



Aportaciones más significativas del Día del Enfermo a la acción evangelizadora de la Iglesia hoy

Hno. Miguel Martín Rodrigo, OH

Contexto eclesial

Quisiera 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

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

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 de 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 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

² Encíclica “Redemptor Hominis”, 4-III-79, n° 14

³ Carta Apostólica “Salvifici Doloris”, 11-II-84, n° 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, n° 3

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 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 predicar e 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

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

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

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. El 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, milagrera, 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

⁸ Francesc Torralba, “Las tensiones antropológicas frente al misterio de la Encarnación”, en la Jornada “El Verbo se hizo carne” (año 2.000), LH, n° 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, n° 254, 1999, pg. 219

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

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 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

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”, n° 2, LH, n° 215, 1990

- 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 pobres ¹⁵

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. 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 promover la salud de manera

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

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

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 recluida 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

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”.

¹⁷ Miguel Payá Andrés, “La Parroquia: comunidad sanante y sanadora”, LH, n° 265, 2002, pg. 210

¹⁸ Mensaje de los Obispos, Jornada “Los enfermos en la parroquia. Una prioridad”, n° 2, LH 265, 2002

¹⁹ Mensaje de los Obispos, Jornada “Los enfermos en la parroquia. Una prioridad”, n° 3, LH 265, 2002

²⁰ Julio Lois, “El enfermo mental en la sociedad y en la Iglesia”, LH, n° 238, 1995, pg. 326

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: 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 acapara 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

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

²² Mensaje de los Obispos, Jornada “Los enfermos más necesitados y desasistidos”, n° 4, 1988

²³ Mons. D. Alberto Iniesta, “Anciano y Enfermo, caminos de plenitud”, LH, n° 243, 1997, pg. 47

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 *salus* 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 llamaba “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 va 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 la conveniencia y necesidad de que la 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:

²⁴ Diego Gracia Guillén, “Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud”, LH, n° 219, 1991, pg. 14

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, n° 219, 1991, pg. 14

“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 y 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 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 disfrutaban”, 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

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

²⁸ Mensaje de los Obispos, Jornada “Los Enfermos en la Parroquia”, nº 2, 2003

respecto a todo hombre y a todo el hombre, no podría haceros olvidar que lo 'específico' de la pastoral de la salud es hacer este anuncio, con obras y palabras, en el mundo concreto de los enfermos".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 Consejo 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".

²⁹ Pedro Jaramillo, "La Pastoral Parroquial de la Salud: luces y sombras", LH, n° 265, 2002, pag. 185

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

También aquí se profundizó en la actitud de Jesús ante la familia del enfermo. Y una vez más, fue José A. Pagola quien nos ilustra 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, 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 y sus 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

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

³² Juan Pablo II, Ex. Apostólica “Familiaris Consortio”, n° 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

³⁴ Mensaje de los Obispos, Jornada “La Familia del Enfermo”, n° 3, 1989

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 se 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 las sociedad cuya salud educamos, promocionamos y cuidamos...Lo somos especialmente para 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 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.

³⁵ Carta Apostólica “Salvifici Doloris”, 11-II-84, n° 29

³⁶ José María Rubio, “Identidad y Misión del profesional de la salud cristiano”, LH, n° 274, 2004, pag. 36

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 desgaste del profesional o de 'burn out'. Se puede caer en la tentación de reclamar la debilidad 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 cuidados –"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 Prozac:

"Los profesionales cristianos deben redescubrir la dimensión pública de su vida cristiana, 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

³⁷ Diego Gracia Guillén, "Medice cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios", LH, n° 274, 2004, pg. 91

³⁸ José Carlos Bermejo, "El desgaste en los profesionales de la salud. Estrés y 'burn out'", LH, n° 274, 2004, pag. 87

³⁹ José María Rubio, "Identidad y Misión del profesional de la salud cristiano", LH, n° 274, 2004, pag. 39

⁴⁰ Mensaje de los Obispos, Jornada "Los Profesionales de la Salud", n° 10, 2005

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 emprende 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

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

⁴¹ Carta Apostólica “Salvifici Doloris”, 11-II-84, n° 29

⁴² Pedro Jaramillo, “Identidad y perfil del Voluntariado Cristiano”, LH, n° 246, 1997, pag. 317

⁴³ Citado por Juan Manuel Almarza y Juan Zapatero, “Ser voluntario hoy”, LH, n° 246, 1997, pag. 296

⁴⁴ Mensaje de los Obispos, Jornada “Voluntariado y Pastoral de la Salud”, n° 7, 1998

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

Cabría, 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”. 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 desprece la acción sacramental; tan sólo se pide que ésta se ubique en todo un contexto humano y humanizador, y en un ámbito de evangelización.

⁴⁵ José A. Pagola, “Voluntariado en Pastoral de la Salud: perspectivas de futuro”, LH, n° 246, 1997, pag. 336

⁴⁶ Jesús Conde Herranz, “El voluntariado y el agente de pastoral. Diferencias y afinidades”, LH, n° 246, 1997, pp. 322-333

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 antonomasia 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, 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.

⁴⁷ Mensaje de los Obispos, Jornada “Los Sacramentos en la Enfermedad”, n° 2, 1994

⁴⁸ José A. Pagola, “Le celebración de los sacramentos en la enfermedad”, LH, n° 230, 1993, pg. 242-243

- 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

⁴⁹ Mensaje de los Obispos, Jornada “Los Sacramentos en la Enfermedad”, n° 6, 1994

⁵⁰ Juan Martín Velasco, “La Oración de petición en la Enfermedad”, LH, n° 262, 2001, pag. 199

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 ‘sanas’ orantes para poder ser personas evangelizadoras en la enfermedad”.⁵³

Momento significativo 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. Ahí, 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, diagnóstica, 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:

⁵¹ Edilio Mosteo Sobreviela, “La Piedra de Jacob. Vertiente espiritual de ‘Orar en la Enfermedad’”, LH, n° 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

⁵³ Trinidad León, “María, Discípula y Maestra de una relación sana con Dios”, LH, n° 250, 1998, p. 198

⁵⁴ Francisco Alvarez, “Orar como agente de PS”, LH, n° 262, 2001, pg. 252

“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 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

⁵⁵ Mensaje de los Obispos, Jornada “Orar en la Enfermedad”, n° 3, 2002

⁵⁶ Motu Proprio “*Dolentium Hominum*”, 1985, n° 2

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.

“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”.⁶² 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)

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

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

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

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 advirtiendo 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

⁶³ Comunicado Final XVII Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud, LH, n° 225-226, 1992, p. 241

⁶⁴ Felisa Elizondo, “La Muerte. Aportación Antropológica”, LH, n° 225-226, 1992, p. 197

⁶⁵ Felisa Elizondo, “La Muerte. Aportación Antropológica”, LH, n° 225-226, 1992, p. 195

⁶⁶ Angel Núñez, “La Muerte. Aportación Bíblica”, LH, n° 225-226, 1992, p. 199

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 ya 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. Sí 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 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 trascendencia, 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

⁶⁷ T. H. Thieffrey, “Necesidades espirituales del enfermo terminal”, LH, n° 225-226, 1992, p. 236

⁶⁸ José Carlos Bermejo, “La Muerte. Aportación Pastoral”, LH, n° 225-226, 1992, p. 217

⁶⁹ Mensaje de los Obispos, Jornada “Vivir el Morir”, n° 5, 1993

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 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

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

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

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

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

⁷⁵ Entrevista a Arnaldo Pangrazzi, LH, n° 285-286, 2007, p. 62

⁷⁶ Mensaje de los Obispos, Jornada “Vivir el Morir”, n° 4, 2007

⁷⁷ Ramón Prat, “María, icono del acompañamiento desde la feminidad”, LH, n° 250, 1998, p. 189

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 milagrera sino como un referente de fe y de sensibilidad para captar el silencio elocuente del dolor humano:

“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

Publicado en Labor Hospitalaria nº293-294, pp. 19-46

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

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