

# PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA CAMPAÑA DEL ENFERMO 2004

## **“MÁS CERCA DE LOS QUE ESTÁN LEJOS”**

Jesús Conde Herraz  
Delegado Diocesano Pastoral de la Salud. Madrid

*El autor, como miembro del Equipo Permanente del Departamento de Pastoral de la Salud, ha sido el encargado de poner por escrito la valoración que desde el Departamento se hizo a la hora de plantear la Campaña del Enfermo para el 2004, ya que fueron muchos los interrogantes que surgieron por el lema propuesto por los obispos: “Más cerca de los que están lejos”. Finalmente, y tras un minucioso examen de los argumentos a favor y en contra de un planteamiento restringido o de otro más englobante, se optó por este último decidiendo dedicar en las Jornadas Nacionales de Septiembre una primera ponencia, encaminada a ilustrar el planteamiento general de la Campaña. Esta misma idea ha llevado al Secretariado Diocesano de Pastoral de la Salud de Bilbao a invitarle el primer día del cursillo de preparación del día del enfermo en nuestra Diócesis ( Bilbao 26-4-04). A continuación se recoge la reflexión expuesta en ambas ocasiones.*

## 1. Antecedentes y aclaraciones previas

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

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

En los comienzos del verano de 2003, el Equipo Permanente<sup>3</sup> del Departamento de Pastoral de la Salud dedicó varias reuniones a analizar la envergadura del tema de la Campaña de 2004, así como la índole y diversidad de sus ramificaciones temáticas concretas. Para entonces los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral habían elegido ya el lema con el que sería presentada la Campaña de 2004, y se ultimaba la redacción definitiva de las Orientaciones sobre la misma, con el fin de que éstas pudieran ser ya presentadas a los delegados de Pastoral de la Salud de las diócesis españolas, en las XXVIII Jornadas Nacionales previstas para la cuarta semana de Septiembre.

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

- a) Desde la perspectiva de la Pastoral de la Salud, la cual coincide a su vez con la del mundo sanitario -un mundo cuya amplitud engloba hoy la entera sociedad humana y el medio natural que la rodea y sustenta- *¿hay que considerar que más cerca de los que están lejos alude, o debe aludir, sólo a aquellas personas que han claudicado en mayor o menor medida, y por unos u otros motivos, de su pertenencia a la Iglesia y de su vida cristiana anterior, y a aquellas otras que no han tenido la oportunidad de acceder al Evangelio de Jesucristo, o han recibido del mismo sólo una noticia insuficiente o distorsionada?*

---

<sup>2</sup> Cf. nº 4

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

- b) En un mundo tan vasto en amplitud y tan complejo en situaciones necesitadas de aproximación y ayuda como este mundo nuestro de la salud, *¿no hay también alejados forzosos e involuntarios que, en lugar de serlo por propia decisión, lo son de hecho por abandono ajeno grave y reiterado, y porque desde la Iglesia y, más concretamente, desde la Pastoral de la Salud no hemos tenido la oportunidad o la suficiente voluntad de acercamiento, comprensión y asistencia? Y, si es así, ¿se merecen éstos menos atención que los alejados clásicos?*
- c) Más aún, mirándonos a nosotros mismos, *¿no debíamos incluso preguntarnos si nuestra mutua aproximación dentro de la Iglesia y, desde ella, nuestra cercanía a Dios, Trinidad y Comunión de vida, es la requerida o si, por el contrario, no hemos de incluirnos también nosotros en el ámbito de los alejados, a nuestro modo propio, y en mayor o menor medida, según los casos? ¿Qué garantías de genuina cercanía, desde la perspectiva radical del Evangelio, vamos a brindar a unos y otros alejados si nosotros mismos no ponemos a punto nuestras mutuas relaciones eclesiales y pastorales, así como nuestra relación con Dios, la suprema y absoluta Cercanía?*

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

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

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

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

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

Contemplando dicho mundo en toda la amplitud que ha cobrado a impulsos de la medicalización de la sociedad humana, perceptible ya hasta en los rincones más recónditos del planeta<sup>4</sup>, este muestrario podría dar cabida a una cantidad de situaciones tal que su enumeración rebasa con mucho la amplitud de este trabajo. Voy, por ello, a fijarme sólo en las situaciones que veo más explícitas, ajustadas y significativas, y voy a exponerlas en un orden que va desde las más cercanas y familiares al día a día de nuestro quehacer pastoral, hasta llegar a aquellas cuya percepción es algo menos obvia o inmediata.

### 2.1 Situaciones más inmediatas y conocidas de aproximación o alejamiento

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

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

- Entre la asistencia a enfermos agudos, más favorecida a todos los niveles en términos generales, y la asistencia a enfermos crónicos, mucho más desigual en según qué casos.
- Entre la inmediatez de la relación genuinamente clínica *–a pie de cama–* y, la realizada cada vez a más distancia por la interposición creciente de procedimientos tecnológicos, burocráticos o ritualistas.
- Entre el cuidador de turno y el enfermo; entre la insuficiencia de atención y recursos, en términos absolutos y relativos, que padecen los llamados por la Campaña del Enfermo de 1988 *los enfermos más necesitados y desasistidos* -al día de hoy singularmente los **enfermos mentales** y los **ancianos enfermos y solos** en sus domicilios- y el resto de la población enferma.

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

No es necesario pormenorizar este punto, pues es harto conocido y experimentado en la cotidianidad del trabajo pastoral. Sí es, sin embargo, indispensable llamar la atención de todos -desde los pastores de la Iglesia y los responsables de la sanidad pública hasta cuantos ejercemos labores asistenciales, e incluso todos los cristianos y ciudadanos de a pie- del hecho de que la familia, aún en medio de la crisis y tensiones a las que está hoy sometida, sigue siendo la **primera instancia asistencial** en el campo sanitario, por encima del mismo Sistema

---

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

Nacional de Salud. Pero es éste un hecho que sigue sin estar suficientemente reconocido ni en la conciencia, ni en el apoyo y las ayudas concretas requeridas por las familias de los enfermos para cumplir adecuadamente con dicha función. Recordemos simplemente, a título de ejemplo, la situación de continua sobrecarga que sufren a diario muchos familiares dedicados al cuidado de sus enfermos ancianos o mentales.

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

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

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

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

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

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

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

- ¿Qué importancia se da en los planteamientos políticos (internacionales, estatales, regionales, municipales o vecinales) a los problemas sanitarios respecto a otras áreas de la problemática humana (la economía, la defensa, la seguridad ciudadana, el deporte, los espectáculos, el turismo, el ocio en general, ...)?
- Qué cantidad y proporción de recursos económicos son destinados al tratamiento de dichos problemas dentro de la dotación presupuestaria global de las mencionadas entidades, y en comparación con los dirigidos hacia esas otras áreas sociales?
- La hoy necesaria concepción empresarial de la sanidad en sus ámbitos médico, farmacéutico, investigador, etc. ¿sirve de verdad a la efectividad y eficiencia en favor de los destinatarios de la sanidad, o más bien *se sirve* de ellos en beneficio de la estructura empresarial pública o privada y dentro de ella de quienes la dirigen y componen?

b) La cultura sanitaria actual y su cercanía o lejanía respecto a una visión coherente y entera del ser humano

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

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

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

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

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

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

Pues ella constituye el medio originario que Dios ha proporcionado para que surgiera nuestra vida, se desarrolle nuestra salud, tengan nuestras enfermedades remedios abundantes en forma de fármacos y otros innumerables aportes materiales, y quede garantizada en cantidad y calidad nuestra pervivencia como especie en la tierra. Y la naturaleza es también para los cristianos la nueva tierra que será transfigurada junto con todos nosotros en los *nuevos cielos*, pero que *en el presente gime ... en la esperanza de ser liberada de la corrupción* (cf. Rom 8, 20s) a la que la sometemos de un modo cada vez más agresivo y sistemático.

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

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

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

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

trabajo codo a codo entre creyentes y no creyentes, y las confrontaciones abiertas y descalificadoras. Por tanto, es preciso constatar también cuánto queda aún por hacer en el diálogo intercultural.

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

El imperativo cristiano de convertir en *próximo* al *alejado*, desde el mensaje de la parábola del Buen Samaritano (Lc 10, 29-37) y, el texto de Mt 25 34-46 tiene como consecuencia práctica en la Iglesia católica una enorme voluntad de cercanía y ayuda hacia *los que vienen de lejos*, por ejemplo, hacia el número creciente de inmigrantes tercermundistas y de diversos credos religiosos que llegan hasta nosotros, y requieren unos servicios sanitarios y sociosanitarios de los que carecen en sus países de origen. Justo es reconocerlo, así como el hecho de que no suele ser esa misma la tónica en países donde el credo predominante no es el cristiano. En este aspecto, y en otros, el diálogo interreligioso y recíproco entre personas e instituciones de diversas creencias religiosas es una necesidad de cara a fomentar una ayuda mutua más estrecha y eficaz, así como la ayuda conjunta de los creyentes a los problemas sanitarios mencionados en 2.2. d.

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

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

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

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

La Iglesia es el Cuerpo de Cristo, cuya vida saludable y fuerza sanadora vienen garantizadas por la simbiosis espiritual de sus sistemas, órganos y miembros entre sí, y unidos al Señor Jesús, que es la Cabeza, *en la unidad del Espíritu*. Esta es la fuerza aproximadora y



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

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

También hemos de aplicar el lema de esta Campaña a revisar el ejercicio de la comunión, traducido a voluntad de cercanía y cooperación creciente, en el propio interior de la Pastoral de la Salud. En líneas generales ése es el talante que nos mueve a todos los que nos encontramos en cada uno de los ámbitos mencionados en el encabezamiento de este apartado. De hecho, el resurgir y el progreso de la Pastoral de la Salud en España a partir de 1972 puede ser narrado en clave de una colaboración progresiva que nos ha conducido hasta las cotas de riqueza pastoral, contactos personales e institucionales, y variedad estructural de que hoy disfrutamos. Y, sin embargo, no seríamos consecuentes con la exigencia de *cercanía* y *asistencia* hacia los enfermos y sus cuidadores que planteamos al resto de la Iglesia, si entre los propios ministerios<sup>5</sup>, las estructuras<sup>6</sup> y las personas implicadas en la Pastoral de la Salud no procuramos estar cada vez más unidos en la comunión de vida y en la cooperación ministerial. A la hora de concretar esta propuesta de mayor cercanía mutua, creo que las tareas más urgentes al respecto en las que merece la pena insistir en la Campaña 2004 son:

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

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

Todo nuestro quehacer pastoral en el mundo de la salud tiene su razón de ser en la revelación y asistencia de un Dios que es Padre, y de quien decimos con el salmista que es quien *perdona nuestras culpas, cura nuestras enfermedades, rescata nuestra vida de la fosa y nos colma de gracia y de ternura (Sal 103, 3s)*; que es Hijo y, encarnado en la humanidad de Jesús, *pasó haciendo el bien y curando (Hech 10, 38)*; que es Espíritu y, por ello, *sostenedor de nuestra condición enfermiza (Rom 8, 26)* y *fuentes del mayor consuelo* (himno de

---

<sup>5</sup> Episcopal, presbiteral, religioso y laical.

<sup>6</sup> Nacionales, interdiocesanas, diocesanas, parroquiales y hospitalarias.

Pentecostés). Tal revelación y asistencia son las que, *en el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo*, constituyen la raíz más honda y nuclear de las palabras, gestos y acciones implicadas en nuestra misión de evangelización sanadora. Por tanto, esta no puede consistir más que en invitar a los demás a que compartan con nosotros, desde la situación concreta y las posibilidades de cada uno, la comunión de vida sana, saludable y salvífica que Dios comparte con nosotros en la Iglesia. La conversión constante a vivir cada uno de nosotros una vida de comunión cada vez más honda con Dios resulta ser, pues, la condición primaria, radical y fundante de cuanto pretendamos lograr después en los desarrollos pastorales de esta Campaña.

## 2.5 Tres Constataciones a partir de este planteamiento

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

- *Cerca y lejos* son términos que no debemos aplicar sólo en una dirección ni atribuirlos en exclusiva a ciertas personas, grupos o entidades humanas en relación con su alejamiento de la Iglesia.
- La cercanía y la lejanía, en las diversas situaciones mencionadas, tienen su primer asiento y desarrollo en cada uno de nosotros, en nuestro interior. Todos somos, en una cierta medida y simultáneamente *el sacerdote, el levita y el buen samaritano* de la parábola del Buen Samaritano.
- La vieja fórmula de San Agustín referida a Dios: *Intimior intimo meo (Tú eres más íntimo a mí que yo mismo)*, expresa con clara sencillez el punto de partida, a mi modo de ver, de esta Campaña.

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

## 3. Cercanía y lejanía, signos de nuestro tiempo

### a) Desde la perspectiva de la aldea global

Quienes estamos en contacto habitual con los medios de comunicación y vivimos atentos a la evolución de la cultura y de la conciencia que la humanidad va adquiriendo sobre sí misma, nos hemos ido familiarizando con la idea de que nuestro mundo se está convirtiendo cada vez más en lo que Herbert Marshall MacLuhan<sup>7</sup> llamó hace ya varias décadas *La Aldea Global*, y

---

<sup>7</sup> Herbert Marshall MacLuhan nació en Alberta (Canadá) en 1911. Fue profesor universitario y compañero de Herbert Marcuse en los años 70 del siglo XX, convirtiéndose en uno de los profetas de ese siglo y también en uno de los padres culturales del nuevo milenio. Fue el primero en hablar del mundo como una aldea global, y de

también de que, por ello, la humanidad se ve abocada a convertirse en la *tribu planetaria*<sup>8</sup> que habita en esa Aldea. Surge así una nueva situación a la que denominamos ya espontáneamente *globalización o mundialización*. Sentimos que tal situación va a formar parte cada vez más de nuestro futuro y que, a causa de sus tremendas paradojas, incluso de sus abiertas contradicciones, suscita en nosotros grandes esperanzas y, a la vez, nos atemoriza con los graves riesgos que comporta. Se trata de que aprovechemos o desperdiciemos una oportunidad única en la historia humana planetaria: la de encaminarnos cada vez más decididamente hacia formas de vivir en cercanía, en abierta comunicación, cooperación, mutua asistencia y comunión de vida; o bien la de alejarnos más todavía unos de otros, enzarzarnos, de un modo más cruel y destructivo que nunca hasta ahora, en luchas que ya han de considerarse contiendas tribales y vecinales, pero que amenazan incluso con nuestra destrucción como especie humana y aun como especie viva.

Sin llegar tan lejos porque, como decía el médico, historiador y cristiano Pedro Laín Entralgo, *a pesar de todas sus contradicciones la humanidad basta ahora no ha mostrado vocación de suicidarse*, es evidente que el simple hecho de poder conocer al instante la situación de las personas y de los grupos y sociedades de nuestro mundo -por las informaciones que a cada momento nos proporcionan los medios de comunicación social- no genera siempre ni espontáneamente en nosotros la intención de acercarnos a ellos para convivir y compartir sus gozos y esperanza, tristezas y angustias<sup>9</sup>, o *para vendar los corazones desgarrados y consolar a los que lloran*<sup>10</sup>.

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

## b) Cercanía y alejamiento en el mundo de la salud

Eso que ocurre en el panorama general de las relaciones humanas adquiere una relevancia y una manifestación especialmente intensa y expresiva en lo que damos en *llamar el mundo de la salud*. Muestra de ellos es la mayoría de las situaciones expuestas en todo el apartado 2. A través de ellas es posible comprobar cómo en el mundo sanitario se dan simultáneamente ingentes esfuerzos de genuina asistencia, es decir, de aproximación, cercanía, cooperación y vida en comunión, así como ejemplos lamentables de indiferencia, desatención, desasistimiento, negligencia, maltrato, abandono o destrucción de la vida humana. En todos los ejemplos expuestos cabe constatar la suma importancia y las enormes repercusiones que comporta la voluntad de aproximación y cercanía a los ingentes problemas sanitarios de nuestro mundo y, sobre todo, a quienes los sufren o, por el contrario, las nefastas

---

la humanidad como una tribu planetaria. MacLuhan acuñó estos términos a partir de un análisis de los medios de comunicación y

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

<sup>9</sup> Cf. Constitución pastoral *Gaudium et Spes*, n° 1.

<sup>10</sup> Is 61 1s; cf. Lc 4, 18s.

consecuencias que acarrea el desinterés o el declarado egoísmo de sus también múltiples manifestaciones insanas.

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

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

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

- a) La Trinidad, en cuanto *forma de ser y de vivir* de Dios *en mutua comunión de personas dentro de la unidad de naturaleza*, por expresarlo a la manera de los primeros concilios ecuménicos y de la doctrina de los Padres de la Iglesia. La fe en la Trinidad, desde la lectura pastoral que aquí cabe hacer de ella, es la garantía suprema para el cristiano de que la cercanía, la donación y la comunión, vistas desde Dios Uno y Trino, no desgastan, disminuyen, anonadan o vacían a quienes las practican, sino que impulsan su desarrollo como personas a la vez que reafirman la integridad y coherencia de su ser.
- b) La creación, entendida como condición de posibilidad del acercamiento de Dios al mundo y a los hombres. La creación se inicia y desarrolla a partir de la intención divina de crear el universo, dotándole de las condiciones adecuadas para suscitar la vida y llevarla hacia formas de complejidad creciente en cantidad y cualidad, hasta llegar al ser humano, *imagen e interlocutor* de Dios y llamado, por ello, a la vida de comunión con Él. La presentación de Dios a los antiguos patriarcas, para iniciar con ellos la alianza suscrita luego con todo el pueblo de Israel. Una alianza que era vista como la garantía de la vida, la salud y la felicidad que Dios quería para su pueblo<sup>11</sup>.
- c) La revelación de Dios a Israel como el Pastor, Médico y Consolador de Israel<sup>12</sup>. El *cuidado*, la *voluntad sanadora* y el *consuelo* son a lo largo de toda la Revelación tres aspectos nucleares del empeño divino de vivir en comunión de vida con los hombres.

---

<sup>11</sup> Ver, entre otros muchos textos alusivos, Dt 30. 1-19.

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

- D) La figura del Mesías, sobre todo en su caracterización como Servidor, y su evolución hasta identificarse veladamente con Dios mismo. El servicio mesiánico-divino consiste, como todos sabemos, en *cargar con las dolencias y echar sobre sí las enfermedades*.
- E) La encarnación de Dios en Jesús de Nazaret, con la que Dios trascendente se une de modo definitivo e indisoluble con la humanidad y con la creación entera.
- F) La misión de Jesús como Servidor, Pastor, Cordero y Médico que se identifica con la humanidad pecadora, enferma y doliente, promete la salud y la felicidad a los que sufren, y se las brinda enteramente en la resurrección de su humanidad glorificada.
- g) La autocomprensión de la Iglesia como Cuerpo de Cristo y *signo e instrumento de la íntima unión con Dios y de la unidad de todo el género humano*.
- h) La historia de la Iglesia en clave de Pastoral de la Salud, y la de sus aportaciones a la cultura y la praxis sanitaria de ayer y de hoy<sup>13</sup>.
- i) La espiritualidad cristiana, como camino de conversión personal hacia una cada vez más íntima comunión con Dios, *Intimior intimo meo, más íntimo a mí que yo mismo (San Agustín)*.

## 5. Los que están lejos

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

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

---

<sup>13</sup> Ver al respecto mi artículo La aportación de la Iglesia a la sanidad desde el Evangelio y su propia Tradición, en Labor Hospitalaria, Enero a Marzo de 1992, n° 223, p. 69-77.

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

## 6. A modo de conclusión.

Se me encomendó la tarea de ilustrar las perspectivas y posibilidades de una Campaña del Enfermo la cual, aludiendo de entrada a los *alejados* en sentido clásico y restringido, se abriera a horizontes más amplios en sintonía con el lema propuesto por los obispos, con el contenido de las *Orientaciones* y con las sugerencias aportadas por personas avezadas en la Pastoral de la Salud. La tarea era factible, aunque nada fácil, y espero al menos haberla iniciado. Porque su continuación creo que es cometido de los ponentes que vienen a continuación en estas XXVIII Jornadas, del *Mensaje* de los Obispos, de los materiales de formación y educación en la fe, así como, sobre todo, de la reflexión que en cada diócesis, sector, parroquia u hospital se lleve a cabo para aplicar con tino lo que de esta Campaña requiera cada uno de esos ámbitos pastorales.