermedad en el hospital es también un lugar de "evangelización".

La atención al hombre enfermo ha constituido a lo largo de la historia un lugar privilegiado para la acción caritativa y evangelizadora de la Iglesia, continuadora y testigo de la presencia perenne de la caridad de Cristo para con los enfermos. Evangelizar en el hospital es continuar realizando la misión que Cristo ha encomendado a la Iglesia.

Diferentes llamadas nos recuerdan que debemos ponernos en camino:

- 1) La de Jesús: como una forma privilegiada de realizar la misión y de cumplir el precepto de la caridad encomendados por Cristo, revelando y comunicando su amor de curación y consolación: "*Estaba enfermo y vinisteis a verme*" (Mt 25,36).
- 2) La llamada de la Iglesia para continuar siendo, a través de nosotros, signo de la presencia del Señor en medio de los más pobres y, en especial, de los enfermos, ancianos y abandonados hospitalizados.
- 3) Como el gesto de la solidaridad de la Iglesia que, a través de unos miembros concretos, muestra su solicitud por el mundo enfermo y su lucha por la salud y la salvación plenas.

Los SARCH somos portadores de salvación para los demás y desde ahí queremos evangelizar

a todo un conjunto de personas que conforman el hospital: creyentes, alejados de la fe, ateos, miembros de otras confesiones religiosas y credos, etc. Y a la vez personal sanitario de todas las ramas y categorías. Todos formamos una pequeña comunidad.

Por tanto, trabajamos para que la atención al enfermo no sea solo función de los capellanes, sino misión de toda la Iglesia. Al hospital y al SARCH no se le debe considerar como algo aparte, sino también lugar de evangelización de toda la iglesia.

2. Que hay que impulsar y promover a nivel hospitalario la organización de una pastoral renovada, pasar de la función de capellán a Servicio Religioso

(sensibilización de seglares y profesionales, voluntariado, etc.). De tal forma que ya no son sólo los capellanes quienes tienen en exclusiva la atención al enfermo y su familia, sino que es el Servicio Religioso (capellanes, voluntarios, agentes de pastoral, profesionales, personas idóneas, etc.) quienes también tienen funciones de atención. Todo ello bien coordinado y orientado.

En el plano teórico (Jornadas, Congresos, Cursos de formación, Asambleas, Publicaciones, etc.) como en el campo práctico (preparación pastoral de los capellanes, agentes, etc.), todo orientado a lograr no solo una mejor preparación, sino también una mayor y mejor presencia en el mundo del dolor y sufrimiento dentro del espacio hospitalario.

3. Un aspecto que no podemos descuidar es la Humanización en el hospital: una necesidad y una obligación.

Es un tema que es abordado no solo desde la Iglesia, sino desde las más altas y diferentes Instituciones del Estado.

El Concilio Vaticano II en la Constitución

Lumen Gentium dice que la Iglesia se comprende a sí misma como misterio de comunión.

En el hospital ese misterio de comunión se hace relación de fraternidad con el hermano enfermo. El Papa Juan Pablo II en su Exhortación Apostólica sobre el dolor humano escribe: *“La Iglesia, que nace del Misterio de la Redención de la Cruz de Cristo, está obligada a buscar el encuentro con el hombre, de modo particular en el sufrimiento. En tal encuentro el hombre “se convierte en el camino de la Iglesia”.*

El Hospital se ha convertido, para muchas personas, en lugar de paso. La corta estancia hospitalaria puede provocar en los pacientes y su entorno, una sensación de anonimato, carente de humanidad. Ante esta nueva realidad, el Servicio Religioso tiene que hacer grandes esfuerzos por convertirse en lugar de encuentro.

Encuentro que, partiendo de la soledad del enfermo, ayude a éste a que pueda encontrarse consigo mismo, a encontrarse con otras personas en situación de enfermedad, a encontrarse con sus propias familias, y, en el mejor de los casos, a encontrarse con Dios.

Con el correr de los años nos damos cuenta que nuestros hospitales están deshumanizados. Hay una distancia insalvable entre lo que significa curar como proceso final del trabajo y el enfermo como sujeto de atención.

En el primer momento se le considera al enfermo como objeto (número, patología, cama, síntomas, etc.). En el segundo se le considera al enfermo como persona con su biografía, sentimientos, valores, miedos, atenciones, preocupaciones, cercanía/afecto, etc.

No podemos pasar por alto la importancia del acompañamiento humanizador que debe de llevarse a cabo con el personal sanitario. En pocas profesiones humanas, se dan intrínsecamente, dosis tan altas de servicio a los hombres como en la sanitaria.

Servicio dirigido especialmente a los que sufren, actitud de servicio que, paulatinamente, puede ceder terreno a la rutina, la desidia, la apatía o la mera actitud laboral, bien por cansancio, bien por presiones sociales o laborales, bien por reproches, haciendo de esta tarea eminentemente altruista, un acto meramente mecanicista.

De ahí la importancia de que el Servicio Religioso del Hospital esté pendiente de insuflar constantemente dosis de humanización a cuantos pasan o trabajan por este lugar vital.

Por todo ello, la humanización de la asistencia sanitaria debe ser también una de las grandes preocupaciones actuales de los SARCH:

- Aportando la fuerza humanizadora de los valores evangélicos: compasión, respeto, ayuda mutua, solidaridad, gratuidad, reconciliación, etc
- Atendiendo a quienes de forma especial sufren en mayor grado los efectos de la deshumanización.
- Apoyando todo aquello que conlleve lograr tal fin.
- Participando en los Comités de Humanización.
- Dando a conocer los derechos y obligaciones de los enfermos.
- Colaborando con otros Servicios en momentos puntuales (Belén, Reyes, Días del Enfermo y del Anciano, etc.)

A ello ha contribuido muy positivamente la presencia y el trabajo pastoral del SARCH. Un trabajo lento, ilusionante y operante con los enfermos, familias, personal sanitario, administrativo, etc.

4. Que el mundo hospitalario es lugar de grandes cuestiones

El mundo del hospital ha dado un giro de 180°

en muy poco tiempo. Junto con los avances científicos y técnicos, las formas de funcionamiento, etc., han surgido otros que de alguna manera han afectado a nuestra misión: son las grandes cuestiones que surgen sobre lo que podríamos llamar “interrogantes últimos” y que han planteado a los SARCH el reciclaje y puesta al día sobre cuestiones y temas de vital importancia, tales como las cuestiones éticas, la dignidad de la persona, la eutanasia, la manipulación genética, los cuidados paliativos, el morir y la muerte, etc.

Quienes vivimos cada día los problemas del hospital, con las situaciones concretas que plantea, conocemos la necesidad de tener respuestas a las demandas existentes: cuidados paliativos, eutanasia, calidad en la asistencia, disminuidos físicos, abandono familiar, manipulación genética, testamento vital, aborto, etc.

El día a día nos trae diversas situaciones puntuales y a las que se nos pide el parecer de la Iglesia en cuestiones como **Asesoramiento ético sobre cuestiones religiosas y/o morales**. Consecuencia de todo ello es que a muchos Servicios Religiosos se les ha llamado para:

- Formar parte de los Comités de Ética, Humanización y Asistencia del Centro.
- Iluminar y esclarecer cuestiones.
- Participar en los Foros de Bioética.
- Colaborar en el reconocimiento de los derechos y deberes del enfermo.

Toda esta labor ha sido importante y valiosa, pero destacaría el que en algunos hospitales el SARCH haya sido incorporado a los Comités de Ética hospitalaria. Y ahí hemos estado siendo conciencia ética de actuación y de decisión para vivir desde los valores que dignifican a la persona.

Este mundo hospitalario tan cambiante en algunos aspectos hace necesario que la Iglesia

defina con nitidez su misión específica, oriente e ilumine desde el Evangelio en los problemas éticos y humanos más urgentes dentro del mundo hospitalario.

5. Que en el mundo del hospital encontramos un "mosaico" muy complejo de situaciones personales que espera la atención.

Vivir el día a día del hospital es ir descubriendo nuevas posibilidades y nuevas situaciones. Para ello hay que estar preparado y vocacionado.

Es saber que el enfermo y su familia, el personal sanitario y, por qué no, la estructura hospitalaria piden cada vez más un mejor conocimiento del medio, pero sobre todo de las personas. Es ir descubriendo y acercándose a ese enfermo, al más necesitado y desasistido, al terminal, a quien de alguna forma está olvidado (anciano, enfermo mental, etc.). En definitiva, entrar sin miedos, pero con mucho amor y cercanía a ese "su" mundo tan difícil y personal para, primero, escuchar y atender al enfermo y, después, comprender y caminar con él en la ayuda que necesite. Es ir recorriendo ese vasto y complicado camino de salud, enfermedad y muerte.

Es ir tomando en serio lo que tantas veces hemos oído y hemos definido como **relación de ayuda**.

Es brindar una ayuda para afrontar, a la luz de su propia fe, creencias y valores, los problemas que la vida diaria presenta a la persona ayudada: crisis, asesoramiento familiar, psicoterapia, pérdida del sentido de la vida o estima personal, duelos no resueltos, sentimientos de culpa, conflictos familiares, frustraciones, conflictos éticos y morales, aspectos negativos por experiencias del pasado, etc.

Es, por otra parte también, ir ofreciendo con nuestra presencia la acción salvífica, sanadora, curadora y liberadora en toda la asistencia a los enfermos, respetando en nuestra oferta la reali-

dad de cada uno de los enfermos o sus familias.

6. Necesidad del SARCH: el por qué y la importancia de los SARCH en el hospital

Muy importante ha sido tomar en serio y en consideración al SARCH y su trabajo en el hospital.

A modo de nota aclaratoria, por aquellos años y en los sucesivos se estaban dando los primeros pasos para la puesta en marcha del **Acuerdo Marco sobre Asistencia Religiosa en los Hospitales Públicos (24 de julio de 1985)**. Al año siguiente se publicaba, por la Comisión Episcopal de Pastoral el volumen título "**Asistencia religiosa en el hospital**".

Esquemáticamente quedaba bien claro que el SARCH es un servicio de la comunidad eclesial, presente en las instituciones sanitarias y a través de sus creyentes y enviados; insertado dentro de la estructura sanitaria y en colaboración con otros servicios, reconocido por derecho, realizado mediante los recursos que le son propios (Palabra, Liturgia, Sacramentos, Personas, etc.), prestado por quienes la Iglesia ha enviado, abierto a la colaboración de creyentes (respetando el credo de otras confesiones religiosas y a los no creyentes) y de hombres y mujeres de buena voluntad, y dirigido al enfermo, a su familia, a la Institución y a cuantos operan en la misma.

Ello dio paso a unas posibilidades a partir del Acuerdo como:

- A) Llenar un vacío legal y se reconoce oficialmente el SARCH como servicio al enfermo, su familia y personal sanitario.
- B) Garantizar el trabajo pastoral.
- C) Facilitar la asistencia religiosa en los hospitales.
- D) Reconocer la dimensión espiritual de la persona enferma y del valor terapéutico de su asistencia.

- E) Provocar en los capellanes una conciencia de estar con derecho propio en los centros hospitalarios.
- F) Facilitar una mayor y mejor atención pastoral a los enfermos hospitalizados al garantizar un número de capellanes.
- G) Posibilitar y favorecer el trabajo pastoral en equipo, programado.
- H) Etc.

Supuso para los SARCH un paso muy importante: que se comprendiera y se diera la importancia debida, no solo a la presencia de la Iglesia en la tarea evangelizadora en el hospital, dando a conocer a todo el mundo hospitalario la labor que venía desarrollando la Iglesia, sino también tomar más en serio la presencia de los Servicios Religiosos que tenían que ser conocidos y valorados dentro del organigrama general del hospital. El hacer llegar a las Gerencias de los hospitales toda la documentación pastoral del Día del Enfermo, conseguía no sólo dar a conocer la iniciativa de toda la Iglesia, sino que a la vez se tomara más en cuenta: a) la preocupación que la Iglesia quería dar a la labor de los capellanes en el hospital; b) concienciar a todo el personal hospitalario de la importancia del Servicio Religioso. En definitiva: que los capellanes no eran personas aisladas, sino miembros enviados por el Obispo, por la Iglesia diocesana y que su labor estaba estrechamente unida a la Pastoral de Conjunto, y, consecuentemente, en sintonía con el sentir y quehacer de toda la Iglesia.

Los Días del Enfermo son momentos importantes que ofrece la Iglesia para entrar en las situaciones de los enfermos, son días de reflexión, de toma de conciencia y responsabilidad. En definitiva, de evangelización. Por eso y en el hospital, *“Evangelizar no es para nadie un acto individual aislado, sino profundamente eclesial”* (EN, 60).

Todo ello ha traído consigo unas consecuencias positivas que paso a ofrecer:

1) *“Unidad”*. Porque en aquellos momentos y en éstos, el mundo de la salud en general y el del hospital en particular, sigue planteando a la Iglesia una problemática pastoral muy compleja y se necesitaba un “motor” que orientara, promoviera y animara la misma para poner en marcha conjuntamente una pastoral adecuada, que recorriera un mismo camino y no anduviéramos “ensayando” proyectos personales aislados faltos de orientación, contenidos y fines.

2) *No seguir siendo una pastoral aislada*, sino enmarcada en la Pastoral de Conjunto de la Iglesia y de las diócesis. Para ello, fue decisivo el trabajo del Departamento y de los Delegados diocesanos. Que la Pastoral de la Salud ya no es obra sólo de los capellanes y religiosos/as. La atención al mundo de la salud y la enfermedad es mucho más amplio que el que se realiza en centros sanitarios. Sus implicaciones desbordan lo simplemente asistencial hospitalario. Y comenzamos a descubrir que es un servicio de toda la Iglesia concretado en las parroquias, hospitales, Residencias, etc. y que todos tenemos un papel importante e insustituible.

3) *Comunión*. Al capellán se le veía y -también se le tenía- aislado del resto de la vida diocesana. Algunos habían conseguido plaza de capellán por “oposición” y su plaza la tenían segura. Otros vivían su vida personal y pastoral como un “ghetto”. Un mundo difícil de traspasar.

A) Se ha dado un gran giro. De ser el hospital un ente independiente e inconexo, pasamos, poco a poco, a mantener reuniones, conocimiento y riqueza de lo que estábamos haciendo y, finalmente, cómo poder coordinar mejor esa atención integral y temporal al enfermo. Creo que durante estos años, tanto los capellanes como las parroquias hemos mantenido una estrecha relación y que se ha visto plasmada en muchas diócesis en la comunicación por ambas partes de los enfermos ingresados o dados de alta y poniendo las primeras piedras

para la organización del voluntariado en los hospitales.

B) Esta nueva orientación hizo que muchos cambiaran de una actitud cerrada a una actitud de colaboración con las parroquias y una apertura a la vida diocesana; también una cercanía con el Obispo y el presbiterio. En definitiva, a una casi plena vida diocesana.

C) Trabajamos para integrar nuestra acción pastoral con la pastoral parroquial puesto que el hospital acoge al enfermo como prolongación de la comunidad parroquial.

El Hospital no es un lugar donde se “fabriquen enfermos”. Los enfermos nos vienen de la parroquia y en el mejor de los casos regresan a la parroquia.

A pesar del seguimiento que se puedan hacer a los pacientes, no es posible la continuidad en nuestra labor, pues su estancia es temporal. De ahí que remitamos y les hagamos referencia a la parroquia como “lugar” idóneo en el que deben proseguir su fortalecimiento en la fe. Fruto de ello es promover una relación y colaboración: información, acceso de visitas, colaboración de voluntarios de enfermos, etc. Es muy importante que el SARCH y las parroquias estén debidamente informados.

De esta forma, este intercambio hará gran bien al enfermo y a la familia. Sobre todo, comprenderán el interés que la Iglesia (hospital-parroquia) manifiesta por ellos.

D) Hemos visto la necesidad de seguir las líneas pastorales propuestas por el Obispo y en la que debe participar de las mismas mediante su presencia asidua en reuniones y encuentros que se convoquen

E) Otro aspecto a tener en cuenta es el servicio pastoral que los capellanes pudieran desempeñar participando en la diócesis, arciprestazgos o parroquias, colaborando con grupos de voluntariado, charlas de formación...etc.

7. La pastoral sacramental

No podía faltar la atención a la Pastoral Sacramental. La Pastoral de la Salud en el hospital no está orientada sólo a ofrecer los sacramentos de la enfermedad a los que están a punto de pasar de este mundo al Padre. Es mucho más amplia. Es acercarse, mediante la visita permanente y constante, al complejo mundo del enfermo, sus vivencias, temores, sentimientos, etc. para, así, ayudarle a vivir con sentido las diferentes fases de la enfermedad, luchar dignamente por su salud y acercarse a la muerte con esperanza, ser mejor escuchado, entendido, comprendido y ayudado. Con todo se nos descubría un mundo nuevo que nos invitaba a todos a una atención permanente, tanto si el enfermo está hospitalizado o en su domicilio, puesto que todo lo anteriormente descrito en el hospital se podía vivir de nuevo en el domicilio. Y es ahí donde la comunidad cristiana debe continuar su papel evangelizador.

Las celebraciones sacramentales y litúrgicas en el hospital son la consecuencia y la expresión de un trabajo previo y que consiste en la predicación y aceptación del Evangelio. Por eso, el lugar de los Sacramentos en la enfermedad nos ha ofrecido la posibilidad de preparar y cuidar su celebración, buscar momentos y lugares oportunos (habitación y capilla, celebraciones especiales y procurando, a veces, su celebración comunitariamente):

- Celebración de la Eucaristía.
- Bautismo.
- Comuni3n.
- Unci3n de Enfermos.
- Matrimonio.
- Exequias.
- Celebraciones litúrgicas.
- Etc.

8. La formaci3n

Por todo lo anteriormente expuesto, comprendemos que como la mayoría de los Agentes de Pastoral de cualquier campo evangelizador de la

Iglesia, necesitaban actualizarse periódicamente. Pero a diferencia de otros campos de Acción Pastoral, los Agentes de Pastoral Hospitalaria necesitarían, además de actualizar sus conocimientos teológico-morales, ponerse al día en cuanto a los avances científico-médicos, para poder evangelizar e iluminar desde la fe la vida que se desarrollaba diariamente en el Hospital. El Capellán debía de estar en permanente actitud de respuesta a las preguntas de la fe y al diálogo del creyente con la ciencia.

Los capellanes necesitaban y necesitan definir cuál es su misión específica dentro del mundo hospitalario, de forma profunda y concreta. Piénsese si no en la socialización de la medicina y en su estatificación, en la autonomía de las realidades terrenas, en la secularización progresiva de la sociedad, etcétera).

Para ello es necesario, entre otras cosas, conocer. De lo contrario, no sólo no podemos orientar (cuando sea el caso), sino ni tan siquiera conectar... Y para ello el Departamento de Pastoral de la Salud ofrecía y ofrece anualmente un Curso de Formación para capellanes cuyos temas y contenidos están en función, la mayoría de las veces, con el tema general del Día del Enfermo.

2. ¿Qué han aportado los hospitales y los sarch a los días del enfermo?

Como indicaba en el comienzo de mi exposición, hubiera sido necesario hacer un "estudio de campo" más profundo y donde se pudiera reflejar más objetivamente el tema que nos trata. Por eso, me limito en este segundo apartado a enumerar algunas pistas o aportaciones -pocas seguramente- de las aportaciones que los SARCH y los hospitales han ofrecido al Día del Enfermo.

Capellanes

- 1) Preocupación por la marcha del Día del Enfermo: tema, materiales, etc.
- 2) Reflexión de los temas, orientaciones, Dossier, etc.
- 3) Ofrecer nuestro servicio pastoral a las parroquias y arci prestazgos para las catequisis.
- 4) Participando en la formación de los grupos de voluntariado parroquial.
- 5) Invitando a los sacerdotes a participar en las celebraciones del hospital: Eucaristía, fiesta, comida, etc.
- 6) Invitando al voluntariado y contar con su colaboración y participación en la celebración del Día del Enfermo en el hospital.
- 7) Invitando a las familias de los enfermos.
- 8) Información general de su celebración por todo el hospital mediante hojas, estampa o pequeñas catequisis.
- 9) También información a las Gerencias o Direcciones hospitalarias.
- 10) Animar a los arci prestazgos y parroquias para su celebración.
- 11) Para su celebración en las parroquias, animar a participar en la preparación a los sacerdotes, grupos de voluntarios y familias.
- 12) Procurar una mayor participación posible de los enfermos.

Hospital

- 1) Colaborar en el mejor conocimiento y difusión de lo que se celebraba.
- 2) Interés de cuándo y cómo se iba a celebrar.

- 3) Aportando personas, medios humanos y económicos.
- 4) Colaborando en que ese día fuera “especial”: comida, regalo, fiesta, etc.
- 5) En algunos, presencia en la celebración: Misa y fiesta.
- 6) Participación de los profesionales: charlas, coloquios, celebración.

Con toda seguridad, en estos largos años de vida de vuestras Iglesias diocesanas vuestra tarea ha sido intensa y difícil, a la vez que fecunda al lado de los enfermos y de sus familias. Iglesias diocesanas que han encontrado aquí, como el Señor Jesús, una multitud hambrienta de Dios: *“...y el Señor al ver aquella muchedumbre se conmovió, porque estaban maltrechos y abatidos como ovejas sin pastor” (Mt 9, 36)*. Y vosotros, en un medio tan singular como es el hospital, os habéis conmovido y habéis querido estar muy cerca de ellos.

Esta tarea no ha terminado. Estamos en el camino de seguir acogiendo y recibiendo a mucha gente que nos va llegando. Porque, como nos dice el Evangelio: *“A estos los tendréis siempre con vosotros”*. A ellos hay que seguir ofreciendo lo único que la Iglesia puede ofrecerles: a Cristo, el Señor. Somos, pues, continuadores de su misión.

6.1

Aportación de la campana del Día del Enfermo a la parroquia y viceversa.

> Amalia Rodríguez Bernal,
*Delegada diocesana de pastoral
de la salud. Arzobispado de Sevilla.*



Amalia Rodríguez Bernal

La celebración del Día del Enfermo se concibe desde el principio como Jornada de Sensibilización en la Iglesia española en torno a la evangelización del mundo de la salud. En este sentido, es lógico que sea en el ámbito de las comunidades cristianas y dentro de ellas, las parroquias, donde esto pueda llevarse realmente a cabo.

La dificultad en el año 85 surgía porque la sensibilización de las parroquias en Pastoral Sanitaria como se denominaba entonces, era mínima.

Apenas existían “grupos parroquiales” que de una forma **organizada** pudieran llevar a cabo una acción pastoral sanitaria en su seno.

Sin embargo, esta jornada del Día del Enfermo se convertía por sí misma en el acicate y el medio que permitiera esta sensibilización y con ella, el compromiso de la parroquia con el mundo del enfermo, la familia, la asistencia sanitaria y su evangelización.

Es por ello, que desde un principio se consideró fundamental, la existencia de **material catequético**, (de formación), adaptado a las personas que trabajan y viven su fe en las parroquias.

Los primeros años sirvieron para este fin las mismas catequesis elaboradas por el Departamento Nacional de Pastoral de la Salud de la CEE, que en su versión de catequesis de niños, jóvenes y adultos, se convirtieron a través de los años en un material, -yo me atrevo a decir único- para llevar una noticia sobre la salud y la enfermedad a sus destinatarios e incorporar una visión cristiana de los temas tratados, -tan necesaria en los tiempos que corren- y que no han perdido la más mínima actualidad.

Su uso, hoy, en los distintos grupos puede y debe seguir contribuyendo a la tarea tan importante que tienen que desarrollar las comunidades cristianas en la **evangelización de la cultura de la salud**.

La labor de los grupos parroquiales de P.S. -que cada vez iban siendo más numerosos-, en el

acercamiento de estos materiales a los distintos grupos de la parroquia, así como a los catequistas de niños y jóvenes y la difusión de ellos a través de profesores pertenecientes a las comunidades parroquiales que lo difundían en sus propios centros de trabajo, creo que ha sido notable al menos en algunas Diócesis.

Fueron años de ilusión y entusiasmo, que animaron la vida parroquial e insertaron en la reflexión de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad a todos los miembros de la comunidad.

- Que al mismo tiempo descubrían la liberación y la fuerza salvadora que ofrece el Evangelio a todos los que de alguna manera u otra experimentamos el dolor y la enfermedad en nuestras vidas.
- Y se comprometían en el ejercicio de una mayor solidaridad y acompañamiento de los enfermos y sus familias.

También quiero resaltar la gran contribución de nuestra querida y añorada **Hna. Paquita, Delegada Diocesana de Pastoral de la Salud** por la diócesis de Calahorra y La Calzada-Logroño durante tantos años..., que facilitaba a todas las demás diócesis los "**Temas de Formación**" que preparaban para el uso en las parroquias de la suya, con la inestimable aportación de **Basilio Pérez de Mendiguren** y la impaciente espera y gran acogida que siempre le han dispensado los grupos parroquiales de Pastoral de la Salud.

No me extenderé en la dimensión celebrativa porque ya lo ha tratado **Jesús Conde**, pero no me resigno a no señalar, cómo las **celebraciones comunitarias del Sacramento de la Unción** han hecho visible al enfermo en los templos parroquiales.

Han sensibilizado sobre las dificultades que tienen los enfermos y sus familias, para poder participar en la vida de la parroquia, (transporte, accesos, barreras arquitectónicas y mentales...) y han ayudado a promover una mayor **integración real**, del enfermo en la comunidad, descubriéndolo

como sujeto activo y pleno.

Otra aportación aunque menos común, no por eso menos significativa es la **implicación de los profesionales** sanitarios de los Centros de Salud, en la campaña del Día del Enfermo, al ser invitados por las parroquias en nuestros pueblos y barrios a participar en actos organizados con motivo de la celebración del Día del Enfermo, (mesas redondas, conferencias, debates sobre problemas sanitarios locales...), que promueven la contribución a una mayor humanización de la asistencia sanitaria y el compromiso de la comunidad parroquial en la defensa de los derechos del enfermo.

Qué podemos hacer de cara al futuro.

A mi parecer, la campaña del Día del Enfermo es algo que forma parte de la vida de las comunidades parroquiales que desarrollan una labor de Pastoral de la Salud y cuentan con un grupo organizado.

Es más, yo diría que el Día del Enfermo y su material formativo, vertebraba la dinámica del grupo y su acción sensibilizadora hacia el resto de la comunidad parroquial.

Pero lo importante es seguir trabajando en la sensibilización. Queda mucho por recorrer y hay que trabajar a los distintos niveles.

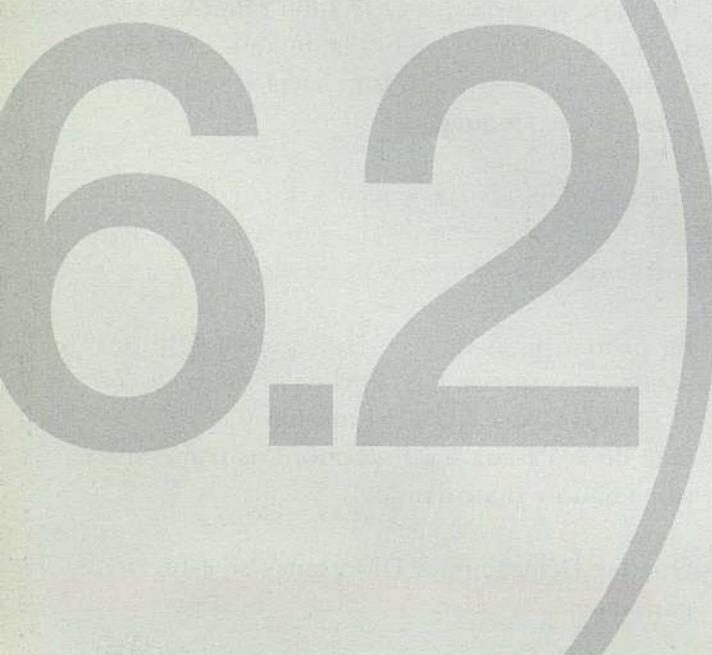
- En primer lugar es necesario que los Obispos conozcan y aprecien el papel pastoral que tiene la Campaña del Día del Enfermo y la celebración de la Pascua del Enfermo. Los frutos que ya ha dado y sigue dando.
- Que las Delegaciones Diocesanas se esfuercen para que:

- Los materiales sean presentados en el Consejo Episcopal, y los Arciprestazgos. Los sacerdotes se impliquen en la Campaña y la Pastoral de la Salud sea considerada como un sector pastoral más, con sus respectivos objetivos, medios y acciones. Todas las parroquias de su demarcación participen en la Campaña, les lleguen los materiales, sepan como se utilizan en otros lugares...

- Reforzar la **dimensión arciprestal**, mediante la realización de **“puestas en común”** de los trabajos de los grupos parroquiales. Organización de **“la semana del enfermo”** los días previos, con programación de: Conferencias, Mesas Redondas con participación de enfermos, familiares, profesionales sanitarios y agentes de pastoral, Oración Comunitaria...

- Y todas las parroquias celebren la **Pascua del Enfermo con una dimensión fuertemente evangelizadora** y no sólo sacramental

- Que la Pascua del Enfermo sea tenida en cuenta en el **calendario pastoral** a nivel nacional, diocesano, arciprestal y parroquial porque se conozca, y pueda así, ser valorada como medio fecundo, para llevar la Buena Noticia de la Salud que Dios trae al hombre, a todo el hombre y a todos los hombres.



Quisiéramos explicarle muchas cosas sobre nosotros...

Que somos los líderes en el mercado de la Restauración Colectiva.

Que pertenecemos a Compass Group, el mayor operador de restauración a nivel mundial, presente en más de 65 países.

Que en España atendemos a más de 1800 clientes.

El sabor de la experiencia

Podríamos explicarle muchas cosas más...

Pero no queremos cansarle con datos y cifras, porque lo que ofrecemos es **SERVICIO** y los servicios van dirigidos a **PERSONAS** y las **PERSONAS** sólo acuden a quien les genera **CONFIANZA**.

Eurest Colectividades, S.L.

Sede Social
Camino de la Zarzuela, 19-21
Aravaca - 28023 Madrid

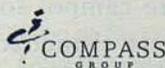
Tel.: 91 542 53 39
Fax: 91 740 25 48

Delegaciones y Oficinas

| | |
|-------------|--------------------|
| A Coruña | Tel.: 981 63 61 74 |
| Alicante | Tel.: 96 568 20 30 |
| Barcelona | Tel.: 93 470 29 80 |
| Bilbao | Tel.: 94 454 15 88 |
| Girona | Tel.: 972 47 40 13 |
| Las Palmas | Tel.: 928 57 44 16 |
| Madrid | Tel.: 91 542 53 39 |
| Málaga | Tel.: 95 236 81 22 |
| Oviedo | Tel.: 98 511 35 80 |
| Palencia | Tel.: 979 16 59 35 |
| P. Mallorca | Tel.: 971 49 14 53 |
| Sevilla | Tel.: 95 418 57 55 |
| Tarragona | Tel.: 977 29 22 73 |
| Tenerife | Tel.: 922 25 60 40 |
| Valencia | Tel.: 96 337 83 10 |
| Vigo | Tel.: 986 26 56 30 |
| Zaragoza | Tel.: 976 22 63 07 |



MEDIREST



Eurest Services
Support Services

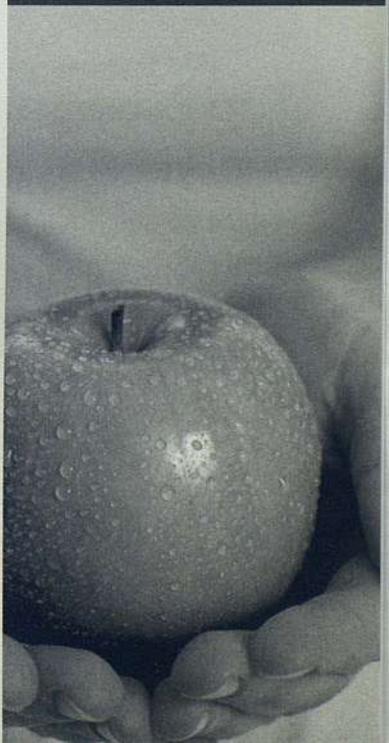
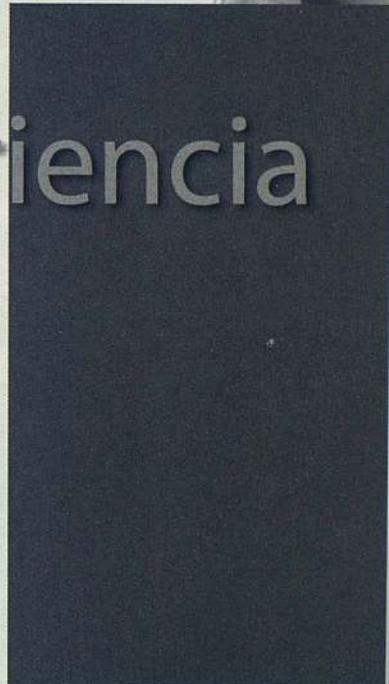
Eurest
Restauración Sector Empresa

Scolarest
Restauración Sector Educación

MEDIREST
Restauración Sector Salud

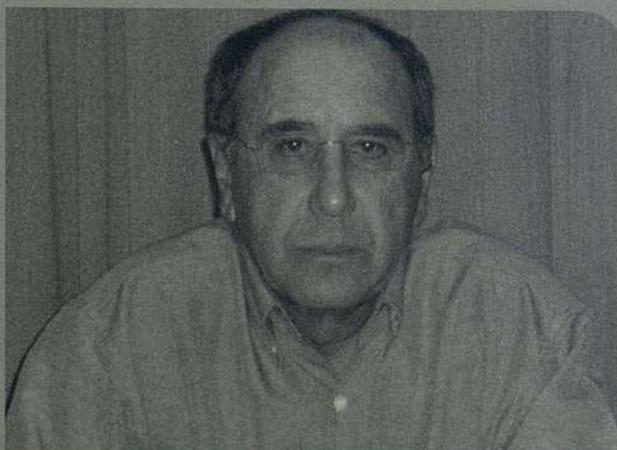
VITarest
Comida a domicilio

VILAPLANA
Alta Restauración



Aportación de la campaña a los enfermos y de éstos a la campaña en sus 25 años.

> José M^a López López,
Director de la Unidad de Intervención
Educativa de Segovia.
Consiliario de la Fraternidad Cristiana de
Personas con Discapacidad de Castilla.



José M^a López López

Tres aspectos previos a la comunicación.

1) Uno de ámbito general: *“Los viejos roqueros nunca mueren”*. Lo digo viendo el elenco de comunicadores a quienes el Equipo Nacional de Pastoral de la Salud nos ha encargado las ponencias y comunicaciones en estas Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud. Ninguno cumplimos ya los treinta. Se lo hice ver a **Abilio**, Director del Departamento de Pastoral de la Salud y me dijo que era cierto, pero que todos habíamos estado en el inicio de las celebraciones y campañas del Día del Enfermo y en buena parte o en la totalidad de su recorrido en estos veinticinco años. Visto así, bien está y lo que bien está bien debe parecer. Si estos *“viejos roqueros”* hemos aportado algo de novedad e ilusión en este campo, ¡loado sea Dios!. Supongo que nuestra intención, la de todos los ponentes de estas Jornadas a los que conozco y quiero, será la de aportar nuestra experiencia y visión de los distintos campos de la Pastoral de la Salud. La que a mi me han encomendado creo yo que quiere, en pura esencia evangélica, animar a *“colocar a los enfermos en medio de la Iglesia para que proclamen el Evangelio de Dios. Lo pueden hacer mejor que nadie. Únicamente piden a los sanos que se acuerden de ellos y los atiendan un poco para que ellos puedan más fácilmente cumplir su oficio de anunciar el Evangelio. Los enfermos piensan que pueden dar más de lo que reciben. En esto puede estar su felicidad”*¹.

2) Otro, experimental-pastoral. 25 años de celebración de la Campaña del Día del Enfermo. 25 años, de 1970 a 1995, fueron los que estubo de Obispo en mi Diócesis de Segovia **D. Antonio Palenzuela Velásquez**, ya fallecido. Le he recordado por esta circunstancia y, sobre todo, porque sus escritos sobre el Día del Enfermo, por ceñirme a este campo, son un auténtico tratado de esencia evangélica. Por esto aludiré en esta aportación a alguno de estos escritos,

que eran el fiel reflejo de su presencia cercana, afectiva y efectiva junto a los enfermos y personas con discapacidad. Conocía a muchos por sus nombres y los enfermos le sentían como un auténtico padre y pastor. Enfermos mentales, a los que visitaba al menos dos veces al año en el Hospital Psiquiátrico de Segovia, acudían a su casa cuando bajaban a la ciudad. Siempre eran recibidos personalmente por él y a ellos les dedicaba parte de su tiempo con cariño y ternura.

- 3) El tercer aspecto previo es de índole personal-laboral: llevo muchos años trabajando con chicos y chicas provenientes del Juzgado de Menores. Mi trabajo, y el de los compañeros que lo hacemos en equipo, consiste en elaborar con estos chicos un programa socio-educativo para el cumplimiento de la medida judicial y acompañarles en el proceso de su ejecución, tratando de ayudarles a que asuman lo que han hecho y traten de cambiar personalmente hacia actitudes más positivas para su desarrollo psico-social. Una medida judicial, sobre todo la de Libertad Vigilada, supone una acotación de la vida de los chicos. Lo que más les suele costar es establecer un horario de llegada a casa los fines de semana. Solemos dejar que sean los padres y los chicos los que determinen el horario. Los padres son más restrictivos, como parece lógico y los chicos, también en su lógica, quieren que el horario se amplíe lo más posible: Su argumento casi siempre es el mismo: *“todos los chicos de mi edad salen hasta muy tarde”*. La pregunta mía es obvia: *¿Conoces a todos los chicos de Segovia? No, suelen decirme. Entonces, ¿por qué afirmas que todos los chicos salen hasta muy tarde?*

Perdonad esta pequeña digresión biográfica. La he recordado para situar mi aportación. Cuando Abilio me encargó esta comunicación, acordándome de lo que acabo de contaros, le dije

que se la debía haber encargado a un enfermo, que hubiera vivido este proceso en primera persona, pues nadie mejor que ellos para hablar de la presencia y participación de los enfermos en las Campañas del Día del Enfermo. Su argumento fue que yo había acompañado a muchos enfermos y personas con problemas de salud mental o con discapacidad física en estos años, que era parte activa de este recorrido y me lo escribió con unas palabras muy hermosas que reproduzco: *“Tú has sido parte de ese camino. Lo has recorrido personalmente, has caminado en compañía y soledad y has ayudado a otros a recorrerlo. Como sacerdote y hermano entre hermanos, has empujado la silla para que otros pudieran seguir el camino, has arrimado el hombro y el brazo, o, sin más, has cogido en brazos gritando “no son menos válidos” y has conseguido quitar penas y ayudar a pensar que tu amor aliviaba su dolor”*. Ante esto no pude negarme, pero soy consciente de que mi aportación será parcial porque, al igual que planteo a mis chicos, yo no conozco a todos los enfermos, ni siquiera todas las situaciones. Mi experiencia personal se centra en parte de estos veinticinco años en el campo de la Salud Mental, acompañando a enfermos mentales como capellán del Hospital Psiquiátrico y Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud de mi Diócesis, Segovia y unos años como Coordinador de la Comisión de Pastoral de la Salud Mental del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española y del año 1990 al 1996, Consiliario General de la Fraternidad Cristiana de Personas con Discapacidad de España, conocida como **LA FRATER**. Sigo muy integrado en este hermoso Movimiento Apostólico.

Hechas estas salvedades voy a intentar ceñirme al guión que nos han asignado, con una aportación previa fundamental:

1- (Antonio Palenzuela, Obispo de Segovia, 1986). Del libro “Monseñor Palenzuela, Obispo, Pensador y Teólogo”.
Página 1082. Autores: Ángel Galindo García y Miguel Martínez Antón.

Anuncio del Evangelio- curación de enfermos.

“El día del Enfermo recuerda a nuestra Iglesia y a nuestros cristianos verdades olvidadas. Nos hemos acostumbrado a ver en la atención a los enfermos solo una obra de caridad personal. Sin duda es así. Pero es bastante más. Junto con el anuncio del Reino, curar enfermos es parte de la misión de Jesús. Es igualmente parte del encargo que de Jesús reciben sus discípulos.

La Iglesia primitiva, junto al anuncio del Evangelio, tiene como tarea fundamental la curación de enfermos. Cuidar, aliviar y sanar enfermos está íntimamente ligado al anuncio del Reino de Dios que llega.

Que hayan de intervenir cada vez más en esta tarea la ciencia y la técnica no cambia sustancialmente las cosas para la comunidad cristiana y para el cristiano. Se trata de proseguir la “causa” de Jesús. A Jesús le conmueven el dolor y la angustia del enfermo. Pero las curaciones en Jesús son además y ante todo, algo que acompaña necesariamente a su misión, como el humo al fuego. Con Jesús despunta el Reinado venidero de Dios, bajo el que se salvará el hombre entero.

Las curaciones de enfermos son las señales y uno de los primeros frutos de la cercanía del Reinado de Dios, que con Jesús está entrando. Son consiguientemente, anticipaciones de la plenitud de la salvación que aún está por llegar y así abren a la esperanza a los enfermos favorecidos por ellas”².

1. Presencia y participación de los Enfermos en la Campaña del Enfermo.

Las Campañas del Día del Enfermo van dirigidas a toda la Iglesia y sociedad. Y sin embargo, parece que las distintas Campañas, teniendo como destinatarios, como no puede ser de otro modo, a los enfermos y la acción pastoral con ellos, se dirige más a los sanos y distintos agentes de pastoral de la salud, entre los que no siempre se encuentran los enfermos. La presencia y participación de los enfermos en las Campañas del Enfermo parece escasa. Lo que no quiere decir que no haya preocupación por los enfermos. Lo recuerdan bien nuestros obispos.

“La mirada a la acción de nuestras comunidades cristianas con los enfermos nos descubre su preocupación cada día mayor por los enfermos; pero en general la atención que les prestan se reduce a la visita y los sacramentos a una asistencia caritativa. Los enfermos siguen siendo, sobre todo, los destinatarios de sus cuidados, pero no se los considera en la práctica, como miembros activos y plenos. En general, no ocupan hoy en las comunidades cristianas el lugar que les corresponde, el que tuvieron en la vida de Jesús, en las primeras comunidades y en otras épocas de la vida de la Iglesia”³.

Esta afirmación estaba hecha en el año 1990. Me pregunto si sigue teniendo actualidad casi veinte años después. Y me respondo que probablemente sí. La presencia y participación de los enfermos en buena medida se ha quedado reducida a participar únicamente en la celebración de la Eucaristía del Día del Enfermo, con participación concreta en algún momento de la misma, lecturas,

2- (Antonio Palenzuela, Obispo de Segovia, 1987). Del libro “Monseñor Palenzuela Obispo, Pensador y Teólogo”.
Página 1083. Autores Ángel Galindo García y Miguel Martínez Antón.

3- Mensaje Obispos Comisión de la Comisión de Pastoral -Año 1990-

canciones, ofrendas... Son escasos los enfermos que participan en las charlas y encuentros que realizamos y rara vez interviene como ponente una persona enferma o con discapacidad. Tengo la impresión de que los enfermos mentales son los grandes olvidados de nuestra Pastoral de la Salud, a pesar de haberles dedicado la Campaña del Día del Enfermo del año 1996 con el tema: **“El enfermo mental en la sociedad y en la Iglesia”** y el lema, que tiene plena actualidad. **“con vosotros está y no le conocéis”**. En el año 1999 el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española publicó un **PLAN PASTORAL DE SALUD MENTAL EN LAS PARROQUIAS** con el subtítulo: *“Hacia la acogida e incorporación del enfermo mental en la Parroquia, en colaboración con las distintas realidades ya existentes”*.

Fue el fruto de las Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud Mental de aquel año. Debe dormir en alguno de los cajones de los despachos de los secretariados y convendría despertarle.

“La tarea fundamental de la comunidad cristiana es evangelizar. Para realizarla ha de inspirarse en Jesús, el primer evangelizador. Jesús evangeliza curando. Los enfermos son el campo privilegiado de su actuación y su primera prioridad. Está cerca de ellos, los acoge, escucha y comprende. Les infunde aliento y esperanza. Les ayuda a descubrir que no están solos y abandonados de Dios. Jesús les ofrece en la curación corporal la sanación de toda su persona, liberándoles de la culpa, reconciliándolos con Dios y devolviéndoles la paz y la salvación total. Jesús los reintegra en la comunidad y les encomienda una misión. A partir y en el interior de esa acción curadora Jesús anuncia el Reino y revela el verdadero rostro del Padre, amigo del hombre y amigo de la vida”⁴.

Reconociendo todo el esfuerzo que se ha hecho en estos veinticinco años y se hace hoy en la Iglesia por intentar acertar en esta tarea de la

pastoral de la salud y agradeciendo a Dios la generosidad y entrega ilusionada de tantos agentes de esta pastoral, debiéramos propiciar una nueva situación: aquella en la que la persona enferma y discapacitada pase, de ser receptora pasiva de cuidados y atenciones, a ser **protagonista** de su propio desarrollo integral y sujeto evangelizador activo en la comunidad de los discípulos de Jesús, con una capacidad evangelizadora en el mundo del enfermo y discapacitado en la Iglesia. Esto sería creer en la fuerza de los débiles, estando al lado de los débiles y sintiéndonos débiles. En nuestra debilidad deberíamos sentir y vivir la fortaleza del Espíritu de Jesús. (2ª Cor. 12,9).

2. Qué han aportado los Días del Enfermo a los Enfermos.

“La enfermedad grave no es un mal cualquiera. Afecta al centro de la persona; amenaza su comunicación con los demás y a su vez, cualquier falta o perturbación en la comunicación del enfermo con los suyos, o sus amigos y conocidos, agrava su enfermedad.

Toda comunidad cristiana, y en primer término, la más pequeña, la familia, debiera crear en torno a los enfermos un ambiente de cercanía y amor en el que ellos pudieran percibir la bondad ya operante de Dios y esperar la salvación total y lograr, al menos, su alivio.

“Salud” es un concepto global. Es la persona en su totalidad la que está sana o enferma. Esta afirmación que, dicha así, parece de puro obvia tan banal, no lo es tanto, pues se olvida muchas veces. Resulta frecuentemente más fácil y cómodo tomar un fármaco que cambiar de manera de ser.

En la unidad de la persona, su cuerpo y su psiquismo están fundidos. Pero solo hay una persona humana dentro de una comunidad. Por eso la salud o enfermedad de una persona tiene que ver con las actitudes y comportamientos que ella mantiene con la comunidad y, a la vez, con los que esta mantiene con ella. La influencia entre persona y comunidad es recíproca.

Sin que se niegue la necesidad de la medicina científica aplicada al cuerpo, vemos hoy cada vez con mayor claridad que la "salud" como la "salvación -dos términos afines- están en el cruce de varias dimensiones; ninguna de ellas puede olvidarse⁵.

Traigo a colación esta cita porque puede iluminar lo que considero que los Días del Enfermo han aportado a los enfermos. Estas celebraciones han contribuido a acercarse a los enfermos con más respeto y amor, a acompañarles y crear en torno de ellos un clima acogedor y sereno, sintiéndose acogidos. Les han ayudado en no pocos casos a ir descubriendo el sentido de su dolor, a vivirlo con esperanza y asumirlo, cuando es inevitable, con una actitud de confianza y amor, que es sin duda el gran milagro de la fe cristiana.

Revitalización de los sacramentos de enfermos, sobre todo la Unción de Enfermos, que no es un rito mágico que produce mecánicamente sus efectos. El gesto de la unción y la súplica de la Iglesia en favor del enfermo, inspirada por la Fe, son las señales de que el Señor acude con su poder salvador en ayuda del enfermo.

Espero que, tal como dicen nuestros obispos, *"a la luz del Evangelio la celebración de los Días del Enfermo hayan contribuido a 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 crisis⁶.

3. Qué han aportado los Enfermos a los Días del Enfermo.

La presencia afectiva y efectiva junto a los enfermos debe ser *"el testimonio y la fuerza de la Iglesia, porque Cristo ha enviado su Iglesia para anunciar el Reino de Dios y curar a los enfermos. Estos son los dos objetivos que integran la misión de la Iglesia: anunciar el Reino de Dios, la cercanía del Dios que viene a salvarnos, del Dios que lo transforma todo y lo llenará todo, y como señal de esa proximidad, de esa cercanía de Dios, del Dios que ya llegará, es la atención y la cura de los enfermos, en ese cuidado de estos, sobre todo de los incurables, de aquellos que difícilmente pueden mostrar una respuesta gratificante.*

Esta es la señal más elocuente de ese Dios que se acerca, de ese Dios que está con nosotros, un Dios del bien, la señal más apta que necesita esa presencia del Dios del bien. Dios es la cura o el remedio de aquellos que sufren, que ya no son útiles a la sociedad, que no son de suyo gratificantes para otros; es en el extremo de situaciones humanas donde allí aparece la Gracia de Dios, que se ha manifestado en Nuestro Señor Jesucristo⁷.

Los enfermos aportan su propia persona, imagen viva de Cristo. Lo expresan con claridad algunos de los Mensajes de los Obispos de la

5- Mensaje Obispos Comisión de la Comisión de Pastoral -Año 1990-

6- Mensaje Obispos Comisión de la Comisión de Pastoral -Año 1995-

7- (Antonio Palenzuela, Obispo de Segovia, 1989). Del libro "Monseñor Palenzuela Obispo, Pensador y Teólogo".

Página 1092. Autores Ángel Galindo García y Miguel Martínez Antón.

Comisión de Pastoral, con motivo del Día del Enfermo, aludiendo a distintas situaciones vitales:

- *Los enfermos nos explican, con su estado, que la salud, siendo muy importante, no es el valor definitivo de nuestras vidas.* (1985)
- *Los enfermos nos muestran lo más radical de nuestra condición de seres limitados y encadenados, por nuestra propia naturaleza, al dominio del dolor y de la muerte.* (1985)
- *En muchos casos, los enfermos son una lección viva de coraje y de esperanza, nos descubren que el hombre es capaz de superar adversidades y, con frecuencia, ganan a los sanos en ternura, entrega y amor.* (1985)
- *Los enfermos que viven con sentido cristiano cada una de las etapas de su enfermedad, son un testimonio vivo de que es posible mantener el vigor de la esperanza, la paz serena e incluso la alegría; ser fieles al Dios que siempre es fiel; luchar con la enfermedad, asumirla con amor, y madurar humana y cristianamente.* (1986)
- *Los enfermos, con su actitud, nos ayudan a vivir y recuperar los valores fundamentales del Evangelio: la gratuidad, la fuerza del amor, la esperanza, la entereza en la hora de la prueba.* (1986)
- *Los enfermos, desde su postración, nos llaman a la solidaridad humana, el amor servicial y sacrificado y a la reivindicación de sus derechos.* (1986)
- *Los enfermos nos ayudan a ser realistas en un mundo que vive de apariencias, de espaldas a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte, porque nos hacen reconocer que somos frágiles, limitados, mortales, pero con un caudal de energías ocultas muy considerables.* (1986)
- *Los enfermos nos muestran el rostro de Cristo y lo más original y llamativo del Dios cristiano: un Dios que, por amor, se anonada y compar-*

te hasta el fondo el dolor del hombre, y así nos salva. (1986)

4. Propuestas de cara al futuro.

Si como hemos dicho más arriba, la atención integral a los enfermos es algo que acompaña necesariamente a la misión de Jesucristo y el anuncio del Evangelio, como el humo al fuego, me parece que en la Iglesia tenemos que hacer un proceso de revisión seria de nuestras prioridades y de corrección fraterna para ayudarnos a vivir en esta línea.

Recojo algunas propuestas de futuro también de los Mensajes del Día del Enfermo de los Obispos de la Comisión de Pastoral, expresados en distintas Campañas del Enfermo, mensajes muy lúcidos que sitúan bien la misión de la Iglesia en estos temas y termino con una invitación a practicar la corrección fraterna para que recuperemos la senda que nos lleve a la vivencia de lo esencial de nuestro cristianismo.

Propuestas:

- *Despertar y afinar la sensibilidad hacia el prójimo enfermo y desarrollar actitudes de cercanía y asistencia (SD 29) (1985), acercándonos a ellos no como maestros y consejeros que van a dar lecciones, sino como discípulos que desean escuchar y aprender (1986).*
- *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 (1995).*
- *Promover una solidaridad afectiva y efectiva*

hacia los enfermos. "El sufrimiento está presente en el mundo para irradiar el amor" (SD 29), (1985) estando a su lado incondicionalmente, solidarios con sus necesidades, y sintonizando con lo que ellos viven, sienten y experimentan (1986).

- Reconocer que los enfermos son miembros activos en las comunidades cristianas a las que evangelizan desde su situación (1988).
- Fomentar el protagonismo del enfermo en la celebración de los sacramentos. Es él quien ha de solicitarlo o aceptarlo con fe y celebrarlo consciente y libremente. Hemos de respetar, por consiguiente, los niveles de fe del enfermo y evitar toda presión o celo intempestivo (1994).

No tengamos miedo, sin embargo, a hacer propuestas personales respetuosas de oferta de la fe y los sacramentos.

Corrección Fraternal para vivir mejor los valores del Reino de Dios

Creo honestamente que en la Iglesia de Jesús somos bastantes los que estamos lejos de practicar todas o algunas de estas propuestas. Cada uno de los responsables de los distintos campos de la Pastoral de la Salud deberemos revisarnos y corregir las desviaciones evangélicas en el ejercicio de nuestra tarea pastoral, al tiempo que debemos ejercitarnos en la corrección fraternal con los miembros creyentes de nuestras comunidades parroquiales o diocesanas, comenzando por los propios obispos.

"El asunto de la corrección fraternal es un asunto delicado y de difícil manejo que conviene entenderlo bien. Desde una perspectiva evangélica hay que decir que cuando un individuo, un grupo o

una comunidad "renuncian", "olvidan" o "hacen caso omiso" de la corrección fraternal (individual y/o comunitaria) entonces es mucho más fácil -también más frecuente- comprobar cierto estado o situación de alejamiento de las enseñanzas del Evangelio. En consecuencia, cuando falla o se debilita seriamente la corrección fraternal puede ser un signo de que también falla o se debilita el propio compromiso (personal y comunitario) en el seguimiento de Jesús.

Quizás no seamos muy conscientes de ello, quizás nos hayamos acostumbrado a restar importancia espiritual (y pastoral y social) a la corrección fraternal según se desprende de las enseñanzas del Evangelio y de las cartas paulinas. En cualquier caso cuando un individuo o una comunidad no practican la corrección fraternal según el Espíritu de los seguidores de Jesús, fácilmente se termina cayendo en esa actitud de "ir tirando" que tanto tiene que ver con la mediocridad de las cosas, los individuos y las instituciones y que daña la vida espiritual de las personas (también daña las relaciones humanas y la vida de la Iglesia)". No puede haber verdadera corrección fraternal sin verdadero amor al hermano⁸.

La atención a los enfermos ha sido siempre para una comunidad cristiana señal de fidelidad a Jesús. No se entiende que una comunidad cristiana se identifique con Jesucristo y no se comporte con el enfermo de un modo parecido al suyo. Los enfermos han de estar en el corazón de cualquier comunidad cristiana⁹.

Si nuestros obispos y vicarios no tienen claro esto en la práctica pastoral, debemos animarlos-correrlos fraternalmente para que cambien de actitud.

Lorenzo Milani, creo que incoado su proceso de beatificación, pedagogo y párroco de Barbiana

8- (Miguel Martínez Antón).

9- (Antonio Palenzuela, Obispo de Segovia, 1991). Del libro "Monseñor Palenzuela Obispo, Pensador y Teólogo". Página 1088. Autores Ángel Galindo García y Miguel Martínez Antón.

en Italia, dejó escrito: *Ante el Obispo una muralla de Papel e Incienso*, del que entresaco algunos párrafos para animarnos a corregir fraternalmente, si vemos que en las prioridades pastorales de la Diócesis no está la atención a los enfermos, incluso a nuestros obispos.

“La crítica a los cardenales y a los obispos es lícita; digamos ahora que es un deber: un preciso deber de piedad filial. Y hasta un noble deber, precisamente porque cumplirlo cuesta caro.

¿Hemos intentado alguna vez hablarles francamente, como hablaríamos a un hijo nuestro cogido en falta? Pues no, hay que confesarlo, ninguno de nosotros se ha preocupado de educar a su obispo.

Es más cómodo tratarle con los dorados guantes mentirosos de siempre, que nos permiten a él y a nosotros vivir sin disgustos. Y mientras, él crece, madura y envejece, sin crecer, ni madurar, ni envejecer.

Criticaremos a nuestros obispos porque queremos su bien, esto es, que se hagan mejores, más informados, más serios, más humildes. Ningún obispo puede vanagloriarse de no tener nada que aprender. Tiene necesidad de ello como todos nosotros. Tal vez más que nosotros por la mayor responsabilidad que lleva y por el aislamiento a que le obliga el mismo cargo. Y no es ninguna soberbia querer enseñar al obispo, porque todos trataremos de hablarle de aquellas cosas de que tenemos experiencia directa y él no.

El obispo tiene un campo en el que puede tratarlos a todos como a escolares. El Sacramento que lleva y los que puede dar. En este campo no podemos presentarnos a él más que de rodillas. En todos los demás nos presentaremos de pie. Alguna vez hasta sentados y en cátedras más altas

que la suya. Aquellas en que Dios nos ha puesto a nosotros y no a él. El último de nosotros tiene al menos una de esas cátedras y al obispo ante él como un colegial”¹⁰.

Los cristianos somos portadores de una “buena noticia” de salvación. No podemos callarla. La aguardan un sinnúmero de enfermos de alma y cuerpo.

10- (Lorenzo Milani) Pedagogo y Párroco de Barbiana, Italia (1923-1967)

Fragmento de una carta escrita en 1959 para el semanario de la izquierda católica florentina, que no fue publicada sino después de su muerte en L'Espresso 19.5.1968.

hacia los enfermos. “El sufrimiento está presente en el mundo para irradiar el amor” (SD 29), (1985) estando a su lado incondicionalmente, solidarios con sus necesidades, y sintonizando con lo que ellos viven, sienten y experimentan (1986).

- Reconocer que los enfermos son miembros activos en las comunidades cristianas a las que evangelizan desde su situación (1988).
- Fomentar el protagonismo del enfermo en la celebración de los sacramentos. Es él quien ha de solicitarlo o aceptarlo con fe y celebrarlo consciente y libremente. Hemos de respetar, por consiguiente, los niveles de fe del enfermo y evitar toda presión o celo intempestivo (1994).

No tengamos miedo, sin embargo, a hacer propuestas personales respetuosas de oferta de la fe y los sacramentos.

Corrección Fraternal para vivir mejor los valores del Reino de Dios

Creo honestamente que en la Iglesia de Jesús somos bastantes los que estamos lejos de practicar todas o algunas de estas propuestas. Cada uno de los responsables de los distintos campos de la Pastoral de la Salud deberemos revisarnos y corregir las desviaciones evangélicas en el ejercicio de nuestra tarea pastoral, al tiempo que debemos ejercitarnos en la corrección fraternal con los miembros creyentes de nuestras comunidades parroquiales o diocesanas, comenzando por los propios obispos.

“El asunto de la corrección fraternal es un asunto delicado y de difícil manejo que conviene entenderlo bien. Desde una perspectiva evangélica hay que decir que cuando un individuo, un grupo o

una comunidad “renuncian”, “olvidan” o “hacen caso omiso” de la corrección fraternal (individual y/o comunitaria) entonces es mucho más fácil -también más frecuente- comprobar cierto estado o situación de alejamiento de las enseñanzas del Evangelio. En consecuencia, cuando falla o se debilita seriamente la corrección fraternal puede ser un signo de que también falla o se debilita el propio compromiso (personal y comunitario) en el seguimiento de Jesús.

Quizás no seamos muy conscientes de ello, quizás nos hayamos acostumbrado a restar importancia espiritual (y pastoral y social) a la corrección fraternal según se desprende de las enseñanzas del Evangelio y de las cartas paulinas. En cualquier caso cuando un individuo o una comunidad no practican la corrección fraternal según el Espíritu de los seguidores de Jesús, fácilmente se termina cayendo en esa actitud de “ir tirando” que tanto tiene que ver con la mediocridad de las cosas, los individuos y las instituciones y que daña la vida espiritual de las personas (también daña las relaciones humanas y la vida de la Iglesia)”. No puede haber verdadera corrección fraternal sin verdadero amor al hermano⁸.

La atención a los enfermos ha sido siempre para una comunidad cristiana señal de fidelidad a Jesús. No se entiende que una comunidad cristiana se identifique con Jesucristo y no se comporte con el enfermo de un modo parecido al suyo. Los enfermos han de estar en el corazón de cualquier comunidad cristiana⁹.

Si nuestros obispos y vicarios no tienen claro esto en la práctica pastoral, debemos animarlos-correrlos fraternalmente para que cambien de actitud.

Lorenzo Milani, creo que incoado su proceso de beatificación, pedagogo y párroco de Barbiana

8- (Miguel Martínez Antón).

9- (Antonio Palenzuela, Obispo de Segovia, 1991). Del libro “Monseñor Palenzuela Obispo, Pensador y Teólogo”. Página 1088. Autores Ángel Galindo García y Miguel Martínez Antón.

en Italia, dejó escrito: *Ante el Obispo una muralla de Papel e Incienso*, del que entresaco algunos párrafos para animarnos a corregir fraternalmente, si vemos que en las prioridades pastorales de la Diócesis no está la atención a los enfermos, incluso a nuestros obispos.

“La crítica a los cardenales y a los obispos es lícita; digamos ahora que es un deber: un preciso deber de piedad filial. Y hasta un noble deber, precisamente porque cumplirlo cuesta caro.

¿Hemos intentado alguna vez hablarles francamente, como hablaríamos a un hijo nuestro cogido en falta? Pues no, hay que confesarlo, ninguno de nosotros se ha preocupado de educar a su obispo.

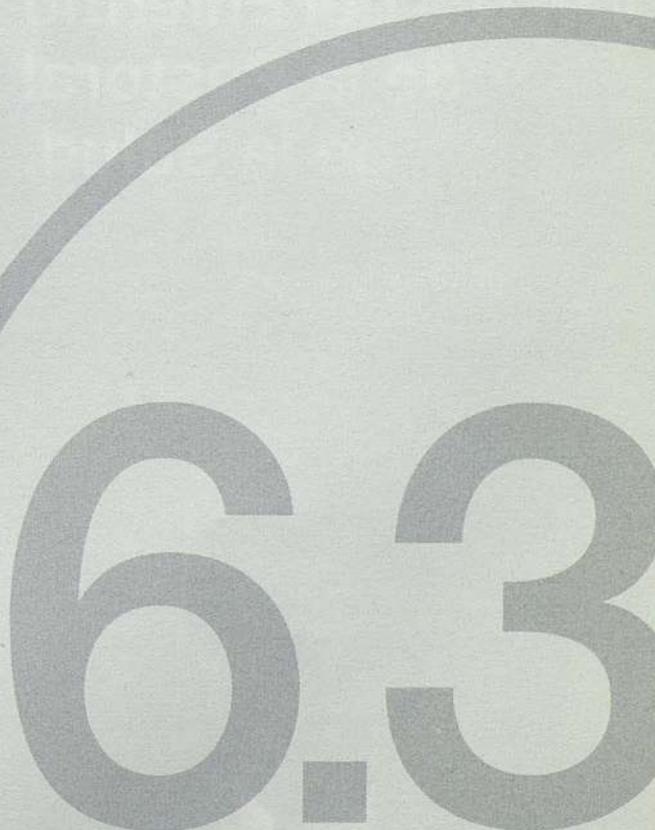
Es más cómodo tratarle con los dorados guantes mentirosos de siempre, que nos permiten a él y a nosotros vivir sin disgustos. Y mientras, él crece, madura y envejece, sin crecer, ni madurar, ni envejecer.

Criticaremos a nuestros obispos porque queremos su bien, esto es, que se hagan mejores, más informados, más serios, más humildes. Ningún obispo puede vanagloriarse de no tener nada que aprender. Tiene necesidad de ello como todos nosotros. Tal vez más que nosotros por la mayor responsabilidad que lleva y por el aislamiento a que le obliga el mismo cargo. Y no es ninguna soberbia querer enseñar al obispo, porque todos trataremos de hablarle de aquellas cosas de que tenemos experiencia directa y él no.

El obispo tiene un campo en el que puede tratarnos a todos como a escolares. El Sacramento que lleva y los que puede dar. En este campo no podemos presentarnos a él más que de rodillas. En todos los demás nos presentaremos de pie. Alguna vez hasta sentados y en cátedras más altas

que la suya. Aquellas en que Dios nos ha puesto a nosotros y no a él. El último de nosotros tiene al menos una de esas cátedras y al obispo ante él como un colegial”¹⁰.

Los cristianos somos portadores de una “buena noticia” de salvación. No podemos callarla. La aguardan un sinnúmero de enfermos de alma y cuerpo.



10- (Lorenzo Milani) Pedagogo y Párroco de Barbiana, Italia (1923-1967)

Fragmento de una carta escrita en 1959 para el semanario de la izquierda católica florentina, que no fue publicada sino después de su muerte en L'Espresso 19.5.1968.

64

Los PROSAC (Profesionales de la Salud Cristianos) y el Día del Enfermo de la Pastoral de la Salud.

> Juan Viñas Salas,
Rector de la Universidad de Lleida.



Juan Viñas Salas

Primero agradecer la confianza que el Director del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española, **P. Abilio Fernández** y la **Comisión Nacional de PROSAC** han depositado en mí para exponeros la relación que hemos tenido y el papel de los Profesionales de la Salud Cristianos en las celebraciones del Día del Enfermo de la Iglesia Española.

Cuando hace 25 años se instauró por primera vez la celebración del Día del Enfermo, los PROSAC, que éramos una Comisión del Departamento de Pastoral de la Salud, nos alegramos mucho de ello. Era el reconocimiento de la importancia que la Iglesia Española daba a la Pastoral de la Salud y con ello a la atención a los enfermos. Por eso nuestro contento.

Recuerdo ahora al **P. Rudesindo Delgado**, Director del Departamento entonces, feliz con la idea y muy preocupado por el éxito de Día y por la elaboración de los materiales apropiados. Igualmente **Mons. Javier Osés** celebraba el haber convencido a sus compañeros obispos de la CEE. El Día no tendría colecta, pero nos daba igual, ya conseguiríamos algo de dinero para que la celebración fuera conocida y se llevara a cabo en toda España.

El mensaje de los Obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral centra el sentido de cada Día del Enfermo. En el primero (1985), los PROSAC nos vimos ya representados en esta frase: *“Como hombres y como cristianos, hemos de valorar el papel que los enfermos juegan en la comunidad humana y cristiana. Debemos luchar con todas nuestras fuerzas para aliviar y disminuir o hacer llevaderos sus dolores. Son de alabar todos los esfuerzos que médicos, enfermeras y demás personas dedicadas a la actividad sanitaria, así como las autoridades que dirigen la sanidad, invierten en mitigar el dolor de sus hermanos”*

La intuición del P. Rude al crear en 1986 la Comisión de PROSAC dentro del Departamento de P.S. era clara: en el mundo de la salud y la enfermedad hay centenares de miles de profesionales de la salud que viven en él e influyen directamente en la atención que reciben los enfermos. Si queremos

mejorar su atención integral debemos dedicarnos a los profesionales de la salud. Además, muchos de ellos son cristianos, la gran mayoría bautizados, y no pocos los que se llaman cristianos practicantes. Los obispos con esta frase lo ratifican.

La Comisión PROSAC organizó un primer encuentro de profesionales de las distintas diócesis en El Espinar (Segovia) en 1987. En él que se trató el tema del Día del Enfermo: **“La Humanización de la Asistencia Sanitaria: Un trato más humano.”** Fue un encuentro cerrado a unos 80 profesionales, seleccionados por los delegados diocesanos de pastoral de la salud.

Una vez más el mensaje de los Obispos fue claro y contundente. Por un lado denunciaba la deshumanización de la sociedad: *“La deshumanización de nuestra sociedad se refleja también en el campo sanitario: hay enfermos que se sienten tratados con frialdad, de forma impersonal, como si fueran sólo un objeto o caso clínico interesante; por otra parte, los que les asisten, sea cual fuere su profesión, se sienten con frecuencia poco valorados, reconocidos y estimulados en su quehacer. La medicina moderna ha acentuado el predominio de la técnica, que tantos beneficios ha traído al enfermo, pero olvida a veces la dimensión humana”.* Por otro, invitaba a los profesionales sanitarios cristianos *“a tratar con tal competencia y humanidad a los enfermos que éstos puedan ver y sentir que se interesan y se preocupan por su persona; y también a trabajar en la transformación de las estructuras sanitarias al servicio del hombre”.*

Fruto de ese encuentro es el **Plan de acción para la Humanización de la Asistencia Sanitaria**, publicado por EDICE, que fue pionero en España. Recomendando, entre otras cosas, crear Comisiones de Humanización en los centros sanitarios. El Gobierno crearía posteriormente, por Decreto Ley, el Plan de Humanización del INSALUD.

Desde este primer momento, vemos una constante: el enriquecimiento de los PROSAC con la celebración del Día del Enfermo y el enriquecimiento de la Pastoral de la Salud e Iglesia

Española con la acción de los PROSAC. Éstos colaboran, como pastoral de la salud que son, con los delegados diocesanos de pastoral de la salud y participan en la organización de los distintos actos del Día del Enfermo, y los delegados ayudan a los PROSAC a seguir adelante en su misión de promover la evangelización en el campo de los profesionales de la salud.

Fruto de dicho Plan de Acción es la promoción, por parte de los PROSAC, de la creación de Comisiones de Humanización y de Comisiones de Bioética o Ética Asistencial. Bastantes PROSAC dedicaron sus esfuerzos a la creación de estas Comisiones, hasta el punto que algunos dejaron los grupos de PROSAC por falta de tiempo.

Al mismo tiempo, organizamos unos seminarios sobre temas de Bioética. Se trabajaban en cada diócesis durante el año y se ponía en común el fruto de ese trabajo en nuestras Jornadas Nacionales, llegando a propuestas de compromisos de acción. El primer seminario se dedicó a la atención a los enfermos terminales y la eutanasia. Sus conclusiones -que incluían un Testamento Vital cristiano- fueron recogidas en el **Plan de acción sobre eutanasia y asistencia a bien morir**, aprobado por la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española el año 1989. El Testamento Vital fue pionero en la Iglesia universal y fue traducido a varios idiomas.

Nuestras Jornadas Nacionales -que al principio eran anuales- fueron abordando los temas del Día del Enfermo. Las II, celebradas en Zaragoza el año 1988, se dedicaron a **“Los PROSAC y los enfermos más desasistidos”**. Las III, en Torremolinos el año 1989, trataron **“Los PROSAC y la familia del enfermo”**. Nuevamente los PROSAC, invitados por la pastoral de la salud, reflexionamos sobre las familias de los enfermos más necesitados, revisamos vuestro comportamiento profesional con ellas y nos implicamos en mostrar el papel tan importante que juega la familia del enfermo y en potenciar su atención.

En el Mensaje del Día del Enfermo de 1990 -dedicado a la Comunidad Cristiana y los Enfermos-

los obispos invitaban a las comunidades cristianas a *“valorar a los profesionales sanitarios y su labor, realizada tantas veces con generosidad y dedicación ejemplar en medio de condiciones difíciles. Necesitan el apoyo de su comunidad para educarse en una actitud evangélica y evangelizadora en su trabajo, para denunciar las injusticias y abusos, para mejorar la asistencia integral a los enfermos, para luchar por unas condiciones que mejoren la calidad de vida de los sanos y de los enfermos”*.

El año 1992 -dedicado a la Iglesia y la Sanidad- los obispos denunciaron las listas de espera, la desatención de algunos colectivos de enfermos, el inadecuado aprovechamiento de los recursos sanitarios y su injusta distribución, el despilfarro de medicamentos, y el “desencanto y desmotivación crecientes en no pocos profesionales de la salud”. Y con el deseo de orientarnos nos propusieron estas pistas concretas:

- Llevar a la comunidad parroquial la preocupación por la sanidad con el fin de que sus miembros la conozcan mejor y se comprometan en la solución de sus problemas.
- Crear comunidad en el ámbito de la sanidad, constituyendo equipos de pastoral y otros cauces en los que los cristianos puedan compartir sus experiencias, reflexionar juntos, celebrar la fe y apoyarse mutuamente en el desempeño de su misión.
- Colaborar en la promoción de esfuerzos y medidas para lograr una sanidad mejor y para todos.
- Humanizar la asistencia, contribuyendo a crear dentro de las instituciones sanitarias un clima menos conflictivo y más favorable a la recuperación de la salud y favoreciendo la búsqueda interdisciplinar de modelos de asistencia que pongan a la persona, a toda la persona, en el centro de la misma.
- Recuperar la dimensión ética, ayudando a descubrir los valores y el sentido que encierra la asistencia sanitaria y promoviendo la forma-

ción humanística de los profesionales.

- Valorar y apoyar al personal sanitario en el desempeño de su tarea a fin de que recobre la fe en su profesión, si la hubiere perdido, y la esperanza, ambas necesarias para transformar desde dentro la sanidad.
- Promover un laicado cristiano comprometido en la sanidad, que aúne la competencia técnica y la honradez en su trabajo con la cercanía y entrega al enfermo y asuma su responsabilidad en el campo social y político.”

Nuestras Jornadas, celebradas ese año 1992 en Gandía, se dedicaron a Los PROSAC y la Sanidad. Valoramos en ellas Informe Abril Martorell sobre la sanidad española, promovido por el Parlamento Español. El número de los participantes en las Jornadas fue creciendo año a año, llegando a más de 350. Y se fueron creando grupos de PROSAC en las distintas diócesis.

Este año **Mons. José Luis Redrado**, uno de los pioneros e iniciadores de la pastoral de la salud en España, desde su puesto Secretario del Pontificio Consejo en el Vaticano, llevo la idea de celebrar el Día del Enfermo a nivel de toda la Iglesia. Juan Pablo II, muy sensible al tema de la enfermedad, tras el atentado que le obligó a pasar varias veces por el quirófano, y que había escrito en 1984 la **“Salvifici Doloris”** Sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano instituyó la Jornada Mundial del Enfermo.

En 1993 el Día del Enfermo trató sobre **“Vivir el morir”**. Nuevamente a los PROSAC nos correspondía el importante papel -y lo asumimos- de ayudar a los delegados diocesanos en las distintas diócesis a promover la pastoral de la salud. Como profesionales íbamos a las parroquias a dar formación a los grupos que se iban creando al extenderse la pastoral de la salud como gota de aceite por toda España. Las campañas del **Día del Enfermo** han servido de gran ayuda para ello.

Fue también un año especial para los PROSAC,

ya que la Conferencia Episcopal Española aprobó la creación de la **Asociación PROSAC**, como pública de la Iglesia, es decir, de interés de los Obispos, y sus Estatutos, redactados en un momento de gracia e inspiración del Espíritu Santo.

Los fines, objetivos y medios de la Asociación son de gran actualidad y marca nuestro estilo evangelizador. Recordamos los fines:

- Promover un laicado cristiano comprometido con el mundo de la salud que dé un testimonio evangélico en su quehacer profesional.
- Crear cauces y ámbitos de encuentro, reflexión y compromiso entre los profesionales sanitarios cristianos.
- Ayudar a los agentes sanitarios en su desarrollo humano, espiritual y religioso y en su formación en bioética.
- Colaborar en la promoción de la salud, la atención integral al enfermo y en la humanización de la asistencia sanitaria a todos los niveles.
- Contribuir a la defensa de los derechos de las personas, en la salud o la enfermedad, sin discriminación alguna por cualquier circunstancia.

Ese año decidimos ir alternando cada dos años las Jornadas Nacionales y las Interdiocesanas de PROSAC y las Interdiocesanas, para facilitar la asistencia al resultar más económicos y promover la acción evangelizadora **“in situ”**.

En setiembre de 1994 tuvo lugar un acontecimiento importantísimo para la Iglesia Española, el Congreso Iglesia y Salud. Fue el momento cumbre de la pastoral de la salud. El libro del Congreso -editado en 1995- debería servirnos de guía a todos los que nos dedicamos, en mayor o menor medida, a la pastoral de la salud, especialmente a los que tienen cargos de responsabilidad.

El tema del año 1995 **“El sufrimiento en la enfermedad”**, lo abordamos los PROSAC en un

seminario sobre **“Los PROSAC y el sufrimiento en la enfermedad”** y en nuestras Jornadas Nacionales celebradas en Villagarcía de Campos (Valladolid) que tuvieron una gran repercusión.

El Día del Enfermo dedicado al voluntariado (1998) los PROSAC tratamos nuestra relación con los voluntarios y su colaboración en equipo en la asistencia al enfermo, junto con la ayuda de la familia. Se trataba de un tema novedoso en España y que no estaba exento de polémica, al considerar no pocos profesionales, la acción de los voluntarios como **“intrusismo”**. Los PROSAC colaboramos en la formación específica de voluntarios, ya que la sola buena voluntad no sirve.

El movimiento PROSAC está vinculado a la Pastoral de la Salud: si ésta **“goza de buena salud”**, se expande y crece, nosotros también; si pasa por períodos de menor crecimiento, nosotros también. Una vez consolidado un núcleo de PROSAC fieles al movimiento y que trabajan por él pues creen que es un buen medio de Evangelización, dejamos de crecer. En algunas diócesis desapareció el grupo, como siempre, muy ligado a personas concretas, al presidente de PROSAC diocesano y al delegado diocesano. Cuando hay buena sintonía y se trabaja en equipo, manteniendo cada uno su especificidad, crece la Pastoral de la Salud y el PROSAC; por el contrario, cuando no se trabaja en equipo, sea porque no existe el equipo de P.S. diocesano, o éste no cuenta con los PROSAC de la Asociación, entonces, o bien los PROSAC mantienen viva la llama o bien languidecen y mueren.

D. Javier Osés cayó enfermo y murió en octubre de 2001. Fue un momento muy duro para todos pues él había sido el **“alma mater”** de la Pastoral de la Salud y una persona entrañable y muy querida por todos. **Mn. Rafael Palmero** cogió el testigo y sigue entregado a la tarea importantísima de promover la Pastoral de la Salud en España.

En 2003 el Día se dedicó a **“Los enfermos en la parroquia, una prioridad”**. La mayoría de en-

fermos están en sus casas; por ello la pastoral de la salud ha de dar un fuerte impulso a la acción de las parroquias y de sus grupos de P.S. A los PROSAC se nos invitó a crear grupos en los centros de asistencia primaria, a tenerlos en cuenta, a colaborar más con los párrocos en la pastoral de la salud.

La campaña del 2004 también era muy oportuna para los PROSAC ya que trataba sobre **“Más cerca de los que están lejos”** y en el mundo sanitario son muchos los agnósticos e increíbles.

“Igualmente -dicen los obispos en su Mensaje- queremos resaltar la importancia decisiva del mundo de la salud como lugar de encuentro entre la cultura cristiana y la científico-técnica, entre la asistencia médica y la asistencia pastoral. A la vez que constatamos con satisfacción las nuevas vías de encuentro y colaboración terapéutica que se abren con la participación de representantes pastorales en los equipos de cuidados paliativos y en los comités asistenciales de ética, tanto hospitalarios como de área, animamos a los laicos, religiosos y presbíteros cristianos a ahondar en este camino.

Asimismo, volvemos a resaltar la necesidad de acercarnos aún más a aquellos enfermos más necesitados y desasistidos cuya situación consideramos más precaria y angustiosa. Nos referimos a los ancianos enfermos que viven solos en sus domicilios, y a los enfermos mentales así como a sus familias. Desde las comunidades parroquiales ha de hacerse un esfuerzo mayor de presencia y asistencia, esfuerzo que incluya una colaboración creciente con los servicios sanitarios de área, por ejemplo, con los centros de salud.

Finalmente, no podemos olvidar en esta Campaña ni a los enfermos del tercer y cuarto mundo, ni a la naturaleza. En el primer caso, creemos que esta Campaña debe llevarnos también a meditar sobre las escandalosas diferencias que se dan hoy en la aldea global, respecto a las oportunidades de acceso a los recursos sanitarios, y a sacar por nuestra parte las consecuencias que nos exige la

caridad cristiana. En el caso de la naturaleza, que gime hoy por tantos y tan graves motivos, esta Campaña ha de incluir también una voluntad por nuestra parte de adquirir y expandir una mayor conciencia ecológica, desde nuestra consideración de la gloria de Dios manifiesta en sus criaturas, y hoyada por estructuras de pecado abusivas y destructoras”.

2005 se dedicó los Profesionales de la Salud, con el lema **“Los necesitamos, nos necesitan”**. Los PROSAC estábamos muy contentos de que se dedicara una campaña a los profesionales de la salud; teníamos puestas grandes esperanzas en ella. Había sido acogida con mucho cariño por el Director del Departamento de Pastoral de la Salud, **P. Abilio Fernández**. Con él y con la Comisión Nacional del Departamento de P.S. colaboramos, como cada año, en la creación de la Campaña y su desarrollo.

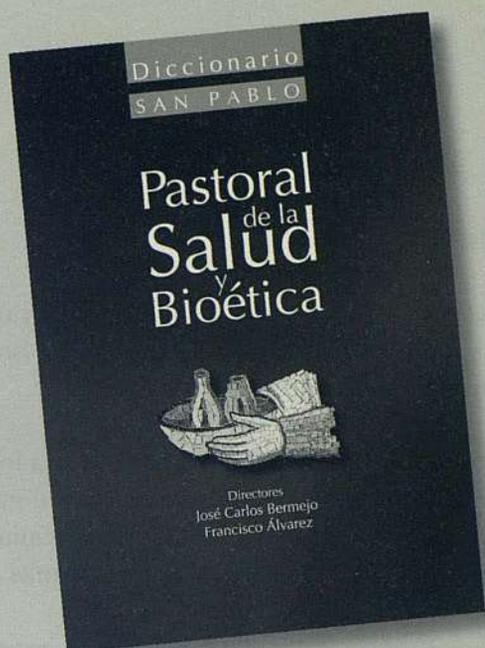
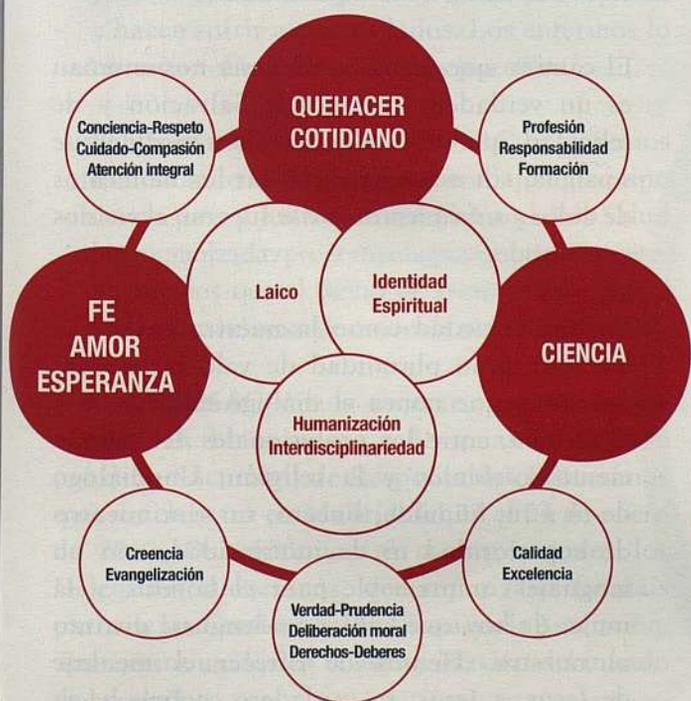
Debo decir que no tuvo el resultado que esperábamos. Divergencias entre los delegados de P.S. de cómo enfocarla llevaron a un resultado pobre de la misma. Los delegados diocesanos se encontraron frente a frente con un problema que no tenían resuelto entonces ni lo está ahora: ¿cómo afrontar la evangelización de los profesionales de la salud?, ¿cómo implicarlos con los Servicios Religiosos de los centros sanitarios?, ¿cómo hacer presente a Jesús en los centros de salud?, ¿cómo obtener la complicidad de los profesionales de la salud y suprimir cualquier obstáculo que pueda haber?, ¿cómo hacer ver que la atención espiritual de los enfermos es esencial para una asistencia integral al enfermo?, ¿cómo dar un paso más en esta asistencia espiritual ofreciendo la fe en Jesús como Buena Noticia salvadora? Trabajar conjuntamente todos los agentes de la P.S. éstas y otras preguntas que nos formulamos, era una oportunidad única; por lo que los PROSAC agradecemos al Departamento de P.S. la iniciativa.

Las palabras del mensaje de los Obispos -*“que esta Campaña nos acerque a nuestros profesionales para manifestar nuestro interés y ofrecerles medios pastorales adecuados, apoyándolos en su*

delicada vocación al servicio de la vida”- por desgracia, no obtuvieron el resultado apetecido.

Las siguientes Campañas del Enfermo, como otras anteriores, han dejado su impronta en los profesionales de la salud. Celebro y felicito al Departamento de Pastoral de la Salud y a su equipo por la elección de los temas tratados, muy útiles para la Evangelización de la comunidad cristiana en su vertiente del mundo de la salud y enfermedad, de gran importancia para todo cristiano que quiera vivir a Jesús, no sólo tenerlo en su boca y pensamiento.

La Asociación de Profesionales de la Salud Cristianos es una asociación pública de la Iglesia, la única en este campo de evangelización, pues las demás, también importantes en sus distintos campos de acción, son privadas, lo cual quiere decir que la Conferencia Episcopal Española fue la que creó la Asociación PROSAC como interés común de la Iglesia Española. Las privadas son asociaciones promovidas por grupos de cristianos. Nuestra responsabilidad es por tanto muy grande, responder a esta demanda de nuestros obispos. En el esquema siguiente se resumen nuestra acción y compromiso:



El Diccionario de Pastoral de la Salud y Bioética es el primero que se publica en castellano y cuenta con 200 amplios artículos. Nace como fruto de un largo proceso de gestación y su objetivo es contribuir a la formación de agentes de pastoral de la salud y de cualquier otra persona interesada por el sufrimiento y la salud humana desde el punto de vista de la fe, ya que son muchos los ambientes en los que la necesidad de un instrumento como este se ha hecho cada vez más patente.

Como otros diccionarios de similar envergadura también este ha convocado a un gran número de especialistas (en concreto a 120 de diferentes países) en las amplísimas materias que aborda, representantes de diferentes sectores de actividad e incluso de variadas sensibilidades culturales y pastorales.

A ello cabe apuntarle el mérito de adentrarse en un mundo (el de la teología, pastoral de la salud y ética de la vida) en el que todavía quedan zonas por explorar y caminos por recorrer.

Directores:
José Carlos Bermejo y Francisco Álvarez

José Carlos Bermejo, es doctor en teología pastoral sanitaria y máster en bioética. Es director del Centro de Humanización de la Salud de los religiosos camilos y de la Escuela de Pastoral de la Salud Nuestra Señora de la Esperanza.

Francisco Álvarez, religioso camilo, es profesor de Camillianum donde enseña Teología de la salud. Dedicado desde hace años a la investigación sobre este tema, una buena parte de sus escritos giran en torno al mismo. Ha sido director del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española de 1966 a 1999.

En resumen:

- 1) Los PROSAC hemos tenido siempre presencia y participación en las campañas del Enfermo, en todas ellas durante estos 25 años.
- 2) Los Días del Enfermo han aportado a los PROSAC apoyo y ayuda a nuestro trabajo pastoral, y una mayor conexión con el Departamento de P.S. y con las Delegaciones Diocesanas de P.S.
- 3) Los profesionales de la salud han aportado a los Días del Enfermo su saber profesional y su capacidad de voluntariado, en mayor o menor medida dependiendo del tema, aunque en la inmensa mayoría nos implicaba como profesionales, colaborando en su desarrollo, tanto a nivel individual como de Asociación, en algunas diócesis.
- 4) De cara al futuro hay que continuar con las Campañas del Enfermo, resaltando la importancia, no sólo de la campaña, sino de sus dos momentos fuertes, uno la Jornada Mundial del Enfermo el 11 de febrero, y otro el Día del Enfermo de la Iglesia Española.

Éste no debería diluirse y requiere, a mi entender, un mayor apoyo oficial de los Obispos, con celebraciones específicas en las que los enfermos sean ese día los protagonistas de la comunidad cristiana en todas las parroquias y en los centros sanitarios en que se pueda.

- 5) Como PROSAC, creo que las Delegaciones de Pastoral de la Salud debieran tener una especial sensibilidad para promover la Asociación PROSAC como herramienta oficial de la Iglesia Española para impulsar la evangelización en un mundo sanitario, muy difícil por contradictorio, por estresante, por tratar diariamente con el misterio del sufrimiento y de la muerte. Os recuerdo la propuesta 7 del Informe Iglesia y Salud (1995).

“El mundo de la salud es un ámbito cuya evangelización depende en gran medida de

la presencia de un laicado mejor formado y más comprometido. Por eso proponemos: Que las delegaciones diocesanas de pastoral de la salud impulsen la Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos aprobada por la Conferencia Episcopal Española.”

- 6) La sociedad de hoy, ya a finales del primer decenio del siglo XXI, está sumergida en grandes contradicciones y está sufriendo grandes desengaños. La crisis económica sacude especialmente a los más débiles. La sociedad reconoce que su causa es una crisis ética, una falta de ética y de principios. El nivel ético global ha caído muy bajo. Los hombres y mujeres de buena voluntad están desorientados y defraudados con el sistema político y las demagogias y populismos con los que se nos quiere comprar, a base de bajar cada vez más el nivel ético y la cultura del esfuerzo y sacrificio.

Jesús nos enseña que no hay camino ancho que lleve a buen puerto, que la felicidad del Reino se consigue con esfuerzo, con fe, con oración. Él se pone de ejemplo y se ofrece a nosotros. **María** nos da el ejemplo de su disponibilidad, de no resistirse a la llamada de Dios a colaborar en la Salvación de la humanidad.

El camino que Jesús y su Iglesia nos enseñan es un verdadero camino de Salvación y de felicidad, que se va adquiriendo a medida que se sigue, sin esconder ni obviar los momentos de dolor y sufrimiento, que se superan al vivirlos con sentido.

- 7) En una sociedad como la nuestra en la que hay una gran pluralidad de valores, es más necesario que nunca el diálogo entre la fe y la ciencia, entre los profesionales del mundo científico-técnico y la religión. Un diálogo de tú a tú, humilde, sincero, sin sentimientos de superioridad ni de inferioridad, con un lenguaje comprensible para el hombre y la mujer de hoy, que hablan un lenguaje distinto al nuestro. Hemos de ofrecer el mensaje de Jesús, a Jesús, su verdadero camino hacia

la felicidad, hacia el Reino de Dios. Hemos de preguntarnos en que podemos mejorar.

La búsqueda de la verdad no es exclusiva de los cristianos. Hay muchas personas de buena fe que buscan y luchan y dan sus vidas por los mismos ideales, aunque no sean de los nuestros. Jesús dice a los discípulos que le comentan que vieron a uno echar demonios y se lo quisieron impedir porque no era de los nuestros: *“No se lo impidáis. El que no está contra nosotros está a favor nuestro.”* (Mc 9, 37-48) Jesús se fía de los hombres y mujeres, confía en nosotros. Hemos tener más fe, ser más atrevidos. La realidad es tozuda, también dice Jesús que si no hablamos nosotros lo harán las piedras.

- 8) El hombre y mujer del siglo XXI serán místicos o no serán. La espiritualidad es una necesidad vital para el hombre y mujer de hoy. Aprovechemos para anunciar la propuesta de Jesús.

¡Delegados Diocesanos de Pastoral de la Salud, no desesperéis ni deis por perdidos a los profesionales de la salud! Al contrario, acudid a ellos en actitud de servicio, de ofrecerles vuestra ayuda, la riqueza que es la fe y conseguiréis romper murallas que separan y hacen sufrir a ambos lados. Los enfermos lo necesitan. Hacedlo al menos por ellos.

Por nuestra parte, los PROSAC seguiremos fomentando el contacto y el trabajo en equipo con vosotros. Juntos, en una Pastoral de la Salud bien organizada y programada, guiada por el Espíritu, lograremos que el Reino de Dios avance, que el “amor” sea el nexo de unión de nuestra sociedad.

Los PROSAC vemos necesario un relevo generacional. Lo vamos a reflexionar en nuestro próximo Encuentro de Responsables Diocesanos que se celebrará en Madrid del 23 al 24 de enero de 2010. Os invitamos al mismo a todos los Delegados Diocesanos, que como tales formáis parte de las Comisiones Diocesanas de la Asociación. Trabajemos unidos en la evangelización del mundo de la salud.

Los religiosos/as y las campañas del Día del Enfermo.

> Cristina Masferrer,
Religiosa de San José de Gerona
Delegada de Pastoral de la Salud de Girona.



Cristina Masferrer

El Día del Enfermo tiene su historia y ha recorrido su camino. En nuestro destino de caminantes hemos de seguir haciendo camino y escribiendo la historia. Se empezó hace años despacio y paso a paso, deteniéndose en cada recodo del camino, buscando el horizonte y poniendo esperanza en cada vida amenazada.

Tú has sido parte de ese camino. Lo has recorrido personalmente, has caminado en compañía y soledad y has ayudado a otros a recorrerlo. Has entregado tu vida a la Comunidad y te has unido en el carisma a tus hermanas allanando el camino algo tortuoso para tantas personas hundidas por el sufrimiento de la vida o por el paso y peso de los años.

Los caminos por los que el hombre ha caminado a lo largo de la historia han ido cambiando. De los senderos y caminos vecinales, carreteras comarcales, provinciales y nacionales, hemos pasado a disfrutar del viaje por autopistas y autovías, surcando los mares y sobrevolando continentes. Ahora todo parece sencillo y fácil, frente a lo tortuoso y duro del caminar en el pasado. Sin embargo, aquello tenía su encanto y lo del presente no está exento de riesgos.

Quienes habéis recorrido los senderos de la Pastoral de la Salud y habéis pateado cada tramo de su andadura podéis comunicarnos cómo ha sido ese andar, lo que habéis encontrado y vivido, los apoyos que os sirvieron para llegar a estos 25 años. Vuestra experiencia nos ayudará a encontrar el punto de velocidad que hoy exige esta aceleración de la vida.

1. Introducción.

Quisiera agradecer la confianza que se ha depositado en mi al encomendarme esta comunicación. Ha sido un buen motivo para pararme una vez más y preguntarme.

Son 25 años de andadura en la celebración del Día del Enfermo y 38 del departamento de Pastoral de la Salud en la Conferencia Episcopal Española. Muchas de las personas que impulsaron su creación siguen al pie del cañón, otras ya nos han dejado. Sin embargo es necesario preveer, cuidar y formar el relevo.

Me tomo este encargo como una apuesta de futuro; bebiendo y aprendiendo de los que habéis dedicado muchos años, algunos casi toda una vida. Habéis andado muchos kilómetros en Pastoral de la Salud y a veces ha sido en terreno llano, otras en terreno pedregoso o en la montaña y también ha habido momentos en los que se ha hecho travesía por el desierto...

Haciendo camino, continuamos haciendo camino para que el mundo de la enfermedad y de la sanidad sea más saludable, más humano y si pudiera ser también más cálido. Mirar al pasado nos debe ayudar a vivir con mayor entusiasmo y realismo esta tarea que se nos ha encomendado.

Os voy a hablar desde la sencillez. No pretendo decir grandes cosas; la Pastoral de la Salud está hecha de pequeños detalles que forman parte de un conjunto; como en un tapiz o en un cuadro que cada pincelada suelta parece que no tenga sentido pero en el conjunto da perspectiva, luminosidad o contraste al cuadro. Lo único que pretendo es refrescar y hacernos conscientes de la riqueza de vida, vida dolorida, que tenemos entre manos.

Estaréis de acuerdo conmigo en que el Día del Enfermo sólo tiene sentido si va precedido de 364 días de trabajo previo; por ello en ocasiones no hablaré del Día del Enfermo o de la campaña sino del enfermo y del trabajo en pastoral de la salud.

2. Presencia y participación de los Religiosos/as en la Campaña del Día del Enfermo.

La vida consagrada ha estado presente en el mundo sanitario desde muy antiguo, y no sólo a través de las congregaciones sanitarias. Hay congregaciones "no sanitarias" vinculadas con el mundo de la enfermedad y del dolor en parroquias, barrios, escuelas, en el mundo del pensamiento, de la teología, pastoral...

Así mismo, la vida consagrada ha estado presente en los inicios del Departamento de Pastoral de la Salud en la Conferencia Episcopal Española. *"Ya en los años 60 se inició un fuerte movimiento de instituciones y personas, que llevaron a cabo una labor impresionante de sensibilización. Entre las instituciones destaca la FERS. Creada en el año 1954, la FERS cuenta con un rico historial y tuvo un protagonismo especial en estos primeros años: organizó en 1963 el I Congreso Nacional sobre "La dimensión humana y sobrenatural del enfermo" y en el 1969 la I Jornadas de Pastoral Hospitalaria, celebradas en Zaragoza. Junto a la FERS, algunos Hermanos de San Juan de Dios, la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos y un pequeño grupo de capellanes de hospital contribuyen a que la Iglesia tome conciencia de que la pastoral de enfermos ha de ser renovada a la luz del Vaticano II, y piden a la Conferencia Episcopal Española que cree un "organismo" para animar, orientar y coordinar la presencia y acción de la Iglesia en el mundo de la Salud."* (P. Rudesindo Delgado, 25 años de la pastoral de la salud en España pág. 8).

Desde los inicios del Departamento hasta la celebración del primer día del enfermo, se hizo un largo trabajo en el que participaron las Delegaciones Diocesanas de Pastoral Sanitaria (como se llamaba entonces); se quería que fuera asumido y vivido por toda la comunidad cristiana no como algo pasajero y rutinario, sino como el

momento culminante de una campaña. Los religiosos hemos participado y lo seguimos haciendo activamente desde distintos niveles: Formando parte del equipo en el Departamento Nacional, en las delegaciones/ secretariados de las diócesis, en las parroquias; también formando parte del servicio religioso de hospitales; por descontado, en nuestros propios centros también está nuestra presencia en la pastoral de la salud. La forma de presencia puede ir variando desde el apoyar, tirar del carro, colaborar, o incluso a veces sostener.

3. Qué han aportado los Días del Enfermo a los Religiosos/as.

La celebración del día del enfermo supone el culmen de un trabajo realizado a lo largo de un año (porque la enfermedad no sabe de vacaciones), en el que se vierten muchos esfuerzos, desvelos, mucha vida y en el que se topa uno con el sufrimiento, el dolor, la desesperación y la muerte; pero si se está con los ojos abiertos te encuentras con la esperanza y la confianza en Dios. Culmen, como acabo de decir, por una senda de profundización o elevación, como se quiera, como en una espiral en la que nunca se está en el mismo punto aunque lo parezca.

Sobre la cuestión qué aporta la campaña al consagrado, podemos decir:

1) La campaña es un momento privilegiado de **formación** a distintos niveles: personal, comunitario y eclesial; técnica, pastoral, humana, religiosa. Veinticinco han sido los temas tratados a lo largo de todos estos años y éstos han tocado diferentes ámbitos de la vida y nos ha ayudado a profundizar y afianzar nuestras actitudes ante la vida, el dolor, la muerte, la celebración, los sacramentos, la oración...

2) A los consagrados el trabajo pastoral con el enfermo nos invita a **preguntarnos sobre nuestra propia vida**. A examinar nuestra manera de ser y de hacer. Nos ofrece la posibilidad de tomarnos el pulso.

Es una llamada de atención a nuestra forma de vida, que muchas veces está programada para hacer cosas y cuando no las podemos desempeñar por causa de la enfermedad (aguda o crónica, que a veces nos va invalidando), hace entrar en crisis nuestra identidad.

Por ello nos ayuda a ir revisando nuestros conceptos de actividad y pasividad, de salud y enfermedad, del esfuerzo y de la aceptación, del vigor y de la debilidad, de la energía y de la quietud, del trabajo y del ocio; en definitiva del ser y del tener (Cf. **Francisco Álvarez. Salud y ancianidad en la vida religiosa ¿ocaso o plenitud?**, en: revista **Frontera Hegian**, pág 23).

Nos recuerda la realidad de la limitación: no somos perfectos y todos tenemos límites. Nos ayuda a profundizar en ellos, trabajar su aceptación... sólo así podremos ayudar a los demás.

3) Ante el dolor y el sufrimiento del otro tenemos ocasión para hacer un **ejercicio de abajamiento, de humildad** para acercarnos hasta su "altura". Acoger al otro, escuchar para conocerlo, acompañar, sostener y llorar si hace falta.

Estar en silencio, en muchos momentos es la mejor manera de estar. En ese ejercicio de abajamiento tenemos un buen modelo: "**Cristo, que a pesar de su condición divina, no hizo alarde de su categoría de Dios;... se despojó de su rango y tomó la condición de esclavo,**" (Flp 2, 6-7)

Cuando entramos en la intimidad de otra persona pisamos terreno sagrado. Por ello, cuando entramos en la intimidad de un enfermo debemos ser muy conscientes de que pisamos tierra sagrada y hay que entrar de puntillas y descalzos (descalzos de nuestras

seguridades, razones, prejuicios, de creernos que tenemos la respuesta; descalzos de nuestro afán de ser útiles,... lo que vivimos con ellos es sagrado. Descalzarse es un acto de humildad. Nos ayuda a ser más humildes, nos hace vulnerables, nos baja de nuestras seguridades y de las barreras para protegernos.

Lo que vivimos con el enfermo, lo que nos comparten de sus vidas: tanto positivo como negativo, en ocasiones desencadena que nuestros propios demonios salgan a la luz: miedos, incongruencias, heridas... por ello el contacto con los enfermos nos ofrece la posibilidad de ser mejores y más humanos, si queremos claro está.

- 4) La campaña nos ayuda a hacer camino en el aprendizaje de crecer como personas de modo que sepamos **ACOGER, AGRADECER, VIVIR Y CELEBRAR** el don de Dios en nuestra vida.

En las Constituciones de mi familia religiosa se dice que *“el fin de nuestro instituto es procurar la gloria a Dios.”* (Const. N°2) Me he preguntado muchas veces qué es y cómo hacerlo, y estoy convencida que la mejor manera de dar gloria a Dios es creciendo como persona.

Estoy de acuerdo con Gabriele Ferrari cuando dice: *“Todo cuanto crece y da fruto, incluso mediante la cruz, da gloria a Dios; por el contrario, cuanto bloquea el crecimiento es pecado, rechazo de Dios.”* (Gabriele Ferarri, **Religiosos y formación permanente, El crecimiento humano y espiritual en la edad adulta**, pág.20. Publicaciones Claretianas 2000)

- 5) Como bisagra entre lo que nos aporta la campaña y lo que aportamos los consagrados: Ayuda mutua: evangelizamos y somos evangelizados; enriquecemos y somos enriquecidos, acogemos y somos acogidos....

4. Qué han aportado los Religiosos/as a los Días del Enfermo.

“Dios Padre, Hijo y Espíritu Santo es quien me envía a la Misión porque es quien me llama”. Los religiosos somos llamados para la misión; por ello la vocación es para la misión (**José Cristo Rey García Paredes. Religiosos al servicio de los enfermos, pág. 155**)

La vida consagrada aporta nuestra **humanidad** con virtudes y pecados, con fortalezas y debilidades.

Hoy somos menos, más envejecidos (en Europa) y hay **“mucho que hacer”**, pero se abre en nuestro horizonte la apasionante tarea de **“ser”** en medio de... somos también don para los demás desde la humildad. Relación de la pobreza con la pobreza que nos enriquece mutuamente.

- 1) Aportamos, los consagrados la riqueza de **nuestro carisma** como Congregación y también los dones personales. El carisma ese don del Espíritu que según San Pablo *“a cada uno se le otorga para la común utilidad”* (**1Cor. 12,7**), para bien de la Iglesia, a través del cual se van haciendo vida distintos aspectos de la misma vida de Jesús: hospitalidad, misericordia

Dice la Regla de vida primitiva de nuestro Instituto: *“Os comprometéis todas principalmente a servir y velar a los enfermos en toda clase de enfermedades mirando en ellos a Jesucristo vuestro Esposo”* (**Reglamento provisional 1872, n° 5**).

- 2) Con nuestro **saber hacer**: con la experiencia de siglos a nuestras espaldas; de aciertos y fracasos, de caminos rectos y sendas tortuosas... pero también mucha vida ofrecida, gastada y desgastada, mucho sacrificio por el bien del otro.

3) Aportamos nuestra **preparación técnica y pastoral**. En los últimos años muchas congregaciones han apostado por la formación de sus miembros, tanto técnica como pastoral; en Catalunya, por ejemplo, los cursos de pastoral de la FERS; también en otros lugares, tanto presenciales como a distancia. Se han hecho verdaderos esfuerzos para formarse pero también para contribuir a la formación de los agentes de pastoral, los profesionales, familiares y a los mismos enfermos. No hace falta que ponga ejemplos, todos conocemos a religiosos que están ayudando y contribuyendo en esa formación tanto en las escuelas de pastoral como en el seno de las comunidades parroquiales.

4) La vida consagrada ofrece **otra mirada** en el mundo de la salud.

En nuestra sociedad la persona es considerada por lo que produce o aporta; una sociedad en la que lo que cuenta o importa es lo joven, lo bello, la persona libre que no depende de nadie... y todo el que se sale de estos cánones representa una carga, por lo cual, si se puede, se le arrincona, se le rechaza y se libera uno de él.

La vida consagrada lucha por la **dignidad de la persona** enferma y/o envejecida. Se vale por lo que se es no por lo que se hace. Porque estamos hechos a imagen de Dios.

Aportamos **esperanza** ante tanta muerte como nos rodea, injusticias, guerras, enfermedad... a las que la sociedad casi se ha hecho insensible de tanto ver por TV. También se vive un sentimiento de que no hay nada que hacer, que no vale la pena luchar por un mundo mejor...

Pero no todo acaba aquí. Nuestra vida es signo de los valores escatológicos del reino. Somos signo con nuestra vida de lo que viviremos después de la muerte... por ello vale la pena la lucha por un mundo mejor, porque es cierto que estamos amenazados de muerte pero también lo es que estamos amenazados de resurrección.

Somos icono del **rostro tierno de Dios** que nos da paz y serenidad en medio de las luchas. Se nos ha presentado un Dios justiciero al que hay que temer porque castiga y, aunque en los últimos tiempos se ha luchado por borrar esa imagen de Dios, no nos lo acabamos de creer. El Dios Padre misericordioso, el que acoge en sus manos mis miserias, no acaba de entrar en nuestras vidas. La vida consagrada quiere ser caricia de Dios con su propia vida:

“No nos resolvimos reglamentarlo, nos decía Mons. Constantino Bonet, Obispo de Gerona, a las religiosas de nuestro Instituto, hasta que vimos la abnegación con que algunas piadosas jóvenes en alas de su ardiente caridad volaban a la cabecera del enfermo, le aliviaban en medio de sus tristes ayes y quejidos y con el acento de su voz y palabras sembraban la paz en su corazón sumido alguna vez en el mayor desamparo” (Reglamento Provisional 1872, nº 1).

El papa **Benedicto XVI** nos dice a los agentes sanitarios que debemos convertirnos en una caricia de Dios para nuestros hermanos.

Compartimos, en definitiva, nuestra humanidad, nuestras esperanzas, nuestras luchas, nuestra sabiduría, los talentos recibidos del Padre; porque los dones recibidos son para entregarlos, no para quedárselos.

5. Propuestas y retos de cara al futuro.

En dos direcciones. Una a nivel de vida consagrada:

- Dar a conocer la campaña en la vida consagrada, sobre todo la no sanitaria.
- Invitar a participar de manera activa a los consagrados en las actividades del Día del Enfermo.

- Promover el voluntariado en Pastoral de la Salud de los consagrados.
- Las enfermerías de las comunidades religiosas. El cuidado de nuestros hermanos mayores y enfermos.
- La visita a los religiosos enfermos y ancianos. Cómo lograr que en esos momentos no se pierdan las relaciones sociales.

A nivel más general:

- Vivir la dinámica de la misericordia: ojos abiertos, acercarse, hacer todo lo posible. Parábola del buen Samaritano. Nos resulta relativamente fácil descubrir las necesidades. Nos cuesta más acercarnos y poner remedio.
- Seguir trabajando en la formación de los agentes de pastoral, de los equipos parroquiales, servicios religiosos de hospitales, sociosanitarios y geriátricos. Formación humana, religiosa, técnica. bioética...
- Formación en los seminarios sobre Pastoral de la Salud. No una charla o un seminario de un par de horas. Una formación más profunda, con mayor consistencia.
- Incorporación de jóvenes en la pastoral; “**traspaso del conocimiento**” a nivel de pensamiento y a nivel de práctica, de saber hacer.
- Creatividad y audacia ante los nuevos retos: nuevas tecnologías, campos impensables hace unos años (clonación, células madre, estudios con embriones, nuevos tratamientos...), una sociedad que cambia vertiginosamente, falta de valores o mejor valores que han cambiado de lugar en la escala. Nuevos y viejos cristianos...
- Otras enfermedades no sólo las físicas, también las espirituales: soledad, poca capacidad para el perdón, el “ojo por ojo” como respuesta, la

falta de sentido... Promover, desde las parroquias una vida sana, saludable.

- Insistir en que el Día del Enfermo es culmen de 364 días de trabajo por y con el enfermo. El por lo tenemos claro, el con nos cuesta más.
- Temas para tratar: incineración, documento de las voluntades anticipadas, donación de órganos,...
- Fomentar el voluntariado pastoral.
- Trabajo con los profesionales, acompañarles, ayudar en la humanización de su trabajo...

Para finalizar. Lo mejor queda por decir. Hemos compartido enfermos y consagrados mucha vida. Muchas experiencias que son inefables y cuesta ponerle palabras; ellas nos han enriquecido mutuamente y están grabadas a fuego en nuestro corazón.



La aportación de la Campaña del Enfermo a los obispos españoles y de los obispos a la Campaña.

> Rafael Palmero Ramos,
Obispo de Orihuela - Alicante.
Responsable de Pastoral de la Salud.
Conferencia Episcopal Española.



Rafael Palmero Ramos

Han sido 25 campañas, 25 años, 25 temas. Creemos que es el momento de detenernos y disfrutar de lo vivido. De hacer un alto en el camino y tomar fuerzas para seguir caminando con entusiasmo y esperanza. Estas palabras se recogían en la convocatoria del presente encuentro. Sí, 25 años que para los pastores de la Iglesia en España han sido fruto de la Gracia en nosotros del Dios de la vida y de la Pascua.

La Iglesia, a ejemplo de Cristo, siempre ha sentido el deber del servicio a los enfermos y los que sufren como parte integrante de su misión¹. Los pastores de la Iglesia somos conscientes de que *“en la aceptación amorosa y generosa de toda vida humana, sobre todo si es débil o enferma, la Iglesia vive hoy un momento fundamental de su misión”*².

Fue el 11 de febrero de 1985 cuando, con el motu proprio *Dolentium hominum*, el Siervo de Dios Juan Pablo II instituyó la Pontificia Comisión para la pastoral de los Agentes Sanitarios, que con la constitución *Pastor Bonus* de 1988 pasó a llamarse Pontificio Consejo para la pastoral de los Agentes Sanitarios. Posteriormente, con una Carta Pontificia del 13 de mayo de 1992, el mismo querido Papa instituyó para toda la Iglesia universal la Jornada Mundial del Enfermo, que se celebra, como bien sabéis, cada 11 de febrero, fiesta de la Virgen de Lourdes, y en España se prolonga hasta el VI Domingo de Pascua con la celebración pascual de los enfermos.

Ayuda personal y comunitaria.

Desde el origen de estas campañas, a la luz de *Dolentium hominum*, en 1985, los obispos españoles, unidos a la solicitud pastoral del Santo Padre, hemos trabajado con interés año tras año, para que estas Jornadas sean en la Iglesia española y en cada Iglesia particular, un momento fuerte de sensibilización, participación y oración que nos acerque la realidad del hermano enfermo.

Un tiempo intenso y generoso donde ir aprendiendo a hacer don y ofrecimiento del sufrimiento para el bien de la misma Iglesia, así como invitación a todos para que reconozcan en el rostro del hermano enfermo el santo rostro de Cristo que, sufriendo, muriendo y resucitando, realizó la salvación de la humanidad³.

Los obispos españoles, ayudados por estas campañas, hemos ido creciendo al ritmo de nuestras diócesis en la reflexión y profundización del misterio insondable del sufrimiento del hombre, esclarecido a la luz de la Pascua. Y con este objetivo, hemos querido ofrecer en nuestros mensajes de cada jornada, desde el año 1985 hasta hoy, propuestas concretas para el crecimiento humano-espiritual, no sólo del enfermo, sino de toda la comunidad, cristiana, civil y sanitaria.

No podía ser de otra manera, el enfermo ha sido siempre nuestro punto de partida. Cada uno de ellos nos muestran lo más radical de nuestra condición de seres limitados y encadenados, por nuestra propia naturaleza, y el dominio del dolor y de la muerte. Nos explican, con su estado, que la salud, siendo muy importante, no es el valor definitivo de nuestra vida. Ni la vida sobre la tierra es la definitiva. Lo es la bienaventuranza del cielo. En muchos casos, los enfermos son una lección viva de coraje y de esperanza, nos descubren que el hombre es capaz de superar adversidades y, con frecuencia, nos ganan a los sanos en ternura, entrega y amor...

Contemplados a la luz de la fe, los enfermos nos recuerdan la presencia viva del Señor y nos revelan el sentido del dolor, ya que Cristo, sufriendo y muriendo por amor, ha dado la respuesta definitiva al dolor del hombre. Muchos de ellos se

han convertido, para los cristianos, en ejemplos vivos de esa oración, esa paciencia, ese silencio y esa serenidad de espíritu que tanto escasean en nuestro tiempo. Ellos, en fin, nos interpelan para que busquemos, como lo realmente necesario, no el gozo inmediato, sino la salud y la salvación que nos vienen por la fe en Jesucristo⁴.

Los enfermos son, a su vez, sujetos activos en la tarea evangelizadora de la Iglesia. Desde su propia situación, nos ayudan a relativizar algunos de los valores y formas de vida de la sociedad actual y, también, de nuestras comunidades: la eficacia a toda costa, la competitividad, la ambición de dinero, de poder, de éxito y de prestigio, el ansia de tener y el afán de consumir. Con su actitud, tantas veces serena, nos ayudan a vivir y recuperar los valores fundamentales del Evangelio: la gratuidad, la fuerza del amor, la esperanza, la entereza en la hora de la prueba. Desde su prostración, nos llaman a la solidaridad humana, al amor servicial y sacrificado y a la reivindicación de sus derechos. Nos ayudan a ser realistas en un mundo que vive de apariencias y, con frecuencia, de espaldas a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte, porque nos ayudan a reconocernos frágiles, limitados, mortales. Eso sí, con un caudal de energías ocultas muy considerables. Los enfermos nos muestran el rostro de Cristo y, lo más original y llamativo del Dios cristiano: un Dios que, por amor, se anonada y comparte hasta el fondo el dolor del hombre, y así nos salva⁵. Hemos querido recuperar, de esta manera, con la presencia de los enfermos, su palabra, su testimonio y su compromiso en la vida de la Iglesia, tratándolos *"no simplemente como término del amor y del servicio de la Iglesia, sino más bien como sujetos activos y responsables de la evangelización"*⁶.

1- Dolentium hominum, 1

2- Christifideles laici, 38.

3- Carta del Santo Padre Juan Pablo II a? cardenal Fiorenzo Angelini, presidente del Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, con ocasión de la institución de la Jornada Mundial del Enfermo, Vaticano, 13 de mayo de 1992.

4- "Estuve enfermo y me visitaste. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 1985.

5- Los enfermos nos evangelizan. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 1986.

6- Comunidades para curar. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 1990.

Incidencia en la pastoral familiar.

Otro de los temas importantes sobre los que los obispos hemos reflexionado en estos años ha sido el de la familia del enfermo. Tenemos todos una familia. En ella vivimos los grandes acontecimientos de nuestra existencia: nacer, crecer, gozar, sufrir, enfermar y morir. Cuando enfermamos, la familia enferma también con nosotros y se ve afectada, a veces, profundamente. La enfermedad cambia sus planes y trastorna el ritmo de su vida; es una fuente de inquietud y de dolor, de preocupación y de conflictos y desequilibrios emocionales. La enfermedad pone a prueba los valores en los que se asienta la solidez de sus lazos y la solidaridad de todos. La enfermedad es, ciertamente, una experiencia dolorosa y dura que puede desestabilizar a la familia o ayudarla a madurar, destrozarla o unirla más, alejarla de Dios o acercarla más a Él.

En este orden de cosas, hemos invitado a nuestras comunidades cristianas a ser, a su vez, familia que acoge a las familias ayudándolas a ser la "iglesia doméstica" que, en el nombre de Jesús, consuela y atiende a sus miembros enfermos. Porque la Iglesia, de la que forman parte dichas comunidades cristianas, es el cuerpo de Cristo en que todos los miembros viven los unos para los otros; donde los más necesitados se consideran los miembros más nobles; donde todos sufren, cuando uno de ellos está enfermo, y todos se alegran cuando uno recupera la salud⁷. Responsable, como comunidad cristiana de la misión de evangelizar y curar, Estimulando a todos sus miembros a colaborar en esta tarea sanante y suscitando grupos de personas cualificadas que, en nombre de ella, se dediquen de modo especial a los enfermos⁸.

También hemos sentido, en estos años, la necesidad de acercarnos para aprender del complejo mundo de la sanidad. Iglesia y sanidad necesitan aproximarse, reconocerse y colaborar mutuamente en el servicio que ambas prestan al enfermo. Con el lema "**Descubre su mundo**" proponíamos, el año 1992, adentrarnos en el ambiente que envuelve al enfermo, a su familia y a tantos profesionales que les ayudan a recuperar la salud. Como obispo, hemos pretendido que todos los cristianos conociéramos más estas realidades, valoremos y celebremos gozosamente sus logros, revisando nuestras actitudes a la luz del Evangelio, con un deber solidario y comprometido en la solución de sus problemas⁹.

Pastoral de la Salud y voluntariado.

El mundo de la salud, de la sanidad y especialmente "*el mundo del sufrimiento humano recuerda de alguna manera y de modo constante otro mundo: el del amor humano*". Y aquí aparece otra realidad importante a la que hemos prestado atención en estos veinticinco años: el voluntariado. En este ancho campo, un número creciente de cristianos está reviviendo el origen cristiano y evangélico del servicio de la Iglesia a los enfermos, un servicio que hoy reclama el rigor de la profesionalidad y pide, al mismo tiempo, un permanente suplemento de alma, en el que los profesionales cristianos, los agentes de pastoral y los voluntarios han de ser siempre especialistas.

El voluntario cristiano que actúa en este mundo del sufrimiento y del amor, se sabe partícipe de la misma misión de Cristo, que vino a asumir

7- La familia del enfermo. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 1989.

8- Comunidades para curar. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 1990.

9- Descubre su mundo. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 1992.

la causa del hombre, a ofrecerle una nueva calidad de vida, a revelarles los horizontes nuevos de la esperanza, a ser mediación del amor infinito del Padre, a reconciliarlo con sus propios límites. En la variedad de servicios que presta y de espacios donde actúa, el voluntario ha de ser consciente de que nunca es de forma excluyente un agente social o un agente pastoral, sino un testigo del Evangelio. De ahí la necesidad imperiosa de ser educados en la escuela del Buen Samaritano, de formarse para servir mejor, de enriquecer a diario las motivaciones y purificarlas, de cultivar el sentido de participación y de pertenencia a la comunidad, de mantener viva y creativa la llama de la solidaridad mediante la oración¹⁰.

Y, si esta oración es insustituible porque en ella nos unimos a Dios, los sacramentos son la celebración por antonomasia en la que actualizamos, en la fe de la Iglesia, la acción sanadora y salvífica de Jesucristo. Ellos expresan eficazmente la salvación que Dios ofrece por medio de Jesucristo en la comunidad cristiana y es, al mismo tiempo, la respuesta de ésta que acoge la salvación. **“Celebra la vida”** fue la invitación de los obispos para la celebración de la Jornada del Enfermo en 1994. Los sacramentos son momentos únicos en la vida del enfermo y de la comunidad, cuando se celebran bien. Gracias a ellos, Jesús el Señor está junto al enfermo y lo acompaña en su enfermedad para vivirla en la fe. La Iglesia ofrece al enfermo, para cada etapa de su camino, el sacramento que le ayuda a recorrerlo¹¹.

Ha ido pasando el tiempo, e iban surgiendo nuevas necesidades y retos a los que convenía dar respuesta. El Señor, ha ido guiando nuestros pasos y nos ha llevado a aproximarnos a nuevas realidades necesitadas de iluminación en el contexto social y sanitario, con estos pasos: acoger, comprender, acompañar¹² al que sufre, haciendo

camino juntos hacia Aquél que nos libera de todo sufrimiento y dolencia. Los obispos hemos querido acercarnos al dolor de las personas que sufren a causa de la enfermedad. De modo especial, a los que son más vulnerables dentro del misterio del dolor: los niños, los ancianos, los enfermos mentales y terminales. Sin olvidar el momento siempre difícil de saber estar al lado de quien llora por la pérdida de aquél a quien amaba.

El duelo, el dolor por la pérdida de un ser querido, constituye una experiencia personal y única que cada ser humano vive a su manera y que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos físicos, psicológicos, emotivos, sociales y espirituales. Hemos querido reconocer la legitimidad de tales sentimientos humanos en estos momentos y su expresión, y hemos propiciado un acompañamiento empático con los que sufren, de modo que se humanicen las relaciones en el duelo, liberándolas de tópicos fríos y vacíos y cargándolas de la proximidad que da el ejemplo de Dios, que asumió, al encarnarse, nuestra condición humana¹³.

La Campaña del Enfermo de 2005 nos brindó a todos la oportunidad de acercarnos a un grupo significativo del mundo de la salud: sus profesionales, hombres y mujeres que realizan su trabajo en torno a la salud y la enfermedad, y que hacen de su profesión un servicio a la vida, bien primario y fundamental de la persona humana. Aproximarnos a su quehacer diario nos permitió descubrir retos y desafíos, necesidades e inquietudes. Fue ésta una ocasión magnífica de reconocer y agradecer su labor, de prestarles más atención y acompañarlos en su tarea, enriqueciéndonos todos con sus aportaciones.

Hoy queremos seguir reconociendo y valorando la inestimable labor de tantos hombres y

10- Gratis has recibido. Da gratis. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 1998

11- Celebra la vida. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 1994.

12- Acoger, comprender, acompañar. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 2007.

13- Ante el duelo, abiertos a la esperanza. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 2008.

mujeres que trabajan con generosidad y dedicación ejemplar, en condiciones no siempre fáciles. Muchos son “sanadores heridos” que necesitan, como necesitamos todos, cercanía, respaldo, apoyo y ayuda para vivir sus experiencias de forma sana y sanante, por saludable. Su misión junto al hermano enfermo y doliente es una de las más dignas y nobles, pues, al cuidar la vida de la persona, realizan una gran labor humana¹⁴.

En este año 2009, “La Eucaristía, pan de vida”.

En el presente 2009, los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral de la Salud nos hemos colocado ante la Eucaristía en el mundo de la salud y la enfermedad, Y hemos hecho una invitación a entrar en el corazón del misterio del Sacramento por excelencia. En él creemos, vivimos y lo celebramos. Contemplar y creer en la Eucaristía es poner nuestra mirada en Jesús y descubrir en ella el verdadero sacramento de sanación y salvación, esperanza para toda la humanidad y, especialmente, para quienes viven y luchan por la vida con el peso de la enfermedad, o de cualquier otra forma de sufrimiento.

La Eucaristía está llamada a ser el centro y la vida, tanto de las personas que viven situaciones de enfermedad y de sufrimiento, como de las que trabajan en su servicio y cuidado. El “camino de la Eucaristía” se convierte, para ellos, en el camino real que hay que recorrer para llevar la luz de la pascua de Jesús y la esperanza que nace de ella, con el testimonio del amor liberador de Dios en todas las situaciones de enfermedad, sufrimiento y limitación humana.

La Eucaristía celebrada por una comunidad cercana que cuenta con sus enfermos, que se preocupa por su salud, que ora por ellos, que les hace llegar el viático, es el signo más expresivo de que ofrece la gracia que sana y salva, el estímulo mejor para su curación, la fuerza más vigorosa para su sanación interior. Es, en una palabra, la mejor ayuda para dar un sí creativo a la enfermedad¹⁵.

Han pasado 25 años desde aquel momento inicial. Los obispos de esta Comisión queremos invitaros, a colaboradores i amigos, agentes de la Pastoral de la Salud, a celebrar este momento. Nos unimos al Consejo Pontificio, que también cumple 25 años de existencia, y con el nuevo Presidente y el veterano Secretario, cuya visita valoramos y agradecemos, juntos damos gracias a Dios. Que esta mirada agradecida a nuestra historia en el querer ser samaritanos, nos ayude a abrirnos a la voz del Espíritu Santo, que señala nuevos caminos para seguir siendo presencia evangelizadora de la Iglesia en el mundo de la salud y de la enfermedad, testimonios del Dios de la esperanza y la resurrección.

Y que María, Salus infirmorum, que estaba a pie firme junto a la cruz de su Hijo, nos dé valentía para detenernos ante todas las cruces del hombre de hoy¹⁶. “Ella, después de pasar por sufrimientos indecibles, fue elevada al cielo, donde nos espera y donde también nosotros esperamos poder compartir un día la gloria de su Hijo divino, la alegría sin fin”¹⁷. Mientras tanto, que también los santos Juan de Dios y Camilo de Leus, patronos de los lugares de curación y de los agentes sanitarios, ayuden a que los frutos de este apostolado de la caridad, que el mundo sigue necesitando, sean, de día en día, más abundantes y provechosos.

14- Los necesitamos, nos necesitan. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 2005.

15- Creer, celebrar y vivir la Eucaristía. Mensaje de los obispos para la campaña del enfermo de 2009.

16- JUAN PABLO II, carta encíclica Salvifici doloris, 31.

17- BENEDICTO XVI, Discurso en la XVª Jornada Mundial del Enfermo, 11 de febrero de 2007, memoria de la Virgen de Lourdes.

www.sanjuandedios.net

