

# Religiosos Camilos

Secretariado General para el Ministerio

## El ministerio camiliano

Orientaciones



## El ministerio camiliano

Colección

---

«MÁS CORAZÓN EN LAS MANOS»

---

**3**

Religiosos Camilos  
Secretariado General para el Ministerio

# El ministerio camiliano

## *Orientaciones*



Orden de Ministros de los Enfermos  
Religiosos Camilos  
Provincia Española

Mensajero

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra  
([www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) / 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

Título original:  
*Il ministero camilliano.  
Orientamenti*

© Religiosi Camilliani, 2013  
Segretariato Generale per il Ministero  
Casa Generalizia  
Roma

*Traducción:*  
Rafael Pérez Real

© Provincia Española de los Ministros de los Enfermos, 2015  
(Religiosos Camilos)  
C/ Sector Escultores, 39  
28760 Tres Cantos (Madrid)  
[www.camilos.es](http://www.camilos.es)  
[www.humanizar.es](http://www.humanizar.es)

© Ediciones Mensajero, 2015  
Grupo de Comunicación Loyola  
Padre Lojendio, 2  
48008 Bilbao – España  
Tfno.: +34 94 447 0358 / Fax: +34 94 447 2630  
[mensajero@mensajero.com](mailto:mensajero@mensajero.com) / [www.mensajero.com](http://www.mensajero.com)

*Diseño de cubierta:*  
[redondel.es](http://redondel.es)

*Impreso en España. Printed in Spain*  
ISBN: 978-84-271-3823-0  
Depósito legal: BI-1791-2015

*Fotocomposición:*  
Rico Adrados, S.L. (Burgos)  
[www.ricoadrados.com](http://www.ricoadrados.com)

*Impresión y encuadernación:*  
Gráficas Cems, S.L. – Villatuerta (Navarra)  
[www.graficascems.com](http://www.graficascems.com)

## *Índice*

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Prólogo</i> , por José Carlos Bermejo .....                                   | 7  |
| <i>Presentación</i> , por Paolo Guarise .....                                    | 9  |
| <i>Abreviaturas</i> .....                                                        | 11 |
| Capítulo I: Entre pasado y futuro [1-28] .....                                   | 13 |
| 1. Datos históricos [1-16] .....                                                 | 13 |
| 2. Expansión de la Orden y ministerio [17-20] .....                              | 20 |
| 3. Nuestra presencia [21-28] .....                                               | 22 |
| Capítulo II: Nuestras raíces [29-38] .....                                       | 25 |
| Capítulo III: El mundo donde actuamos [39-53] .....                              | 31 |
| Capítulo IV: Nuestra misión [54-215] .....                                       | 37 |
| 1. El anuncio [58-153] .....                                                     | 38 |
| La vida [60-73] .....                                                            | 39 |
| La salud [74-80] .....                                                           | 45 |
| El sufrimiento [81-88] .....                                                     | 48 |
| La muerte y el duelo [89-96] .....                                               | 51 |
| El servicio al enfermo y la humanización del mundo de<br>la salud [97-111] ..... | 54 |
| Ética y bioética [112-130] .....                                                 | 60 |
| Condiciones para un anuncio eficaz [131-135] .....                               | 65 |
| Los tiempos, los modos y los lugares del anuncio [136-152] ..                    | 66 |
| La catequesis y la predicación [153] .....                                       | 70 |

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2. La propuesta sacramental [154-181] .....                                                    | 71  |
| El sacramento de la reconciliación [162-166] .....                                             | 73  |
| La eucaristía [167-173] .....                                                                  | 74  |
| La unción de los enfermos [174-181] .....                                                      | 76  |
| 3. La diaconía [182-215] .....                                                                 | 79  |
| Nuestras obras [187-190] .....                                                                 | 80  |
| El servicio a domicilio [191-192] .....                                                        | 85  |
| Parroquias y rectorías [193-194] .....                                                         | 86  |
| Centros de formación [195-201] .....                                                           | 87  |
| La asistencia pastoral [202-208] .....                                                         | 90  |
| <i>Camillian Task Force</i> [209-212] .....                                                    | 92  |
| Nuestros ancianos y enfermos [213-214] .....                                                   | 93  |
| Actividades no ligadas específicamente a nuestro ministerio [215] .....                        | 94  |
| Capítulo V: Los destinatarios de nuestro ministerio [216-268] ....                             | 95  |
| 1. El enfermo y sus familiares [216-264] .....                                                 | 95  |
| El ministerio con los enfermos [227-237] .....                                                 | 99  |
| El acompañamiento a las personas al final de la vida y a las personas en duelo [238-251] ..... | 103 |
| Atención a las enfermedades sociales y a los pobres [252-264] .....                            | 108 |
| 2. Los agentes sanitarios [265-268] .....                                                      | 111 |
| Capítulo VI: En unión con la Iglesia [269-273] .....                                           | 115 |
| Capítulo VII: Nuestros colaboradores [274-288] .....                                           | 117 |
| 1. Los laicos [274-284] .....                                                                  | 117 |
| 2. Los institutos y asociaciones inspirados en nuestra espiritualidad [285-288] .....          | 122 |
| Capítulo VIII: Formación para el ministerio [289-308] .....                                    | 125 |
| <i>Conclusiones</i> [309-310] .....                                                            | 133 |

## *Prólogo*

El ministerio camiliano es una realidad viva que se encarna en el tiempo y en el espacio cambiantes. Buscar las claves de fondo, los valores que lo inspiran, es un bien para la Orden. Así lo pidió la Asamblea capitular de 2013 y así ha sido realizado. Es fruto del servicio de algunos hermanos, entre ellos nuestro querido P. Francisco Álvarez († 9 de enero de 2015), cuya pluma se percibe al leer este trabajo.

Quiero pensar que los religiosos camilos de lengua española, jóvenes y mayores, se hacen con este documento y disfrutan leyéndolo y dejándose interpelar. La distancia entre nuestra realidad y nuestros ideales –aquí presentados en parte– puede convertirse en una sana motivación para seguir «naciendo de nuevo» (Jn 3,3).

La posibilidad de que efectivamente este texto-documento sirva para humanizarnos y ser fieles a nuestro carisma es lo que motiva también el esfuerzo de traducción y publicación en español.

Personalmente, no doy por descontado que las cosas son como decimos que son o como decimos que deberían ser. Por eso tiene sentido describir este reto, reclamar aspectos concretos de la actualización de nuestro carisma en el ministerio y retornos recíprocamente para ser más fieles y más felices como religiosos camilos.

¡Ojalá este documento querido por la Orden sea referente de buen hacer!

H. JOSÉ CARLOS BERMEJO  
*Delegado General*  
*Provincia Española*  
Tres Cantos, Madrid  
8 de diciembre de 2015



## *Presentación*

La moción n. 22 del 56.º Capítulo general (Ariccia 2007) se expresa así: «El Capítulo general redacte las líneas guía de la Orden para una asistencia camiliana más eficaz».

Como respuesta al mandato capitular, el Consultor general para el Ministerio constituyó una *comisión ad hoc* para redactar dichas «líneas guía de la Orden». El documento que tenéis en vuestras manos es el fruto de ese compromiso.

El documento comienza exponiendo el camino histórico que el ministerio camiliano ha recorrido a lo largo de los siglos (*Cap. I*), desde los tiempos de san Camilo hasta nuestros días. Luego saca a la luz nuestras raíces (*Cap. II*) poniendo de relieve los principios básicos de los que no podemos prescindir y a los que continuamente debemos referirnos si queremos seguir con seguridad, sin peligro de alejarnos, las huellas ya trazadas del ejercicio de la misericordia con los enfermos.

Se subrayan los aspectos principales del mundo sanitario en el que vivimos (*Cap. III*), para enmarcar correcta y eficazmente nuestra actividad ministerial en el actual escenario del mundo doliente, de tal modo que nuestra acción de intervención sea lo más eficaz posible.

El espacio más amplio del documento se destina a ilustrar cuáles son y cómo se deben presentar los diversos aspectos y momentos en los que se articula nuestra misión (*Cap. IV*), deteniéndose especialmente en la importancia del anuncio, la propuesta sacramental y la diaconía; es decir, la manera de expresarse nuestro ministerio

de servicio, recorriendo también caminos innovadores respecto al pasado camiliano, como pueden ser los centros de formación, las parroquias y la *Camilian Task Force*.

Se habla después de los destinatarios de nuestro ministerio (*Cap. V*), que son, en primer lugar, los enfermos y sus familiares, y los agentes sanitarios, magníficos colaboradores de nuestra acción ministerial.

Se concede una especial atención a la necesidad de actuar en unión y colaboración con la Iglesia universal (*Cap. VI*), así como al trabajo determinante de los laicos (*Cap. VII*). Con el relieve que se da a la necesidad de la formación (*Cap. VIII*) en los diversos aspectos y en las diversas categorías de los profesionales de la salud –y nosotros los religiosos debemos ponernos en primer lugar– concluye el documento, que de ese modo ha tratado los puntos cruciales del ministerio camiliano, ofreciendo las necesarias orientaciones y útiles sugerencias para su realización.

Estas *Orientaciones* son y deben ser para cada uno de los religiosos camilos un magnífico instrumento de trabajo, necesario para dar razón y poner al día nuestra actividad ministerial de acompañamiento a los que sufren, una actividad difícil y delicada, pero tanto más posible cuanto más acompañada vaya por la vigilante ayuda de nuestro Fundador y los numerosos hermanos que –pasados y presentes– nos indican, cual piedras miliare, el itinerario que debemos seguir.

Nuestro sincero agradecimiento a los miembros de la *comisión ad hoc*, formada por los padres Francisco Álvarez († 2015), Eugenio Saporì, Krystof Trebski, Paolo Guarise y Angelo Brusco, este último redactor principal, al que queremos expresar nuestra profunda gratitud.

P. PAOLO GUARISE  
Consultor para el Ministerio  
Roma, 16 de noviembre de 2012

## *Abreviaturas*

- AA *Apostolicam actuositatem*, Decreto conciliar sobre el apostolado de los laicos
- AG *Ad gentes*, Decreto conciliar sobre la actividad misionera de la Iglesia
- C *Constitución* de los Ministros de los Enfermos
- CfL *Christifideles laici*, Exhortación postsinodal de Juan Pablo II
- ECV *Evangelización y cultura de la vida humana*, Documento de la Conferencia Episcopal Italiana
- ES *Evangelización y sacramentos de la penitencia y de la unción de los enfermos*, Documento de la Conferencia Episcopal Italiana
- EV *Evangelium vitae*, Encíclica de Juan Pablo II
- DG *Disposiciones generales* de los Ministros de los Enfermos
- DH *Dolentium hominum*, Motu proprio de Juan Pablo II
- EN *Evangelii nuntiandi*, Exhortación postsinodal de Pablo VI
- GS *Gaudium et spes*, Constitución sobre la Iglesia en el mundo contemporáneo
- LG *Lumen gentium*, Constitución dogmática sobre la Iglesia
- MR *Mutuae relationes*, Criterios directivos sobre las relaciones entre los obispos y los religiosos en la Iglesia

- PDV *Pastores dabó vobis*, Exhortación postsinodal de Juan Pablo II
- PSCI *La pastoral sanitaria en la Iglesia italiana*, Líneas de pastoral sanitaria de la Consulta nacional de la CEI para la pastoral de la salud
- SC *Sacrosanctum Concilium*, Constitución sobre la sagrada liturgia
- SpS *Spe salvi*, Encíclica de Benedicto XVI
- VC *Vita consecrata*, Exhortación postsinodal de Juan Pablo II

# Capítulo I

## Entre pasado y futuro

### 1. Datos históricos

1. La historia de nuestra Orden es también la historia del ministerio realizado por nuestro santo padre Camilo y por los religiosos que nos han precedido. Notables transformaciones acontecidas en la sociedad y en la Iglesia desde el siglo XVI hasta hoy, bajo el empuje de factores socio-económicos, políticos, culturales y religiosos, han dado paso a nuevas situaciones a las que el ejercicio del ministerio ha tenido que adaptarse, experimentando, en algunos casos, notables contragolpes y, en otros, logrando significativos beneficios.
2. Una mirada a la evolución del servicio realizado por nuestro Instituto «para testimoniar al mundo el amor siempre presente de Cristo a los enfermos» (C 1), despierta y refuerza en nosotros la conciencia de ser herederos y partícipes de una larga tradición, rica en luces y no carente de sombras. De las luces podemos sacar vigor y entusiasmo, y de las sombras, la advertencia para dejarnos guiar por un adecuado discernimiento

La historia de la Orden es también la historia del *ministerio camiliano*...

cuya realización se ha caracterizado por... *luces y sombras*,

de los signos de los tiempos y por una inteligente actualización en el ámbito de los contenidos y de la metodología del ministerio.

3. El carisma transmitido por Camilo a sus colaboradores madura inmediatamente en la asistencia corporal y espiritual a los que sufren, aun antes de que la *Compañía de los Siervos de los Enfermos* fuera aprobada oficialmente por la Iglesia.
4. Modificaciones notables en el ejercicio del ministerio tuvieron lugar ya durante la vida del Fundador. Después de un periodo en el que el ministerio consistía en la visita cotidiana a los enfermos en los hospitales, como función complementaria e integradora pero no sustitutiva del personal hospitalario, y en la asistencia a los enfermos en las casas privadas, san Camilo quiso que se asumiera el servicio completo de los hospitales en sustitución del personal laico y la asistencia espiritual y corporal a los enfermos. Aunque no de buena gana, el Fundador aceptó que el ministerio de los padres y de los hermanos se diferenciara según las indicaciones de la bula *Superna dispositione*, que asignaba, aunque no exclusivamente, a los sacerdotes el servicio espiritual; y a los hermanos, el corporal.
5. La disminución y la penuria de los religiosos, provocadas por las epidemias, llevaron a renunciar al servicio completo de los hospitales. Este hecho se transformó en una opción programática de rechazo de aquel tipo de asistencia, sustituyéndolo por las visitas periódicas en los hospitales. La asistencia se hizo sectorial, con preferencia y prevalencia a la dimensión espiritual, realizada especialmente con personas al

sujeta a *modificaciones* correspondientes a las nuevas situaciones socio-culturales...

a las diversas interpretaciones del carisma...

y a la *clericalización* del Instituto, con la consiguiente pérdida de la categoría social de los hermanos.

final de la vida en sus casas particulares. Este cambio se producía simultáneamente con la clericalización de la Orden y la consiguiente pérdida de categoría social de los hermanos, relegados a cargos domésticos y de culto. En la segunda mitad del siglo XVII esta situación se consolidó y perduró durante todo el siglo XVIII y buena parte del XIX.

6. En los siglos XVII y XVIII algunos religiosos camilos aportaron una contribución magnífica al ministerio publicando obras en las que ilustran acertadamente modos apropiados del ejercicio del ministerio practicado en la Orden. Las obras del padre Giovanni Battista Novati (1585-1648): *Adnotationes et decisiones morales, pro opportuno infirmis et moribundis auxilio praestando*; del padre Giacomo Manzini: *Practica visitando infirmis* (1630); del padre Carlo Solfa: *Il ministro degli infermi per aiuto della buona morte* (1680); del padre Baltasar Bosch de Centelles y Cardona (1645-1714): *Práctica de visitar a los enfermos y ayudar a bien morir*, influyeron en buena medida en la pastoral de los enfermos hasta el final del siglo XIX. Una disposición del Capítulo general de 1678 disponía que entraran estas obras, especialmente el manual del padre Manzini, en el acervo de los textos básicos para la formación de los candidatos a la vida religiosa en nuestra Orden.
7. En la primera mitad del siglo XIX se produjeron cambios significativos. Si por una parte se había puesto de relieve, un tanto enfáticamente, la recomendación de las almas que debía hacerse siguiendo las indicaciones de los *Escritos* de nuestros autores, por otra surgían signos de una vuelta

La *literatura camiliana* sobre la pastoral de los enfermos y especialmente de las personas al final de la vida.

Retorno al espíritu originario del Instituto: la obra del padre Camillo Cesare Bresciani.

a los orígenes. En Roma los religiosos volvieron al hospital asumiendo el ministerio en las instituciones sanitarias de San Juan de Letrán (1836) y del Espíritu Santo (1841), y en Verona el padre Camillo Cesare Bresciani restablecía el ministerio de los padres y los hermanos en el hospital.

Inicio de una modalidad de ministerio camiliano: las *situaciones sanitarias y socio-sanitarias*.

8. Hacia el final del siglo XIX se abrió un nuevo campo de ministerio camiliano con la aparición de las *Instituciones sanitarias propias de la Orden*. En ellas, tanto los padres como los hermanos podían encontrar modalidades más fáciles de trabajo, sustrayéndose a los diversos *vetos* determinados por la mentalidad laicista que dominaba en los ambientes sanitarios. Esa modalidad de ejercicio del ministerio fue aceptada y alabada en las Constituciones de 1915, porque ofrecía «la más alta ocasión de practicar las obras espirituales y corporales con gran libertad y mayor perfección». Las instituciones sanitarias y socio-sanitarias conocerán un florecimiento significativo en el siglo XX. En las Constituciones de 1845 se preveía la posibilidad del ejercicio del *ministerio corporal* también en las casas privadas, algo nunca admitido anteriormente.

*Los certámenes de la caridad*: la entrega heroica de los religiosos con ocasión de las enfermedades contagiosas.

A comienzos del siglo XX tuvieron lugar los últimos *certámenes de la caridad*, constituidos por el ejercicio heroico del ministerio en la asistencia de las víctimas de enfermedades contagiosas. Con ocasión de la conocida como *fiebre española*, que causó millones de víctimas en Europa, algunos religiosos camilos sacrificaron su vida asistiendo a las víctimas de esta enfermedad, siguiendo una tradición que nunca conoció crisis alguna durante todo el itinerario histórico de la Orden.

9. En el Capítulo general de 1923 se afirmó, después de una larga discusión, que el servicio a los enfermos es el *principal* pero no el *único* ministerio de nuestro Instituto, a condición de que esto no lleve a desviarse del fin principal de la Orden. Dicha discusión será retomada en la década de 1960 después de un documento en el que se afirmaba que el fin de la Orden está constituido por las obras de misericordia corporales y espirituales, pero entre ellas se da la precedencia a las que se refieren a los enfermos, dondequiera que se encuentren.  
  
Discusiones sobre el *fin principal del Instituto*.
10. Habrá que llegar a la década de 1920 para asistir a la aparición de un nuevo campo de ministerio camiliano: el cuidado pastoral y la formación del personal. Esta modalidad de *ministerio indirecto*, comenzada en Alemania –donde la *Caritasverband* lo confió a nuestros religiosos– fue discutida y acogida en el 43.º Capítulo general de 1929, pero omitida en las Constituciones de 1935, señal de la resistencia a la mediación cultural. Se trataba de reanudar, con formas nuevas, iniciativas que se remontaban al Fundador, y llevadas adelante, aunque fuera con soluciones de continuidad, a través de los siglos. En 1930 nació en Milán la *Unión Católica de Enfermeros* (UCI) bajo el patrocinio de san Camilo y san Juan de Dios, proclamados por Pío XI, justamente ese año, patronos de los enfermeros y de sus asociaciones. Movimientos asociativos análogos, surgidos en diversas naciones –especialmente de América Latina– y que comprendían diversas categorías de agentes sanitarios y de voluntarios, encontraron animadores eficaces en los religiosos camilos.  
  
El *ministerio indirecto*: el cuidado pastoral del personal sanitario.

Apertura a las misiones.

11. En el Capítulo general de 1923 se establecía que no es contrario al fin del Instituto asumir actividades en los países de misión, a condición de que en ellas se ejerza el ministerio propio del Instituto. En aquel periodo, nuestros religiosos ejercían el ministerio en Aalborg, en Dinamarca, que estaba bajo la égida de la Congregación de *Propaganda Fide*.

El Concilio Vaticano II y la revisión de las *Constituciones de la Orden*.

12. Después de la celebración del Concilio Vaticano II, la revisión de las Constituciones, comenzada inmediatamente después del Capítulo general de 1985, aprobada en el Capítulo extraordinario de Seiano (1969) y modificada sucesivamente hasta el Capítulo general de 1983, aportó clarificaciones sobre el carisma y sobre el ejercicio del ministerio. Se precisaba que el carisma del Instituto no se refiere a cualquier obra de misericordia, sino a las dirigidas a los enfermos, aunque se matizaba que la Orden, «en especiales circunstancias de tiempo y de lugar y para responder a las necesidades más urgentes de la Iglesia y del prójimo, está abierta a otras obras, sobre todo en favor de los más necesitados» (C 10). En cuanto al ministerio, se afirmaba que «tiene como fin el servicio completo del enfermo en la globalidad de su ser» (C 43), comprendiendo todas las iniciativas que pueden redundar en beneficio de este último: la atención a las familias de los enfermos y al personal, el estudio de los problemas éticos, la inserción en los organismos eclesiales dedicados a la pastoral de la salud y el influjo sobre la legislación sanitaria local y nacional.

13. En la redacción final de la Constitución se definía también el cometido de los padres y los hermanos en el ejercicio del ministerio con un retorno a la bula *Illius qui pro gregis* de 1591, que, reflejando el pensamiento originario de san Camilo, no establecía ninguna distinción entre el ministerio de los padres y el de los hermanos, excepto la determinada por la ordenación sacerdotal y por las competencias adquiridas por los religiosos. La revalorización de la *figura del hermano* en línea con la primera inspiración de san Camilo.
14. En los últimos Capítulos generales (1989, 1995, 2001, 2007) se dirigió a las comunidades y a cada uno de los religiosos una cálida invitación a extender de manera más incisiva el ministerio a los pobres y a los países en vías de desarrollo, y a luchar por la promoción de la solidaridad y de la justicia en el mundo de la salud. Hacia los pobres y el Tercer Mundo.
15. Organismos delegados para la programación y la coordinación del ministerio, como los Secretariados, generales y provinciales, contribuyen a dar mayor unidad y continuidad a las iniciativas del sector ministerial.
16. El viaje llevado a cabo por nuestra Orden en el ministerio no se ha realizado en solitario, sino en compañía de la Iglesia, en un clima de mutuo influjo y colaboración. Muchos proyectos e iniciativas en los ámbitos universal, nacional y diocesano, han cooperado a crear un clima favorable a la potenciación del ministerio camiliano. Bastaría recordar la *Constitución apostólica sobre el sacramento de los enfermos*, por iniciativa de Pablo VI (1972); la carta apostólica *Salvifici doloris*, de Juan Pablo II; el motu proprio *Dolentium hominum* (1985), con el que se El ejercicio del ministerio está atento a las *indicaciones de la Iglesia*, con la que los religiosos camilos colaboran activamente.

instituía la *Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios*, elevada a *Pontificio Consejo* con el motu proprio *Pastor Bonus* (1988); la exhortación apostólica *Christifideles Laici* (1989), en la que dos importantes párrafos (53 y 54) están consagrados a los enfermos y a los agentes sanitarios y pastorales; la institución del *Día mundial del enfermo* (1992) y los numerosos documentos e iniciativas de las Iglesias locales.

## 2. Expansión de la Orden y ministerio

La *expansión geográfica* de la Orden y sus efectos sobre el ministerio.

17. Uno de los factores que han influido en el ministerio, bien favoreciendo su enriquecimiento o bien haciendo a veces problemático su ejercicio, ha sido la expansión de la Orden. Hasta el siglo XX, la Orden camiliana se desarrolló especialmente en Italia, con excepción de las fundaciones de España, Portugal y Perú. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, entró en algunos países europeos (Francia, Alemania, Holanda); seguidamente se hizo presente en América con la fundación de la Provincias de Brasil (1922) y la de Estados Unidos (1929). La *implantatio Ordinis* en Asia comenzó en 1946 con la primera expedición a China, de la que nació la presencia de la Orden en el continente asiático. En África, donde ya había habido una expedición camiliana, guiada por el padre Stanislao Carcereri siguiendo a san Daniel Comboni, la Orden entró en la década de 1950, desarrollándose rápidamente en algunos países de este continente. Pero no fue hasta después del Concilio Vaticano II cuando la expansión de la Orden conoció una presencia floreciente.

18. Actualmente la Orden está presente en 38 países de los cinco continentes: 12 en Europa (Italia, España, Francia, Irlanda, Inglaterra, Alemania, Polonia, Austria, Hungría, Holanda, Armenia, Georgia), 10 en América (Estados Unidos, Perú, Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Argentina, México, Haití, Chile), 7 en Asia-Oceanía (Taiwán, Filipinas, Tailandia, India, Vietnam, Indonesia, Australia), 9 en África (Tanzania, Kenya, Burkina Faso, Benin, Uganda, Madagascar, Togo, Costa de Marfil, República Centroafricana).  
  
Presencia camiliana en los cinco continentes.
19. La reducción numérica de los religiosos camilos en los países occidentales y el crecimiento progresivo de la Orden en los que se encuentran en vías de desarrollo, por una parte indica la realización gradual de la profecía del santo padre Camilo, que preveía que la plantita por él fundada se extendería por todo el mundo y, por otra, evidencian el cambio de la presencia camiliana del Norte al Sur del mundo.  
  
Reducción numérica de los religiosos en los países occidentales y crecimiento en los que están en vías de desarrollo.
20. La expansión de la Orden ha hecho posible el enriquecimiento de las expresiones del carisma camiliano: el contacto con culturas diferentes de la originaria ha inducido a los religiosos a buscar nuevas formas de realización de la caridad misericordiosa con los enfermos, acorde con los ambientes socio-sanitarios de los diversos países. Si en el mundo occidental el proceso de adaptación del carisma a las nuevas situaciones culturales y sociales ha sido facilitado por la presencia de una cultura bastante homogénea y arraigada en el cristianismo, en muchos países en vías de desarrollo está todavía en marcha, empeñando a los religiosos en la búsqueda de modalidades de  
  
El desafío de la *inculturación* del carisma camiliano.

actuación del carisma común, más de acuerdo con sus contenidos socio-culturales y religiosos.

### 3. Nuestra presencia

Estamos  
presentes...

21. Aunque el campo de acción de nuestro ministerio está limitado al mundo de la salud, se desarrolla en una multiplicidad de ambientes y conoce una rica variedad de expresiones.

en las *instituciones sanitarias* y *socio-sanitarias* públicas...

22. Como en los tiempos de san Camilo y de sus primeros compañeros, las instituciones sanitarias y socio-sanitarias son el lugar donde más se concentra nuestra presencia. En los hospitales públicos desarrollan la actividad pastoral la mayor parte de nuestros religiosos, comprometidos no solo en acompañar al enfermo a afrontar positivamente su condición de enfermo, sino también en contribuir a una asistencia rica en valores humanos y espirituales a través de la formación del personal, los proyectos de humanización y la inserción en los comités éticos.

y en las *obras propias*.

23. Contamos también con *obras propias*, que han experimentado un gran desarrollo en el siglo XX: hospitales, clínicas, residencias de ancianos, comunidades de acogida, *hospices* y otras estructuras.

Nuestro ministerio se extiende a las *casas privadas*...

24. Aunque reducida, nuestra presencia en el *ámbito de las familias*, a través de una actividad sanitaria y pastoral, sigue todavía viva en algunos contextos, invitando a no olvidar lo que san Camilo consideraba el *mare magnum* de nuestro ministerio.

25. Para responder a las necesidades causadas por desastres naturales de diverso tipo (terremotos, epidemias) se mantiene el espíritu de las iniciativas promovidas por san Camilo en estas circunstancias a través de organismos pensados para esto, como la *Camillian Task Force* y varias ONG. se aviva en las circunstancias dramáticas,
26. En la segunda mitad del siglo XX surgieron *Institutos de formación*, algunos de ellos en el ámbito académico (el Instituto Internacional de Teología Pastoral Sanitaria *Camillianum* de Roma y el *Centro Universitario São Camilo* de São Paulo, Brasil). Presentes en muchos países, contribuyen a la evangelización de la cultura del mundo de la salud. Debe insertarse en este proyecto ministerial el empeño editorial, que sigue activo con la publicación de libros y revistas. se expresa a través de los *Institutos de formación...*
27. Aunque este ministerio no entra en las finalidades específicas de nuestro carisma, circunstancias especiales han llevado a nuestros religiosos a acoger la invitación de los obispos a asumir el servicio pastoral de un número significativo de parroquias y rectorías. algunas parroquias y rectorías...
28. No institucionalizada, pero importante, es nuestra presencia en organismos eclesiales, en organizaciones y grupos de voluntariado y de oración. y la participación en *organismos eclesiales*.



## Capítulo II

### Nuestras raíces

29. Nuestro carisma –don de Dios a Camilo y por él transmitido al Instituto– encuentra su expresión más significativa en la práctica del ministerio (cf. C 10). Para nuestro Instituto el servicio a los enfermos no constituye una opción o un elemento accesorio, sino que forma parte esencial de nuestra consagración a Dios mediante la profesión de los consejos evangélicos.
30. Como experiencia del Espíritu (cf. MR 11), el carisma llevó a san Camilo a reproducir en su vida y en el servicio a los enfermos los sentimientos y las actitudes de Cristo misericordioso. Con esta específica exégesis del evangelio de la misericordia, Camilo vivió *todo* el evangelio con una especial radicalidad y concreción, prolongando en el tiempo la misión terapéutica y saludable de Cristo, signo distintivo de su identidad mesiánica (cf. Lc 4,18; Mt 11,1-5; cf. AA 8c).
31. Para modelar su experiencia carismática y espiritual, san Camilo bebió en las fuentes de la Palabra de Dios. Por consiguiente, lo que él nos transmitió es el resultado, no de una mirada sociológica, sino de la mirada de Dios tal como
- El servicio a los enfermos forma parte esencial de nuestra consagración a Dios.
- El ejemplo de san Camilo, admirable imitador de Cristo samaritano...
- ... servido y contemplado en la persona del enfermo.

se revela en Cristo. Descubrió en dos textos bíblicos, en el inagotable rostro de Cristo, las huellas inconfundibles de la identidad que debía dar a su espiritualidad y a su obra. En Mt 25 y en Lc 10,25-37 encontró Camilo al Cristo doliente a quien servir y al Cristo solidario y saludable al que imitar, a Aquel que se revela y manifiesta en cada enfermo y a Aquel que nos dona la gracia de servir y sentir como Él, a ese Cristo en quien contemplar su belleza y dignidad, al Cristo que restituye a cada herido y marginado su dignidad perdida o robada.

*La interiorización del carisma infunde fecundidad al ministerio.*

32. La acogida del don de la caridad misericordiosa con los enfermos que nos transmitió el Fundador infunde fecundidad a nuestro ministerio. En efecto, interiorizado y vivido con amor, el carisma nos permite sentir la atracción de Cristo (C 25), divino samaritano de las almas y de los cuerpos, tener sus mismos sentimientos, imitarle en el ser y en el hacer, colocándonos en su misma perspectiva, en su familiaridad con el Padre, en su capacidad de juicio, de discernimiento y de confrontación. Solamente si se configura con el de Cristo, será el ministerio camiliano una auténtica expresión de la pasión de Dios por el hombre y una fuente de crecimiento humano y espiritual.

*Carisma y ministerio se alimentan mutuamente...*

33. Como en san Camilo, también en nosotros carisma y ministerio se alimentan mutuamente. Vivido íntegramente, el carisma de la caridad misericordiosa transforma nuestra mirada, haciéndonos capaces de descubrir al Cristo que se esconde y se revela en cada enfermo y que nos dona la gracia de servir como Él sirvió, de asociarnos al *páthos* de Dios, de movernos y conmover-

nos delante del prójimo, de transformar nuestra humanidad en vehículo de la misericordia y de la ternura del Señor (MR 12), de considerar positivamente todo lo humano y de asumirlo como *lugar* de salvación. Ejercido con competencia y amor, nuestro ministerio nos ofrece la ocasión de profundizar en el conocimiento del don que nos ha sido transmitido por Camilo, de estimar su riqueza, de interiorizarlo con mayor intensidad, de vivir nuevas experiencias espirituales.

34. Podemos pues afirmar que nuestra manera de vivir la vida en el Espíritu, es decir, nuestra espiritualidad, tiene sus raíces, por una parte, en el carisma camiliano acogido, profundizado y renovado y, por otra, en el ejercicio fiel del ministerio. Fuera de estas referencias teológicas y existenciales estaría desencarnada, exponiéndonos a vivir un intimismo estéril o un pragmatismo sin alma.  
... y son el terreno donde tiene sus raíces la espiritualidad camiliana.
35. Participando en la misión terapéutica y saludable de Cristo, con el ejercicio de nuestro ministerio cooperamos en la realización de su deseo de «que todos tengan vida y la tengan en abundancia», no solamente a través de la curación de las enfermedades, sino también mediante la promoción de un modelo de salud integral que llegue a los centros vitales de la persona, al tejido relacional, a sus valores y estilos de vida. En el servicio así vivido reconocemos la dignidad del hombre, favorecemos su crecimiento humano y espiritual y le ayudamos a descubrir y potenciar sus recursos interiores y a caminar hacia su plena realización.  
Forma parte del ministerio la promoción de la salud.

El servicio a los enfermos, vivido como experiencia de Dios, contribuye al *crecimiento personal* del religioso.

La eficacia del ministerio, *que puede exigir heroísmo*, depende en gran parte de una sólida formación humana y espiritual, alimentada constantemente.

36. Cuando nuestro ministerio es ejercido como acto de caridad, concurre eficazmente a nuestra perfección personal, contribuyendo al crecimiento de nuestra vida espiritual. En este sentido deben ser entendidas las palabras de la *Lumen gentium*: «La naturaleza de la acción *apostólica* y *cariativa* encierra una riqueza propia que alimenta la unión con Dios», indicando que el servicio amoroso ofrecido a los enfermos puede ser experiencia auténtica del Señor.
37. La grandeza del ministerio –al que la Constitución atribuye un lugar central, exhortándonos a empeñarnos en él «en primer lugar», aun a riesgo de la propia vida y durante toda la vida (C 12, 29)– justifica la afirmación de Camilo de que nuestra Orden necesita *hombres perfectos*, unificados y centrados, seducidos por el Cristo misericordioso y apasionados por los más débiles y necesitados, interiormente libres, capaces de tejer relaciones sanas y sanadoras y de vivir la existencia como proexistencia. Estamos, pues, llamados a tender a la cualidad y verdad de nuestro ser: las motivaciones auténticas, la madurez relacional, el modo de tratar las propias sombras y heridas, el sentido de la vida, la atención a las propias necesidades espirituales, el modo de hacerse preguntas verdaderas y últimas, la relación íntima con Dios a través de la práctica de los votos y una vida de oración (liturgia, sacramentos) intensa y fiel, que privilegia la dimensión contemplativa y cordial, que se redime a sí misma de una excesiva carga *funcional*.

38. Siguiendo las indicaciones de la teología de la vida consagrada y de la Constitución (C 9), reconocemos que la comunidad es el primer ámbito donde aprender a ejercer nuestro ministerio. Nuestra donación a Dios, en efecto, por medio de la profesión de los cuatro votos, es también donación incondicional a la comunidad (C 29). En razón de la fe y de la consagración religiosa, en ella nos convertimos en *ministros de los enfermos*: En la comunión fraterna aprendemos el servicio, compartimos el carisma y la espiritualidad y ejercitamos la corresponsabilidad para hacer atrayente y eficaz el «don de testimoniar al mundo el amor siempre presente de Cristo a los enfermos» (C 1).

La comunidad, primer ámbito donde ejercer el ministerio.



## Capítulo III

### El mundo donde actuamos

39. El mundo de la salud y del sufrimiento donde hoy ejercemos el ministerio tiene múltiples caras. La expansión de la Orden en los cinco continentes nos lleva a actuar en contextos diversos por condiciones socio-económicas, culturales y religiosas.
40. Si dirigimos la mirada a los países de occidente, el mundo de la salud se nos presenta como una de las *encrucijadas* más importantes de la sociedad, atravesada por casi la totalidad de su población. Justamente se ha afirmado que la vida humana ha salido de las paredes domésticas para realizarse, en sus momentos más críticos y decisivos, en el mundo sanitario. Es en ese mundo donde se verifican los acontecimientos fundamentales de la existencia humana (cf. DH 2): nacimiento, eventual recuperación de la salud, envejecimiento, muerte; donde tienen lugar las más cautivadoras y preocupantes investigaciones científicas; donde se pueden percibir los interrogantes fundamentales del hombre de nuestro tiempo concernientes al sentido de la vida, al porqué del sufrimiento y de la muerte. No debe, pues, sorprender que el mundo sanitario haya venido a ser el lugar donde colisionan los diversos proyectos que se tienen sobre el hom-
- El mundo de la salud: una de las encrucijadas más importantes de la sociedad.

bre, sobre su devenir y su felicidad, así como sobre las diversas concepciones de la sociedad.

El progreso de la ciencia y de la tecnología médica está siendo acompañado por la aparición de una cultura donde el cuidado del enfermo tiende a disociarse de la *visión cristiana* del hombre.

41. Entre los factores que se encuentran en el origen del actual estado del mundo sanitario deben recordarse el proceso de *laicización* del cuidado y de la asistencia de los enfermos, el progreso de la ciencia y de la tecnología médica y el desarrollo del hospital moderno.
42. A los grandes cambios sociales y organizativos corresponde también la aparición de una cultura diversa, cuyas características pueden ser identificadas en el nuevo concepto de salud y de enfermedad, en el aumento de la conciencia de la población sobre su derecho al bienestar físico y psíquico, en la gradual disociación del cuidado del enfermo de la *visión cristiana* del hombre.

Desafíos a la pastoral de la salud: • la *secularización*...

43. Un terreno favorable a la formación de esta nueva *visión* ha sido el proceso de *secularización*, que germinó durante la Ilustración y maduró gradualmente en los siglos siguientes. Como todos los demás universos humanos, también el mundo sanitario está dominado por la conciencia de su autonomía en relación con lo sagrado y por el desarrollo de una serie de saberes y técnicas orientados a responder a los problemas planteados a la humanidad en esta área de la vida humana.

• la actitud «prometeica» del hombre que pretende adueñarse de la vida. y de la muerte...

44. Junto a los aspectos decididamente positivos, en la *secularización* son visibles los gérmenes de modos de existir y actuar que contrastan con una *visión* antropológica auténticamente humana y cristiana, como «una especie de *actitud prometeica* del hombre que [...] se ilusiona con poderse adueñar de la vida y de la muerte» (EV 15), la

tendencia a eliminar los aspectos negativos de la existencia –el sufrimiento, la enfermedad y la muerte–, el cambio de la medicina de las necesidades a la de los deseos.

45. También en el cuidado y en la asistencia al enfermo –que han experimentado una enorme evolución positiva– se pueden identificar algunos límites de acuerdo con el progreso médico y organizativo. Por una parte, se denuncia la acentuada medicalización de todos los segmentos de la existencia (nacimiento, crecimiento, envejecimiento, muerte) y la reducción de los fenómenos humanos, relacionales, existenciales a fenómenos meramente técnicos y, por otra, es cada vez más viva la exigencia de humanizar el servicio al enfermo, lo que hace más problemática la interferencia de intereses políticos y económicos, la burocracia a veces opresora, la metodología del trabajo basada en la rapidez y la eficiencia, los conflictos contractuales y especialmente un deterioro de la escala de valores que hace más ardua la consideración del enfermo como persona.
  - la *deshumanización* del servicio al enfermo.
46. El cuadro del mundo de la salud cambia cuando pasamos de los países occidentales a los que se encuentran en vías de desarrollo. En muchos de estos, la pobreza afecta significativamente a la salud de la población. Mientras que una parte limitada de personas puede disfrutar de los medios más sofisticados, es muy elevado el número de los que no pueden beneficiarse de los servicios sanitarios más elementales. Viven en regiones aisladas, en zonas rurales o en la periferia de las grandes ciudades, en ambientes insalubres que acortan la media de edad de las

personas. La higiene es allí desconocida, las enfermedades parasitarias, bacterianas o virales causan estragos. En zonas muy amplias, las poblaciones sufren resignadamente situaciones que ellas, por sí solas, no pueden cambiar.

47. Es a este mundo de la sanidad, caracterizado por luces y sombras, al que, en virtud del carisma recibido de san Camilo, estamos llamados a abrírnos, animados por la esperanza, por el espíritu de colaboración y por el convencimiento de aportar, por medio de nuestro servicio, una ayuda esencial para la salvación del hombre.

*La situación de los países en vías de desarrollo: los efectos negativos de la pobreza sobre la promoción de la salud y el cuidado de los enfermos.*

48. Nos ayudan a esta apertura dos actitudes: el diálogo y la confrontación. El *diálogo* favorece un conocimiento objetivo de todo lo que se mueve en el mundo de la salud. Mediante un coloquio inteligente y respetuoso con todos los implicados en los ambientes sanitarios, bien como pacientes o bien como agentes profesionales o voluntarios, podremos darnos cuenta de la complejidad que caracteriza al mundo donde ellos están llamados a actuar, percibiendo los aspectos positivos y los límites.
49. Superando reacciones emotivas y actitudes moralistas será posible darnos cuenta de que en el mundo de la salud se respira la atmósfera cultural de la sociedad donde actúa. Justamente se ha observado que no son los médicos sino la sociedad la que es juzgada por el modo de sufrir y morir en ella. Efectivamente, el comportamiento de los enfermos, al igual que el de los agentes sanitarios, radica en la cultura de la sociedad en la que aquellos viven y trabajan.

50. En el mundo de la salud, en efecto, están presentes las ambigüedades que caracterizan a nuestra cultura. La apertura universalista y la creciente sensibilidad por los derechos de todos los ciudadanos contrasta con un debilitamiento de la conciencia ética de la existencia, con la consiguiente pérdida de sentido del trabajo, de la fidelidad, del sacrificio, de la capacidad para compartir. La afirmación del valor de la vida, de la dignidad de la persona, de la salud, del acompañamiento de los pacientes..., es a menudo contradicha por la banalización del nacimiento, por la remoción de la muerte, por la reducción de la salud a la vitalidad física, por la marginación de determinadas categorías de enfermos. A algunos impulsos de gran generosidad hacen de contrapeso comportamientos arraigados en una mentalidad subjetivista y relativista, según la cual la única e indiscutible referencia en las opciones que deben hacerse es la propia subjetividad y la cambiante opinión, o incluso el propio y egoísta interés o capricho. En algunas áreas de los países en vías de desarrollo, a los lamentos, a las peticiones de ayuda y al deseo mismo de crecer se une con frecuencia la escasa iniciativa y la acción devastadora de la corrupción.

51. La alianza con las fuerzas positivas presentes en el mundo de la salud debe ir acompañada por la *confrontación*. Dicha actitud es necesaria cuando se piensa que el nuevo contexto sanitario se ha creado fuera de la Iglesia y, con frecuencia, contra las formas que su asistencia caritativa mantenía desde hacía siglos. ¿Cómo ignorar que la medicina y los servicios sociales han extendido su influencia hasta el punto de determinar

Apertura al mundo de la salud especialmente con el *diálogo*, para comprender sus aspectos positivos y sus límites, sus impulsos solidarios y sus contradicciones.

cuáles son los comportamientos humanos que se deben adoptar? Los profesionales de estas ciencias definen y resuelven los problemas que turban a la persona en todos los ámbitos, incluido el ético, convirtiéndose en especialistas en temas como el aborto, la esterilización y el trasplante de órganos.

A la actitud del diálogo se une la de la *confrontación* para evitar un *horizontalismo* que desnaturaliza los valores del evangelio.

52. Unir diálogo y confrontación es una tarea que hay que mantener con perseverancia. Y es que si disminuye el *diálogo* corremos el riesgo de transformarnos en una presencia yuxtapuesta, interviniendo cuando el mundo de la salud ha realizado ya sus proyectos sin nosotros. Descuidar la *confrontación* lleva a renunciar a los valores evangélicos, optando por un horizontalismo que desnaturaliza nuestra misión evangelizadora. La armonización de las dos actitudes nos hace disponibles para proyectar con todos los que están comprometidos en el mundo de la salud, con humildad, con espíritu de servicio, sólidos en la convicción de que la fe es esencial para el éxito de los proyectos de los hombres.

Los gozos y las esperanzas del mundo de la salud son nuestros gozos y esperanzas.

53. Con este espíritu estamos llamados a leer las palabras del Concilio, aplicándolas a nosotros y a nuestro ministerio: «Los gozos y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de hoy, especialmente de los pobres y de todos los que sufren, son también los gozos y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los discípulos de Cristo, y nada hay genuinamente humano que no encuentre eco en su corazón» (GS 1).

## Capítulo IV

### Nuestra misión

54. El fin de nuestro ministerio es la *evangelización* del mundo de la salud. Con esta palabra no nos referimos solamente a un aspecto de la acción de la Iglesia, sino a toda su misión, que expresa en el anuncio de la Palabra, realiza en los sacramentos y testimonia en la vida la salvación integral que Jesucristo muerto y resucitado comunica a los hombres.
55. En el evangelio, el mandato de Cristo «id y curad» aparece unido siempre a «id y enseñad» y a «id y bautizad». Jesús nunca separa su actividad terapéutica de la proclamación del Reino. «Curar a los enfermos», «anunciar el Reino», integrar a los hombres y las mujeres en la comunidad de los creyentes son aspectos complementarios de la acción evangelizadora.
56. En el ejercicio de nuestro ministerio estamos, pues, llamados a favorecer una mejor ósmosis entre anuncio, liturgia y servicio de la caridad. La interacción de estas tres funciones es tan importante que, sin las otras dos, una función sola corre el riesgo de perder eficacia. La palabra, los gestos sacramentales, las actitudes y las obras caritativas
- El fin del ministerio es la *evangelización* en sus diversas expresiones.
- Promover la *interacción* entre anuncio, liturgia y caridad.

no están separadas entre sí, sino que se mantienen en continua intercomunicación. Lo que se anuncia es, en efecto, el plan del amor de Dios para los hombres; lo que se celebra es el amor del Señor a los hombres, cuerpo partido, sangre derramada; el anuncio y la celebración están en función del amor entre los hermanos.

Pronunciar *palabras de evangelio* sobre todas las realidades del mundo de la salud.

57. Consideramos nuestra la preocupación –que no admite indiferencias ni componendas– de infundir *elementos evangélicos* en el tejido del mundo sanitario, uniendo nuestras energías a las de la Iglesia, llamada a comunicar el evangelio de salvación a todos los hombres, ayudándoles a vivir de manera más humana la enfermedad y la salud, el dolor y la muerte, el servicio, abriendo a la esperanza que no defrauda las aspiraciones más profundas del corazón humano.

## 1. El anuncio

La riqueza del mensaje evangélico

58. El evangelio, que nosotros estamos llamados a comunicar, es una palabra rica en significados: evoca en la vida de los hombres el don de la liberación; manifiesta el proyecto de Dios; asegura su presencia y su acompañamiento en las vicisitudes de la existencia; clarifica e ilumina a los hombres los senderos que deben seguir, los principios que deben respetar, las soluciones justas que debe tomar; es de singular consuelo en los momentos difíciles de la vida; lleva a la persona a su expansión y realización, trasciende a la vida humana al descubrirle los horizontes de la eternidad. No es palabra de hombre, sino de Dios.

Su contenido esencial es Jesucristo resucitado. El gran acontecimiento de la resurrección no es un hecho reservado solamente a Cristo, sino que está destinado a proponerse en la conclusión de las vicisitudes humanas de cada uno. En espera de la resurrección, estamos invitados a confrontar el decurso de la vida con el desenlace final que asumirá y, mientras tanto, a seguir una línea de conducta basada en la confianza, en la esperanza y en la autenticidad.

59. En el compromiso de anunciar la buena noticia en el mundo de la salud, somos conscientes de la «fractura entre evangelio y cultura» (EN 20), típica de la sociedad contemporánea, especialmente del mundo occidental. «El proceso de secularización ha amortiguado la sensibilidad espiritual y moral de no pocos creyentes, poniéndoles en actitud de defensa y hasta de rechazo ante la trascendencia y los valores espirituales y morales. Se han visto afectadas algunas realidades típicas de nuestro mundo sanitario: el concepto de vida, de salud y enfermedad, la presencia y la finalidad del dolor en la vida humana, el significado de la muerte y el valor del servicio a quien sufre» (PSCI 21).

No ignorar la fractura entre evangelio y cultura.

### *La vida*

60. En el ejercicio de nuestro ministerio, la vida humana aparece ante nosotros con toda su belleza y su fragilidad. El himno a la vida suscitado por el nacimiento de los niños adquiere el color de la melancolía en el acompañamiento de las personas que mueren. Nuestros encuentros con

Actitudes contrastantes en relación con la vida: *exaltación y lucha*.

las personas y la atención a los debates éticos de nuestro tiempo nos hacen conscientes de las actitudes contrapuestas en relación con la existencia humana. Junto al «crecimiento de la estima del valor de la vida humana y la convicción de que su defensa y promoción exigen mayor empeño y solidaridad por parte de todos y en todos los niveles» (ECV 5, EV 26-27), se advierten «múltiples formas de amenaza, de violencia, de rechazo de la vida, tanto más insidiosas cuanto más camufladas en falsas apariencias de civilización, comenzando por la repetida apelación a la “calidad de vida”» (ECV 6). Las formas de lucha contra la vida que podemos ver en los lugares donde se desarrolla el ministerio tienen diversos nombres: contracepción, abusos de la genética y de las técnicas de fecundación artificial, diagnósticos prenatales para evitar el nacimiento de criaturas malformadas o enfermas, miedo a tener hijos y pretensión de tenerlos a toda costa, aborto, ensañamiento terapéutico y eutanasia, dependencia de las drogas o del alcohol, violencia contra las personas y contaminación ambiental.

¿Qué *calidad de vida*?

61. Soterrada en muchas de estas opciones se encuentra una «cultura dominante que considera la “calidad de vida” como valor primero y absoluto y la interpreta primaria o exclusivamente en términos de eficiencia económica, de disfrute consumista, de belleza y visibilidad de la vida física, separada de las dimensiones relacionales, espirituales y religiosas de la existencia» (ECV 6).

Proclamar el *valor de la belleza de la vida*.

62. Llamados a implicarnos en el proceso evangelizador de la vida, pronunciamos en primer lugar una *palabra* que proclama su belleza y maravilla,

uniéndonos a la alegría y al estupor de las mujeres que dan a luz un hijo, ayudándolas a reflexionar, juntamente con sus esposos, sobre el milagro acontecido desde el momento de la concepción hasta la aparición de la nueva criatura, y haciendo que sean conscientes de la responsabilidad que les incumbe de custodiar y educar a los hijos con amor. Del mismo modo, acompañando a los enfermos que recuperan la salud, les invitamos a adoptar una actitud de agradecimiento y una mayor estima del don de la existencia.

63. Reconociendo y exaltando el milagro de la vida, su carácter fascinante y misterioso, no dudamos en proclamar que es un don del Señor y de su amor, pues «ningún hombre llega a la vida por casualidad, es siempre el final del amor creativo de Dios» (ECV 22), y «por eso la vida humana es inviolable; pertenece a Dios como un bien que Él confía a la libertad del hombre, a fin de que se le haga fructificar según su designio de amor» (ECV 22). Dios es el garante de toda vida humana: «Pediré cuentas de la vida del hombre al hombre, a cada uno de su hermano» (Gn 9,5).

Don de Dios y de su amor, la vida es *inviolable*.

64. Al afirmar el don de la vida y su inviolabilidad, sabemos unir franqueza (*parrēsía*) y comprensión cuando encontramos parejas llamadas a afrontar situaciones dramáticas, como una gestación no querida o fruto de violencia, la perspectiva o el nacimiento de un hijo malformado, las preocupaciones por un futuro incierto a causa de dificultades económicas. Adoptamos la misma actitud con quienes están dispuestos a poner fin a su existencia pidiendo la eutanasia. Si en la base de su petición está presente la pretensión de ejercer

*Franqueza y comprensión en el encuentro con las personas confrontadas con situaciones dramáticas.*

un dominio sobre la vida, no debemos olvidar el peso ejercido por el sufrimiento o por la falta de sentido. Una atenta descodificación de su petición hace que frecuentemente emerja el miedo a ser abandonados o de constituir un peso para sus seres queridos.

Ayudar a las personas a ir *más allá* del bienestar físico y psíquico.

65. Afirmando los límites inherentes a la condición humana, en las situaciones en las que estos son desconocidos (como sucede en el encarnizamiento terapéutico o en otras prácticas que pretenden derrotar definitivamente a la muerte), ayudamos a las personas a vivir intensamente el tiempo que se les concede –evitando caer en una actitud carente de perspectivas o proyectada únicamente al futuro– y a adoptar un estilo de vida caracterizado por la autenticidad.
66. Pronunciamos *palabras de evangelio* no solamente en situaciones en que la vida es objeto de violencia, sino también en las que su realización es identificada únicamente con el logro del bienestar físico y psíquico. Reconociendo los rasgos positivos de esa aspiración, que remite a la plenitud existencial y a lo absoluto cualitativo que caracterizan a la existencia en su dimensión escatológica, sabemos mostrar también sus recaídas negativas sobre la visión de la vida.
67. No dudamos en hacer ver que también Jesús, en la realización de su misión, tuvo siempre en cuenta la *plenitud* de la vida del hombre: «He venido para que tengan vida y la tengan en abundancia» (Jn 10,10). Si la salvación que Él trajo tiene como finalidad elevar al hombre a la participación en la vida divina a través de una

relación que lleva a salir de sí mismos y a tomar las propias responsabilidades en el mundo, eso no significa que la misma sea una salvación desencarnada, no solícita de la experiencia gozosa del vivir y vivir en plenitud. La expresión de fe, en efecto, implica a la persona humana en su globalidad. Toda la revelación bíblica testimonia que toda experiencia de Dios es experiencia de vida, de liberación de toda forma de esclavitud del mal y de promoción y elevación de la vida hasta la participación en plenitud de la vida divina.

68. Ayudamos a las personas a ser conscientes de que la vida humana encuentra su plena realización en el encuentro definitivo con el Señor, del que se disfruta ya en esta tierra a través del seguimiento de los valores positivos. En esta perspectiva, la promoción de la salud psicofísica y del bienestar pueden llegar a ser signos del Reino instaurado por Cristo, apertura a la acogida de la salvación, indicadores de una condición que encontrará su plena realización en la era escatológica. Forma, pues, parte del proyecto divino el poner en práctica todo lo que es legítimo para asegurar condiciones cada vez mejores de vida para todos los seres humanos.

*La experiencia de fe implica a la persona en su totalidad.*

69. Para el cristiano, la aceptación de la realidad, incluidos sus límites, no es fruto de una simple sabiduría humana, sino de una actitud filial con el Señor que lleva a acoger la salvación en su plenitud. Si se olvida esto, se corre el riesgo de transformar la fe en un *servicio social* o en un ingrediente capaz solamente de dotar a la persona de una mayor serenidad o de una buena relación consigo misma, instrumentalizándola con fines

*Aceptar la realidad, fruto de una actitud filial con el Señor.*

de bienestar psicofísico de la persona humana y acunando a esta última en su deseo de invulnerabilidad e inmortalidad.

La promoción de una sana *ecología*.

70. La proclamación del evangelio de la vida se extiende también al medio ambiente, donde las personas realizan su existencia, conscientes de que la defensa y la mejora del medio ambiente se han convertido en un fin imperativo para la humanidad, que se debe perseguir juntamente con los fundamentos de la paz y del desarrollo económico y social mundial.

El respeto de la *creación* puesta por el Señor al servicio del hombre.

71. Al pronunciarnos sobre las cuestiones relativas a la ecología, insistimos en primer lugar en la responsabilidad del hombre en relación con la creación que Dios ha puesto al servicio de su dignidad personal, de su vida, encontrando en la Biblia una luminosa y fuerte indicación ética para una solución respetuosa del gran bien de la vida, de toda vida. «El dominio concedido por el Creador al hombre no es un poder absoluto ni se puede hablar de libertad para “usar y abusar”, o de disponer de las cosas como mejor agrada. En relación con la naturaleza visible, estamos obligados a leyes no solamente biológicas, sino también morales que no se pueden transgredir impunemente» (EV 42).

Educar en la contemplación de la creación descubriendo rasgos de la *belleza* de Dios.

72. Comprometiéndonos con una ecología a medida del hombre, ponemos de relieve la belleza del mundo en el que vivimos, evidenciando las horribles heridas infligidas al paisaje, los daños causados por la contaminación atmosférica o el estado de familias de animales. Los daños ecológicos no dañan solamente el cuerpo de

las personas, sino también su espíritu, haciendo más ardua la contemplación, para la que un paisaje o un espectáculo de la naturaleza dejan de ser simples hechos naturales para ser medios que permiten comprender y expresarnos mejor a nosotros mismos, el misterio de la vida y de la realidad y la presencia operante del Señor. El *Cántico de las criaturas* de san Francisco es un ejemplo admirable de un lenguaje interior expresado mediante imágenes de la naturaleza.

73. No dejamos de actuar para que las personas sean conscientes de que la valoración y el respeto de la naturaleza son posibles en la medida en que se promueve una *ecología interior*, tendente al respeto y a la unificación del propio ser.

La *ecología interior*, condición para una justa actitud con el ambiente.

### *La salud*

74. Si dirigimos nuestra mirada a la cultura contemporánea, especialmente a la del mundo occidental, resulta que la *salud* está entre los *frutos* más buscados por el hombre. Al pronunciar una *palabra de evangelio* sobre esta realidad, presentémosla, pues, como un bien excelente, como una realidad sagrada confiada a los hombres para que la custodien con sentido de responsabilidad y la lleven a la perfección con el amor y con el don de sí mismos a Dios y a los hermanos, un don que hace posible a la persona vivir plenamente y realizar la propia vocación humana y cristiana. Por ello estimamos y animamos los esfuerzos realizados por la sociedad para promover la salud, garantizando su derecho a todos los ciudadanos.

La *salud* es uno de los frutos más buscados por el hombre que debe custodiarse y promoverse responsablemente.

La *evolución* del concepto de salud.

75. En nuestras intervenciones tenemos en consideración la evolución experimentada por el concepto de salud en el curso del último siglo, al que han contribuido el desarrollo de la medicina y de las ciencias de la conducta. Una síntesis de esa evolución es reconocible en la definición que de ella ha dado la OMS (1946) como «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades».

76. Aportando correcciones apropiadas a esa definición de salud, que ha tenido el mérito de abrir un nuevo campo de reflexión sobre esta realidad, mostremos que, en la condición humana, el bienestar perfecto sigue siendo un ideal difícilmente alcanzable, porque la salud no excluye la discapacidad y la precariedad. De este modo contrastamos la tendencia cultural de nuestro tiempo que lleva a considerar la salud como bien último, como si se tratara de una divinidad de la que se espera la salvación en el aquí y ahora de la historia, separándola de la visión del hombre visto como unidad psicofísica, como relationalidad intrapersonal e interpersonal, como espiritualidad y esencial relación con el Trascendente.

El *cuerpo*, dimensión esencial de la persona, debe vivirse en *unidad* con el espíritu, en una concreta y esencial integración.

77. Esa tendencia cultural lleva a una actitud hacia el cuerpo caracterizada por un cuidado a veces obsesivo, induciendo a considerarlo el único o el principal mensajero de la propia identidad y a hacerle objeto de adulación, a exponerlo sin pudor, a rechazarlo cuando no corresponde a las expectativas.

78. Reconociendo el valor positivo de la recuperación de la corporeidad, fruto de la cultura moderna y posmoderna, no dudemos en mostrar que la grandeza del cuerpo humano depende de su participación en el valor absoluto de la persona, creada a imagen y semejanza de Dios; sale de sus manos como «algo bueno» que debe acogerse y vivirse como un don que se debe restituir. Dimensión inalienable del ser humano, el cuerpo debe vivirse en unidad con el espíritu, en concreta y armoniosa integración. Gracias a esta integración conserva el cuerpo toda su dignidad, también cuando, como en la situación de enfermedad o discapacidad, se revela como estructura frágil y precaria. Esa visión del cuerpo es valorada por la fe, que sanciona su valor por ser «templo del Espíritu Santo», destinado a la resurrección (cf. Flp 3,21).
79. Convencidos de que la salud, entendida como vitalidad exuberante y exención de los sufrimientos, no corresponde a las exigencias de la persona considerada en su totalidad, porque corre el riesgo de atrofiar su pleno desarrollo, afirmamos que la vida vivida en el sufrimiento o la discapacidad no es necesariamente de segundo orden, valorando así los espacios de crecimiento, de calidad de vida y de autorrealización que la persona humana puede alcanzar también en condiciones críticas.
80. En la búsqueda de la salud, que en nuestro tiempo adquiere tonos exasperantes, sabemos ver una *tensión* hacia la salvación que el hombre no puede conseguir con sus medios sino solo acoger como *gracia*.
- Templo del Espíritu Santo*, destinado a la resurrección, el *cuerpo* mantiene su dignidad también en la fragilidad, la enfermedad y la discapacidad.
- La falta de salud física o psíquica no quita su *valor* a la vida y a la persona.
- Salud y salvación.*

## *El sufrimiento*

Decir una *palabra de evangelio* sobre el sufrimiento en un contexto cultural que tiende a apartarlo.

81. Nuestra experiencia personal y la práctica del ministerio nos confrontan constantemente con el sufrimiento en sus variadas expresiones. Si la sabiduría nos induce a evitar los discursos fáciles sobre esta realidad misteriosa contra la que rompen tantos sueños y proyectos, ello no nos exime de decir una *palabra de evangelio* sobre el sufrimiento humano. La exclamación de san Pablo: «¡Ay de mí si no evangelizara!» (1 Cor 9,16), vale también en los momentos en los que estamos llamados a reflexionar, a la luz de la Palabra de Dios, sobre los aspectos negativos de la vida.

82. Antes de pronunciar nuestra palabra sobre el sufrimiento, pongámonos a la escucha de lo que sobre él piensan los hombres y las mujeres de nuestro tiempo. Una simple observación arroja luz sobre la tendencia a alejar el sufrimiento. La *algofobia*, u horror al dolor, es una de las características de nuestra sociedad. Esa actitud es sostenida por el progreso de las ciencias y de la tecnología médica, que en sus aspectos más radicales lleva al rechazo de la condición finita del hombre.

Combatir el sufrimiento técnicamente, pero tratando de percibir también su *sentido*.

83. El sufrimiento, que se expresa en el dolor físico, psíquico y moral, es un signo, un *mensaje codificado*, un grito de la persona herida no solo corporalmente sino en la totalidad de su ser. En una sociedad que tiende a tratar el sufrimiento de manera puramente técnica, es decir, intentando suprimirlo antes de haber tratado de comprender su sentido, es difícil interpretar ese grito. Alejado de la conciencia en la que se vive, el sufrimiento

queda así reducido a un puro síntoma, y con ello alienado y deshumanizado. En este caso, no es la persona la que es objeto de cuidados, sino el sufrimiento. Separado del hombre, solo tiene un significado médico, social y político.

84. En la lucha contra el dolor es importante percibir el mensaje que el mismo transmite. En la conciencia de quien sufre, en efecto, aparece con claridad la diferencia entre lo que él es y lo que querría ser. A través del sufrimiento, la realidad irrumpe en el imaginario de la persona sacudiendo o rompiendo su ilusión de ser invulnerable e inmortal.
85. La conciencia de la propia condición vulnerable y mortal suscita en quien la padece múltiples reacciones: tristeza, miedo, rabia. Entre los blancos a los que apuntan esos sentimientos y las emociones, con frecuencia se encuentra Dios mismo. Se dirigen a él el ateo y el creyente, el primero para confirmar el propio descreimiento, el segundo para preguntar sobre el porqué de tantos sufrimientos cuyo sentido se le escapa. ¿Cómo conciliar el dolor con la omnipotencia y la bondad del Señor?
86. La búsqueda de una respuesta a ese interrogante empeña a la razón y apela a la fe, en una lucha dramática, bien ilustrada en el libro del Génesis (Gn 32,23-32), donde se describe la lucha entre Jacob y el ángel, que dura toda una noche. La lucha tiene lugar en la oscuridad, símbolo del carácter misterioso del sufrimiento, y termina al alba, que abre a la esperanza.

Aceptar la *realidad* superando la ilusión de ser *invulnerables*.

Al buscar la respuesta a tantos *porqués* suscitados por el sufrimiento, no se debe olvidar su *dimensión misteriosa*.

Evitar la actitud  
*dolorista*.

87. En espera de que esa luz ilumine, dotándola de sentido, la realidad del sufrimiento, evitamos toda *actitud dolorista* consistente en interpretar el dolor como elemento que tiene un valor en sí mismo, a veces incluso exaltándolo o, en casos extremos, hasta buscándolo, y hacemos nuestro el modo de comportarse de Jesús, quien se opone al mal y trata de liberar al hombre que es víctima de él. Al mismo tiempo, no olvidamos que también es luchar contra el sufrimiento tomar conciencia de que Jesús se pone de parte de los débiles, de los enfermos y de los pobres. En la cruz no está *junto* al sufrimiento, está *dentro* de él, lo conoce y lo vuelve a vivir en cada uno de los enfermos, habiendo recorrido el camino del sufrimiento hasta un final trágico. Con la pasión de Cristo, «el sufrimiento humano ha entrado en una dimensión completamente nueva y en un orden nuevo: ha sido unida al amor..., a aquel amor que crea el bien por medio del mal; por medio del sufrimiento..., la cruz de Cristo se ha transformado en una fuente de la que brotan ríos de agua viva» (SD 18).

La función de la  
*fe* para afrontar  
el dolor.

88. Al creyente, a quien no se le concede conocer una vía para esquivar el sufrimiento, se le abre así un camino que cruza ante él y le supera. Dirigiéndose al crucifijo podrá reconocer que su sufrimiento está íntimamente unido al sufrimiento de Aquel que dijo: «¿No era necesario que Cristo soportara estos sufrimientos para entrar en su gloria?» (Lc 24,26). Unido al de Cristo, el sufrimiento humano puede transformarse en una expresión de amor, perdiendo así su connotación de escándalo.

## *La muerte y el duelo*

89. En la tradición de nuestra Orden, el acompañamiento a las personas al final de la vida ha tenido siempre un lugar de privilegio, hasta el punto de ser llamados nuestros religiosos *Padres de la buena muerte*. Esta noble tradición ha venido a menos pero no ha desaparecido, por lo que sigue siendo fundamental en el ejercicio de nuestro ministerio pronunciar una *palabra de evangelio* sobre la muerte.
90. Una observación atenta del mundo contemporáneo permite identificar, junto a los obstáculos, elementos que de alguna manera facilitan la evangelización de la muerte y la relación de ayuda pastoral con las personas al final de la vida. Entre los obstáculos cabe citar las tendencias a dejar de lado a la muerte, el debilitamiento de la práctica religiosa, el aumento del número de las personas que no creen en la vida eterna, el declive de la predicación sobre las realidades últimas, el escaso afecto a la institución eclesial. Se deriva de todo esto que nuestra presencia, más que en el pasado, puede despertar en los enfermos a los que nos acercamos y en sus familiares problemáticas ya arrinconadas, suscitando con frecuencia reacciones negativas.
91. Nuevas situaciones se derivan del hecho de que actualmente hemos dejado de ser los únicos que pueden hablar de la muerte y responder a la petición de ayuda espiritual de las personas al final de la vida. Si el discurso religioso gozaba en el pasado de una posición privilegiada, actualmente el fenómeno de la secularización ha dado lugar a
- La rica tradición de la Orden en el *acompañamiento de las personas al final de la vida*.
- Obstáculos y factores favorables a la *evangelización de la muerte*.
- El *pluralismo* de los «expertos» sobre la muerte y el morir.

la aparición de otras tomas de posición ideológicas que contribuyen a *regular* la muerte y a darle un *sentido*. En algunos países las instituciones sanitarias aceptan *consejeros laicos*, llamados *humanistas*, cuyo cometido consiste en asistir moralmente a los enfermos que no profesan ninguna religión.

La introducción del *acompañamiento espiritual* en el cuidado de las personas al final de la vida.

92. Si nos situamos en un ámbito positivo, debe subrayarse que, a diferencia de lo que acontecía en otros tiempos, el acompañamiento espiritual *tiende* a ser introducido en los programas terapéuticos. Entre los múltiples factores que han contribuido a este cambio de perspectiva, el más importante está constituido por la afirmación del movimiento de los *hospices* y de la filosofía de los *cuidados paliativos*, en la que se subraya que el cuidado de la persona al final de la vida debe consistir en asistencia física, psicológica, moral, espiritual y religiosa, teniendo en cuenta la crisis provocada en el sujeto ante la perspectiva de su muerte próxima.

La búsqueda de *espiritualidad*, presente en la cultura actual como factor que facilita el acompañamiento espiritual y religioso del enfermo grave.

93. También facilita este cambio la significativa búsqueda de espiritualidad presente en nuestra sociedad, donde están implicados creyentes y no creyentes. Estos últimos reivindican la posibilidad de vivir las experiencias y los valores espirituales sin que haya referencias a lo religioso y a la fe. Aunque esta apertura a lo espiritual puede llevar a confusiones (dado que detrás del término «espiritualidad» se camuflan infinidad de concepciones diferentes, a veces incluso contradictorias), no deja de permitir al agente pastoral encontrar en ella una plataforma común de la que partir para recorrer un camino de crecimiento espiritual,

cuyo éxito queda encomendado a sus capacidades y especialmente a la gracia del Señor.

94. La realización de nuestro anuncio sobre la muerte consiste en ayudar a todos aquellos con los que nos encontramos a considerarla como una realidad no separada de la persona, sino como parte de su experiencia; por consiguiente, como una realidad, no para ser eliminada sino para ser integrada. La reconciliación con esta realidad a la que ningún ser humano, como afirma san Francisco en su Cántico, puede escapar –*Alabado seas, mi Señor, por nuestra hermana muerte corporal, de la que ningún ser viviente puede escapar*–, abre el camino a la visión cristiana, según la cual la muerte, aunque acompañada por las señales del deterioro y de la humillación, no significa la paralización de la vida, sino el paso a una forma diferente de existencia caracterizada por una dinámica de crecimiento y expansión completa de la persona.
95. También para quien tiene fe es la muerte un paso doloroso. Hacerla *amiga* no significa, pues, ignorar su carácter dramático, presente en las palabras dirigidas por Cristo al Padre: «Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado?» (Mt 15,34), sino acogerla como entrada en horizontes nuevos y pacificadores, que son posibles gracias a la pasión, muerte y resurrección de Cristo, quien cambió por completo el acceso a la vida no vacía, a la vida diferente, a la *vida eterna* (cf. SpS 35-40).
96. La muerte de una persona significativa abre una herida en los que estaban unidos a ella por el afec-
- La vida no termina, se transforma.*
- Hacer a la muerte amiga nuestra no significa ignorar su dimensión dramática.
- La experiencia del *duelo*.

to. Las ciencias humanas del comportamiento han ilustrado la dinámica del duelo, proyectando también caminos a seguir para una adecuada y eficaz elaboración de la pérdida sufrida. Apreciando y utilizando creativamente las indicaciones ofrecidas por la psicología, no dudemos en pronunciar *palabras de evangelio* sobre esta experiencia de separación, fuente de sufrimiento y, en muchos casos, también de consecuencias patológicas.

*El servicio al enfermo y la humanización del mundo de la salud*

El fenómeno de la carencia de humanidad en el servicio del enfermo.

97. También el servicio al enfermo espera de nosotros una *palabra de evangelio*, de tal modo que sean tratadas con una mayor humanidad las personas que viven el tiempo difícil del sufrimiento. El valor del servicio, en efecto, ha sufrido contaminaciones diversas porque se han superpuesto a la profesión de médicos y enfermeros elementos que adulteran, como los derechos de una ciencia nada dispuesta a recibir indicaciones éticas, una concentración de intereses más para el caso clínico que para la persona que sufre, la precedencia dada a consideraciones de orden sindical o político más que de eficiencia ante las necesidades efectivas del enfermo.

Poner a la persona humana en el *centro* de la atención.

98. Siguiendo las indicaciones de la C 55, nos esforzamos, pues, «para que el hombre ocupe el centro de la atención en el mundo de la salud» y contribuyamos «a que la sociedad promueva la humanización de las estructuras y servicios sanitarios, y a que, con disposiciones jurídicas, sociales y políticas,

garantice, del mejor modo posible, los derechos del enfermo y el respeto a su dignidad personal».

99. Al implicarnos en la *humanización* del mundo sanitario, nos dejamos guiar por un adecuado conocimiento de la complejidad de este fenómeno socio-cultural, teniendo en consideración la variedad de sus aspectos. Dicho fenómeno, en efecto, no se refiere solamente a la relación entre personal sanitario y enfermos, sino también a las condiciones a menudo difíciles en las que los agentes de la salud se ven obligados a trabajar; el comportamiento del propio enfermo y de sus familiares, frecuentemente caracterizado por pretensiones irrealistas y por incapacidad de participación; la tecnología médica que, aunque muy meritoria, puede empobrecer la relación personal; la administración sanitaria, lenta no pocas veces debido a la burocracia, así como sometida a políticos, lo que contrasta con el bienestar del enfermo; las estructuras arquitectónicas a menudo anticuadas y que no se corresponden con las exigencias de un servicio sanitario más humano.

Las muchas *caras* del fenómeno de la deshumanización.

100. Cuando pasamos del hemisferio norte al del sur nos damos cuenta de la diversidad de factores que se encuentran en el origen de la degradación de humanidad en el servicio al enfermo. Si, como aseguran los datos oficiales, mil millones de personas no se benefician de los servicios sanitarios, viven en regiones aisladas, en zonas rurales, o en la periferia de las grandes ciudades, en ambientes insalubres que acortan notablemente la edad de la vida, no hay duda de que la causa principal de la deshumanización es la pobreza, a la que se añade con frecuencia la falta de organización y la corrupción.

Las *causas* de la deshumanización varían de un hemisferio a otro.

Evitar actitudes  
*moralizantes.*

101. La complejidad del fenómeno de la humanización del mundo sanitario nos estimula a evitar actitudes moralizantes, elevando el dedo contra los agentes sanitarios y los gestores de la salud. Poniéndonos en una actitud de observación lo más objetiva posible, nuestras intervenciones serán más eficaces.

*Humanización y  
evangelización.*

102. Nuestro compromiso en este sector del ministerio encuentra su motivación en el valor evangelizador de todos los gestos e iniciativas tendentes a ofrecer en la asistencia a los enfermos un rostro más humano (EN 21). Estos no solamente se refieren de modo marginal a nuestro ministerio, sino que forman parte integrante del mismo, ya que proclaman que el hombre, también en condiciones de degradación física o mental, mantiene todo su valor por ser imagen del Señor y, como afirma san Camilo, *pupila de Dios*.

103. Así entendida, la humanización del mundo de la salud forma parte del proceso de la salvación, porque toda auténtica liberación humana parcial o sectorial es un momento, un signo anunciador, una demostración de la liberación profunda que Cristo realizó en su misterio pascual. Trabajando por la causa de la humanización contribuimos a la promoción del Reino de Dios, cuya realización comienza en la historia para encontrar su pleno cumplimiento en el cielo.

Leer el deterioro  
de humanidad en  
el mundo de la  
salud.

104. Al leer y explicar el fenómeno del deterioro de humanidad presente en el servicio al enfermo, no nos referimos solamente a las categorías socio-psicológicas. Además de las múltiples causas citadas (como los intereses políticos y económicos, la

excesiva burocratización del sistema asistencial, la inadecuada eficiencia administrativa, los conflictos contractuales, el deterioro de la escala de valores que hace que sea más ardua la consideración del enfermo como persona), no dudamos en hacer una referencia al pecado, del que se deriva la conclusión de que en la raíz de toda reforma humanizadora se requiere la conversión del corazón antes que la modificación de las estructuras.

105. Convencidos de que, en una visión creyente de la realidad, el primer objetivo de la humanización del mundo sanitario está constituido por la promoción de los valores de la justicia, del respeto a la persona, de la fraternidad, de la solidaridad, no hacemos coincidir su realización con el progreso material y técnico, pudiéndose realizar aquellos también en condiciones de pobreza y de opresión.
106. Prestamos inteligentemente nuestra colaboración con los diversos organismos civiles que promueven la sensibilización hacia los derechos del enfermo, ofreciendo nuestra aportación específica para que la persona humana sea considerada en su totalidad de ser bio-psico-socio-espiritual y para que los servicios ofrecidos al individuo enfermo sobre la base de la justicia vayan acompañados por el amor en sus expresiones de gratuidad y generosidad.
107. Al valorar la aportación al cuidado del enfermo y a la promoción de la salud de la ciencia, de la tecnología médica y de la organización racional del trabajo, sabemos tomar en consideración tanto los aspectos positivos cuanto los límites. Sería injusto, en efecto, ignorar los grandes progresos conseguidos gracias a las aplicaciones

La *colaboración* con los que están comprometidos en este sector.

Los aspectos *positivos* del progreso científico-técnico y de la organización racional del trabajo.

técnicas de la investigación científica. Baste pensar en la posibilidad de prolongar la vida, de aliviar el sufrimiento, de mejorar la calidad del funcionamiento social de las personas. El empleo de instrumentos cada vez más sofisticados ofrece al paciente nuevas posibilidades de curación. Bien utilizada, la técnica puede ser un vehículo moderno y eficaz de humanización y de caridad. También la moderna organización racional del trabajo ha favorecido un progreso real, haciendo más eficaz la realización de los proyectos de curación y de promoción de la salud.

«Más corazón en esas manos».

108. El honesto reconocimiento de los méritos de la ciencia, de la técnica y de la organización del trabajo no nos exime de adoptar una actitud de confrontación, denunciando las consecuencias negativas a las que ellas pueden llevar. Sucede esto cuando la técnica médica pretende ser la única respuesta al sufrimiento, descuidando la atención al sentido que puede tener para la persona e ignorando la importancia de unir inteligencia y afectividad, *manos y corazón*, como se expresaba san Camilo. Igual confrontación debe realizarse cuando se trata de los límites de la organización del trabajo, identificables en la burocratización de los sistemas de servicio que genera apatía y rutina, resistencia al cambio y errores en la comunicación. La propia división de la actividad laboral, la estandarización de los comportamientos, útiles para producir eficiencia, cuando son exasperados, como sucede a menudo, hacen difícil responder de manera personalizada a los problemas del enfermo, que son descubiertos al máximo por su carácter crítico y por su resonancia afectiva.

109. Conscientes de que el primer instrumento de humanización está constituido por nuestra persona, nos esforzamos en dar testimonio de *competencia en humanidad* en la realización de nuestro ministerio, tanto individual como comunitariamente. Nos acercamos con respeto y atención a los enfermos, especialmente a los más abandonados, haciendo así creíble nuestro mensaje dedicado a proclamar la dignidad de la fragilidad humana. Procuramos que nuestras comunidades se distingan por su espíritu de acogida y las *obras propias* se pongan como modelo de humanidad. *«Humanizarse para humanizar».*
110. En el ejercicio de nuestro ministerio ayudamos a las personas a hablar más humanamente del enfermo, evitando que sea identificado con la enfermedad o con el órgano enfermo y, por el mismo hecho, insignificante. En nuestras intervenciones insistimos para que el sufrimiento no sea tratado únicamente de manera técnica, reducida a puro síntoma, y por eso mismo alienada, deshumanizada. Nuestros discursos se caracterizan por incluir un concepto de salud integral. Hablando a los que tratan con los enfermos, sabemos subrayar la complementariedad de la justicia y del amor y la importancia de dar un toque humano y evangélico a los derechos de los enfermos. *Hablar más humanamente del enfermo.*
111. No limitamos nuestro empeño a intervenciones inmediatas, necesarias para responder a necesidades individuales, sino que tratamos también de intervenir en las estructuras donde se elaboran las filosofías y las leyes que regulan la asistencia sanitaria. Los modos de intervención pueden ser diversos: desde la formación impartida en nuestros Centros a la participación en grupos de *Socorrer a quien sufre, pero incidir en las causas del mal.*

presión, a la presencia en las asociaciones de las instituciones sanitarias católicas y de los agentes sanitarios.

### *Ética y bioética*

Amplitud de los objetivos de la *ética* y de la *bioética* en el mundo sanitario.

112. El ejercicio de nuestro ministerio nos exige con frecuencia que nos pronunciemos sobre problemas en los que está en cuestión la escala de los valores que orientan el comportamiento de la persona humana. Si la competencia ética que se nos pide se refiere de manera especial a los *problemas fuertes* concernientes al nacimiento y al ocaso de la vida, es importante que la misma no descuide la práctica cotidiana de la asistencia al enfermo y la gestión de los recursos destinados a la promoción de la salud.

*Iluminar* y ayudar a tomar decisiones morales responsables.

113. Es un cometido nuestro no solamente decir una *palabra de evangelio* para iluminar las problemáticas éticas, sino también acompañar a las personas –los enfermos, el personal y los hombres de ciencia– a tomar decisiones responsables. El creciente progreso de la ciencia y de la tecnología médica, juntamente con el pluralismo cultural, religioso y ético, hace que sea muy exigente el ejercicio de nuestro ministerio en este sector del quehacer humano.

La *visión del hombre* como criterio y medida en la solución de los problemas morales.

114. Nuestra implicación en el ámbito de la ética y de la bioética está guiada por una especial atención al hombre que debe considerarse como criterio de medida y de juicio de los problemas suscitados como consecuencia del desarrollo de la ciencia y de la tecnología biomédica.

115. Al ofrecer nuestra aportación en este sector, el punto de partida es pues la definición de la naturaleza del hombre. Efectivamente, como afirmó el Concilio: «Creyentes y no creyentes están generalmente de acuerdo en este punto: todos los bienes de la tierra deben ordenarse en función del hombre, centro y cima de todos ellos. Pero ¿qué es el hombre? Muchas son las opiniones que el hombre se ha dado y se da sobre sí mismo, diversas e incluso contradictorias, y por eso con frecuencia se exalta hasta hacer de sí mismo una regla absoluta o se rebaja hasta la desesperación, con lo que termina en la duda y la angustia» (GS 12).
116. El modelo ético de referencia al que nos adherimos es el modelo personalista, que encuentra el criterio moral en el hombre mismo, considerado en su totalidad unificada, en cuanto ser indivisiblemente corporal-psíquico-espiritual; en su relationalidad, en cuanto «relación viviente» con los otros; en su libertad y responsabilidad, en cuanto ser dotado de inteligencia, de voluntad, de amor; en su eticidad, en cuanto abierto a los valores.
117. A la luz de la razón se añade la palabra de la revelación cristiana para la cual el hombre ha sido creado a imagen y semejanza de Dios, inteligente, libre y llamado a la comunión de vida con Dios mismo. La encarnación del Hijo de Dios constituye el testimonio supremo de la dignidad y del valor del hombre, de todos y de cada uno.
118. Son numerosos los lugares donde podemos decir nuestra *palabra de evangelio*. En nuestras instituciones formativas, académicas o no, es conveniente dejar un espacio adecuado para el estudio
- Consideración de la persona en su *totalidad* unificada y en su condición de *imago Dei*.
- Los *lugares* donde decir las palabras de evangelio.

de la ética y de la bioética, favoreciendo su profundización a través de la investigación y la excelencia de las publicaciones. La constitución de los *comités de bioética* en las *obras propias* y la presencia en los de otras instituciones sanitarias es otra importante modalidad de participación en el debate sobre las complejas cuestiones de orden moral que caracterizan al mundo de la salud. Nuestra palabra en estos organismos podrá desempeñar un papel muy significativo, de apoyo y de inspiración, así como de confrontación y de profecía.

*Diálogo respetuoso y honesto con las personas que tienen visiones diferentes de la vida y de la persona humana.*

119. Al colaborar con personas que no comparten nuestros principios morales, nos mostramos movidos por una gran capacidad de diálogo, que ha de entenderse como una experiencia de enriquecimiento mutuo, donde cada uno da y recibe del otro, sea cual sea su punto de vista. Manteniendo nuestra identidad y evitando caer en un sincretismo nocivo, en el diálogo auténtico nos ayudamos a comprender lo que en nuestras opciones resulta aceptable humanamente por todos, y lo que, por el contrario, es dictado por nuestras convicciones que no todos comparten. La eficacia del diálogo no decae aunque no se llegue a un acuerdo.
120. Convencidos de que el diálogo es una expresión de amor, nos abstenemos de juzgar y condenar a las personas, teniendo presente que en bioética no todo separa a los creyentes de los no creyentes. Los objetivos de todos, en efecto, pueden ser los mismos: ayudar a las personas que han recurrido a nosotros, con el mayor respeto posible de lo que son, de lo que piden y de lo que están dispuestas a vivir.

121. A través de la enseñanza y de las relaciones individuales, contribuimos activamente a sensibilizar al personal en la ética de la relación, elemento central del proceso de humanización, y no dudamos en defender a los enfermos cada vez que vemos conculcados sus derechos.
122. Aspecto importante de nuestro compromiso en la ética es el acompañamiento de las personas a encontrar el sentido de su vocación humana y cristiana en el momento de una decisión moral.
123. Teniendo en cuenta que el acompañamiento ético, como cualquier otro tipo de acompañamiento, tiene también un carácter *educativo*, no nos limitamos a ofrecer una serie de respuestas puntuales a los interrogantes de las personas, sino que nos proponemos habilitar al individuo para afrontar de manera moralmente correcta las demás situaciones conflictivas que encontrará en su vida, transformando la propia experiencia en *experiencia moral*.
124. De ello se deriva la importancia de examinar las características de las personas que piden nuestra ayuda. Hay individuos que han perdido, al menos parcialmente, sus evidencias interiores y buscan el camino que deben seguir para salir de sus problemas y de su *mal vivir*. Otros sufren un gran vacío existencial. No faltan quienes creen que se ven «atrapados en una trampa» por la moral y hasta por la fe. En algunos, la formación moral recibida ha contribuido a crear un superego tiránico, con exigencias inalcanzables que se transforman en fuente de frustración y de autodepreciación.

*Sensibilizar en los principios de la ética y de la bioética.*

Conocer para acompañar eficazmente.

125. Es de gran ayuda la identificación de la conciencia de las personas que piden ayuda. Al lado de individuos habitados por una conciencia *sometida*, que esperan ser guiados por los demás, especialmente por los sacerdotes, sin tomar mínimamente en sus manos las riendas responsablemente, hay otros que ponen en cuestión cualquier ley.
126. Haciendo salir a flote las motivaciones que subyacen a las decisiones que las personas tratan de realizar, las ayudamos a discernir responsablemente los valores presentes en la situación en la que están implicadas, tendiendo a hacer coincidir la moralidad subjetiva de la persona con la objetiva. En el contexto socio-cultural actual los individuos están sometidos al influjo de teorías morales múltiples y a menudo contrastantes, generadoras de confusión.

Comprender a las personas y poner en cuestión su comportamiento.

127. Para que nuestro acompañamiento sea apropiado, además de las actitudes de la consideración positiva, de la comprensión y del respeto, practicamos también la *confrontación* cuando las decisiones que la persona quiere tomar no están de acuerdo con la escala de valores a la que se adhiere.
128. Abstengámonos de manipular a las personas y no las sustituyamos al tomar decisiones, conscientes de que el criterio de moralidad es la conciencia *iluminada* del individuo.

No abandonar a quien elige otros caminos.

129. En los casos en que la persona hubiera tomado o pudiera tomar una decisión contraria a los valores morales, sabemos alimentar la certeza de que el amor y la comprensión del Señor la acompañan a pesar de la opción tomada, favoreciendo así la posibilidad de un cambio.

130. En el encuentro con personas no creyentes y no practicantes que piden ayuda o nos preguntan sobre problemas de orden moral, ponemos el acento en motivaciones humanas, no dudando después en confrontarlas respetuosamente con motivaciones más típicamente cristianas.

*Condiciones para un anuncio eficaz*

131. Honramos nuestra misión de anunciadores de la Buena Noticia dejando que el evangelio penetre nuestro modo de situarnos ante la vida, la salud, el sufrimiento y la muerte, y nos comprometemos para que nuestro comportamiento testimonie la *humanidad* que tratamos de promover en el mundo sanitario. *Dejarse evangelizar.*
132. Conscientes de que sobre nuestras experiencias positivas y negativas Dios ha dicho ya una *palabra*, nos ejercitamos en reflexionar teológica y espiritualmente sobre lo que nos sucede a nosotros y a las personas que encontramos, dejándonos iluminar por Jesús como los discípulos de Emaús e imitando la actitud de la Virgen María que guardaba en el corazón, para comprender su sentido, los acontecimientos que vivía. *Reflexionar teológicamente sobre la experiencia propia y la de las personas con que encontramos.*
133. Nos empeñamos en renovar el lenguaje con el que anunciamos palabras de evangelio, adaptándolo a la capacidad de decodificación de las personas y evitando recurrir a elucubraciones teológicas abstractas, lugares comunes y frases hechas. *Renovar el lenguaje y los métodos de comunicación mediante una adecuada formación.*
134. Atentos a la evolución de la cultura, revisamos nuestros métodos de comunicar al hombre moderno el «mensaje cristiano, en el que solamente

puede encontrar la respuesta a sus interrogantes y la fuerza para su compromiso de solidaridad humana» (EN).

135. Para llegar al mayor número de personas, seguimos con atención el desarrollo de la literatura (libros y revistas) sobre los temas de la salud, del sufrimiento y de la muerte, aunando sabiamente estudios científicos y publicaciones prácticas. Utilizamos con competencia los medios de comunicación social.

### *Los tiempos, los modos y los lugares del anuncio*

136. Nuestra preocupación por introducir *elementos evangélicos* en el mundo de la salud debe tratar de encontrar modos, tiempos y lugares idóneos para llegar no solamente a los enfermos y los agentes sanitarios, sino también a las familias y a las instituciones educativas.

La *visita* a los enfermos y el *coloquio* pastoral.

137. El coloquio individual con los enfermos es ciertamente uno de los modos más significativos y tradicionales de realización de nuestro ministerio. Mediante un diálogo bien conducido –libre de frases hechas y lugares comunes, de actitudes paternalistas o moralizantes, centrado en la evangelización, respetuoso de la libertad y del ritmo del paciente–, ponemos en marcha el mensaje del amor redentor de Cristo.

Preparación y organización de la *visita pastoral*.

138. En las instituciones sanitarias y socio-sanitarias, factores diversos pueden contribuir a hacer pesada y poco gratificante esta importante práctica pastoral: el número creciente de personas con quienes tratar debido a la disminución de los

agentes pastorales, el riesgo de caer en la rutina y a veces la ausencia de una adecuada preparación y de método. Es, pues, importante someterla a constante revisión y perfeccionamiento.

139. Si la visita cotidiana a los enfermos sigue siendo un ideal que debe tenerse presente en la programación de la actividad pastoral, no por ello ha de constituir un absoluto tal que absorba todas nuestras energías.
140. Manteniendo firme el principio de que a todos los enfermos debe ofrecérseles la posibilidad de encontrarnos, estudiemos para la organización de los encuentros modos realistas y armonizados con las demás exigencias de nuestro trabajo apostólico.
141. Al desarrollar el delicado ministerio de la visita, evitemos hacerlo desordenadamente y preparémonos elaborando un plan pastoral, con objetivos claros y concretos, adaptándolo con flexibilidad a las diversas situaciones. Adiestrémonos en la elaboración de un *diagnóstico pastoral* de las personas que encontramos.
142. Sepamos distinguir entre encuentro amistoso y relación pastoral de ayuda. Mientras que el primero es conveniente que sea propuesto a todos los enfermos, el segundo conviene a un número limitado de personas que están dispuestas a recorrer un camino más profundo y continuo. El discernimiento sabio de las diferentes necesidades y el ofrecimiento de respuestas diferenciadas nos permiten ofrecer de manera racional nuestra ayuda a las personas encontradas.

*El diagnóstico pastoral.*

143. Nos ayudará a pasar de la conversación social al diálogo pastoral la capacidad para concentrarnos en la vivencia del enfermo, la acogida de sus reacciones, el acompañamiento para «buscar una respuesta a los perennes interrogantes sobre el sentido de la vida presente y futura, y su mutua relación; y sobre el sentido del dolor, del mal y de la muerte» (C 47).
- Hacer de la propia *humanidad* un vehículo eficaz para comunicar el mensaje pastoral.
144. Convencidos de que, en una perspectiva de fe, nuestra relación con los enfermos y sus familiares asume un valor casi sacramental, convirtiéndose en símbolo del amor redentor que anunciamos con la palabra, nos esforzamos en asumir al respecto actitudes ricas en genuina humanidad, caracterizadas por un profundo respeto, una capacidad de escucha, de empatía y de proximidad, «especialmente en los momentos de oscuridad y vulnerabilidad; así nos constituimos en signo de esperanza» (C 47).
145. Superando la tentación de atrincherarnos detrás de nuestra misión o de manifestar solamente algunos aspectos de nuestra personalidad, trabajamos para ser nosotros mismos, atentos a nuestros sentimientos para utilizarlos de manera apropiada en la relación con el enfermo y sus familiares. Por el bien del enfermo, sabemos unir a la comprensión una apropiada capacidad de confrontación.
- Responder a las necesidades del *enfermo* más que a las nuestras.
146. Poniendo «todo empeño en que los enfermos creyentes vivan la vida de Cristo Jesús y alcancen la santidad a la que han sido llamados» y tratando de establecer con ellos «un coloquio de salvación» (C 47), nuestro deseo evangelizador debe

estar libre de cálculos y de presiones indebidas, y ser respetuoso de la libertad y de las disposiciones del enfermo. Evitamos el dogmatismo, el juicio, la condena, la ironía, y respetamos la religiosidad y el modo de vivirla de aquellos con los que nos encontramos.

147. Sabemos acoger con el debido respeto la gradualidad del camino espiritual y del difícil camino que se debe recorrer para hacer de las experiencias negativas de la vida una ocasión de crecimiento humano y cristiano.
148. Imitando el comportamiento de Jesús con la samaritana (cf. Jn 4,1-41) y con los enfermos (cf. Lc 5,15.17-26), hacemos hincapié en la necesidad de autosuperación, que está presente en todo ser humano, aunque no siempre advertida o advertida de manera diversa, abriendo al enfermo al *misterio*, a una comprensión más profunda de sí mismo y de las cosas, a dejarse inquietar por un interrogante, por un anuncio que supera el horizonte habitual pero por el que se siente apremiado. Se trata de ayudar a las personas encontradas a percibir en las experiencias de lo cotidiano el reenvío a una búsqueda, a una Presencia.
149. En el diálogo con los enfermos de otras confesiones religiosas nos mostramos interesados en su modo de colocarse en relación con la situación en que se encuentran, ayudándoles, con pleno respeto a sus convicciones, a utilizar los recursos que les ofrece el credo religioso al que se adhieren.

Respetamos el *ritmo* de las personas, pero no dudamos de despertar en ellas la necesidad de *autosuperación* presente en el hombre.

Respeto e intercambio de valores comunes con personas de otras religiones, con los agnósticos y los ateos.

El cuidado de los familiares del enfermo.

150. Al encontrar personas agnósticas o ateas, tratamos de establecer con ellas una relación respetuosa, anclada en la plataforma de valores comunes, acompañándolas también con la oración, para que, advirtiéndoles en su corazón una profunda nostalgia del Señor, puedan encontrar la alegría del retorno a la casa del Padre.

151. En el ejercicio del ministerio, dirigimos nuestra atención humana y pastoral a los familiares de los enfermos, compartiendo sus angustias y sosteniéndoles con nuestra solidaridad. Necesitados de apoyo para vivir, sin sentirse confundidos, la angustia causada por la enfermedad de un familiar pueden encontrar en nuestro acompañamiento solícito —en el ámbito de las instituciones sanitarias o a domicilio— una ayuda para descubrir, en el tiempo penoso del sufrimiento, preciosos valores humanos y espirituales (DG 26-27).

152. Forma parte también del diálogo evangelizador con los familiares el despertar de su responsabilidad al acompañar a su difunto tanto desde el punto de vista humano como desde el espiritual y religioso. «El mandato del Señor de visitar a los enfermos (cf. Mt 25,36) debe considerarse dirigido en primer lugar a los miembros de la familia del enfermo. En las casas como en las instituciones sanitarias, su presencia tiene una especial importancia» (PSCI 33).

### *La catequesis y la predicación*

153. Valoramos la catequesis y la predicación para proclamar el mensaje de Dios sobre la salud,

sobre el significado de la vida, del dolor y de la muerte, conscientes de que la fe de un cristiano no se improvisa en el hospital cuando se entra en él para curarse, sino que crece y se desarrolla en la propia comunidad.

## 2. La propuesta sacramental

154. El anuncio del mensaje de la salvación abre al creyente a la experiencia de la acción del Señor en la liturgia, de la que «se deriva en nosotros, como de una fuente, la gracia y se obtiene con la máxima eficacia la santificación de los hombres en Cristo y la glorificación de Dios, a la cual tienden, como a su fin, todas las demás actividades de la Iglesia» (SL 10).
155. Nuestro ministerio encuentra por tanto uno de sus goznes en la liturgia, especialmente en la celebración de los sacramentos que realizan el encuentro del hombre con Cristo. A través de la reconciliación, de la unción de los enfermos y de la eucaristía, el enfermo se siente llevado a vivir el sentido pascual de la enfermedad, pudiendo beneficiarse también de una recuperación de la salud, o a afrontar con mayor fortaleza la situación de enfermedad.
156. En los últimos decenios, la celebración del sacramento de los enfermos ha experimentado profundas transformaciones. Por una parte se ha asistido a una progresiva superación del sacramentalismo y, por otra, a un consistente declive de la demanda sacramental. Ambos fenómenos, juntamente con la reforma litúrgica, han estimulado una

*La liturgia y los sacramentos, goznes del ministerio.*

*El declive de la demanda sacramental.*

mejor comprensión de estos signos sensibles de la gracia y una búsqueda más atenta de modos de celebración adecuados al contexto sanitario, secularizado y pluralista.

La importancia del *ex opere operantis*.

157. Al celebrar los sacramentos tengamos presente que, según el principio de la sacramentalidad, no somos solamente instrumento, sino también signo de la gracia de Dios. Se deriva de ahí la necesidad de que, en la celebración de los sacramentos, tratemos de reproducir las actitudes de Cristo que va en busca de la oveja perdida (Lc 15,4-8), que acoge y cura a los enfermos, que se ofrece a sí mismo como alimento, garantía de la vida eterna.

El servicio apropiado, las relaciones personal-enfermo, el ambiente favorable, la participación de los presentes y la adaptación de la celebración al especial ambiente en que se realiza...

158. Entre el servicio a los enfermos y el sacramento hay una continuidad natural y una llamada mutua. El arte de saber donar, de saber servir, de estar a la escucha, es símbolo de un gesto más grande y total, un gesto que viene de Dios para desarrollar al hombre y transformarle, haciendo percibir a los enfermos, en un segundo tiempo, que los sacramentos se sitúan en este movimiento de misericordia, que inspira a quien está junto a él y por él se sacrifica.

159. La celebración de los sacramentos para los enfermos no es solo responsabilidad del sacerdote, sino también de todos los implicados en el servicio pastoral y sanitario. También estos tienen el deber de favorecer la presencia de los factores que facilitan el encuentro con el Señor, como «las condiciones ambientales favorables, la serena relación entre los enfermos y los que los asisten, la participación de los familiares, de los agentes sanitarios y de los voluntarios» (SPSCI 21).

160. La reforma litúrgica, realizada en los nuevos ritos, deja amplios espacios a la creatividad de la asamblea y prevé numerosas adaptaciones por parte de quien preside la celebración. Por consiguiente, una ejecución fiel de los ritos no basta por sí sola; es necesario que sepamos adaptar la celebración al nivel espiritual y a las efectivas disposiciones de cada uno de los asistentes.
161. También cuando son celebrados por un solo enfermo, los sacramentos son acciones de la Iglesia, que en ellos profesa su fe en Cristo muerto y resucitado y realiza en el tiempo hasta su venida el servicio y la solicitud que él manifestó con los enfermos a lo largo de su vida terrena.
- ... contribuyen a hacer más eficaz la recepción de los sacramentos.

#### *El sacramento de la reconciliación*

162. Convertidos en objeto de la misericordia de Dios, que nos reconcilió consigo en Cristo, no dudamos en sentirnos embajadores de Cristo, dirigiendo a los enfermos que encontramos la exhortación del apóstol san Pablo: «Dejaos reconciliar» (2 Cor 5,17-21). Con el perdón de los pecados, el hombre restablece la comunión con Dios, consigo mismo y con los demás, encuentra de nuevo la serenidad y la paz, hasta el punto de experimentar que nada, si siquiera la muerte, le podrá separar del amor de Dios y de los hermanos.
163. Esa invitación a la reconciliación puede resonar con mayor intensidad en las personas que se encuentran en una situación de enfermedad grave. A lo largo de la fase final de la existencia, la mirada sobre el pasado hace que aparezca
- La necesidad de reconciliación.
- El sacramento de la reconciliación...*

la complejidad de una vivencia con frecuencia contradictoria, donde se entrecruzan victorias y derrotas, tinieblas y luz. El enfermo puede fácilmente alimentar sentimientos de culpabilidad, a los que con frecuencia se añade la incapacidad de aceptarse, de decir *sí* al pasado, de reconocer lo positivo de la propia experiencia.

*...favorece una relectura del pasado para una aceptación serena del mismo.*

164. Teniendo presente que la situación de enfermedad puede contribuir a un ajuste de la escala de valores, nos unimos al deseo del enfermo de revisar su vida abriéndose a horizontes espirituales.
165. En la celebración del sacramento de la reconciliación, nuestro modo de situarnos con el enfermo incide en el fruto que él puede conseguir de la confesión. Nos mostramos pues capaces de escucha, de comprensión, de participación en el debate espiritual por él vivido, absteniéndonos de juicios y actitudes moralizantes.

La mediación de actitudes humanas positivas y la eficacia de un contexto físico que garantice la discreción.

166. En las instituciones sanitarias, al igual que en los domicilios, tratamos de encontrarnos con los enfermos en un lugar donde se respete la discreción, se favorezca la acogida y se permita un coloquio liberador.

### *La eucaristía*

Efectos benéficos de la eucaristía en el enfermo.

167. «Fuente y cumbre de toda la vida cristiana», la eucaristía adquiere un valor especial cuando es celebrada con los enfermos y por los enfermos, «como fortaleza en el dolor y en la debilidad, como esperanza en la desesperación, como lugar de encuentro y de fiesta» (CL 54).

168. Mediante la unión con Cristo en la comunión eucarística, el enfermo es curado del pecado y de sus efectos nocivos y recibe una fuerza nueva para afrontar la difícil situación en que se encuentra, recibiendo al mismo tiempo la garantía de la inmortalidad futura.
169. La celebración de la eucaristía en el hospital pasa por momentos diversos y cada uno de ellos requiere una atención especial. La celebración eucarística en la iglesia, en la planta o en la habitación del enfermo, es preparada y realizada con esmero, implicando en lo posible a los participantes y utilizando el tiempo de la homilía para proponer breves reflexiones latentes en la palabra de Dios y relacionadas con la situación vivida por los enfermos.  
El cuidado de la *celebración eucarística* y de la distribución de la *comunión*...
170. En la distribución de la comunión a los enfermos acostados se acordarán, como equipo y en colaboración con el personal, métodos apropiados de manera que respondan a la necesidad de los enfermos, respetando el sacramento y permitiendo a cada agente de pastoral un espacio suficiente de libertad y creatividad.  
... debe hacerse en los momentos más adecuados, valorando y respetando la *disposición* de los enfermos...
171. Favorézcase el recurso bien ordenado a la colaboración de los ministros extraordinarios de la comunión para una administración del sacramento más personalizada y mejor celebrada (con oración, momentos de reflexión...).
172. Al llevar la comunión a los enfermos, no debemos dejarnos llevar por la rutina ni por la solución más fácil y apresurada. Tomando en seria consideración la necesidad de una buena preparación para la eucaristía y anteponiendo más la calidad que  
... evitando la rutina y el apresuramiento.

la cantidad, evitemos ofrecer el sacramento a las personas que, por diversos motivos, no parecen convenientemente dispuestas a recibirlo o están acostumbradas a acercarse a este sacramento solo ocasionalmente.

La eucaristía  
ofrecida bajo  
forma de *viático*.

173. Conscientes de que la celebración de la eucaristía se realiza «en espera de su venida» y de que entre sus frutos está «la garantía de la gloria futura», no descuidemos ofrecerla a los enfermos graves bajo forma de viático, superando los obstáculos existentes en las actuales instituciones sanitarias y en las familias. Es este, en efecto, el sacramento específico de los enfermos que viven la última fase de su existencia. La eucaristía como viático es la conclusión del camino eclesial del fiel, iniciado con el bautismo; es el epílogo y el compendio del proceso de la propia pertenencia cristiana; es el definitivo equipamiento para el paso de la comunión sacramental a la comunión física con Jesús; es la espera, iluminada por la presencia privilegiada de Cristo, del cumplimiento del misterio de la muerte y de la resurrección de la persona.

### *La unción de los enfermos*

La catequesis  
sobre el sacra-  
mento de la  
*unción de los  
enfermos*.

174. La unción de los enfermos es la forma propia y más típica de la atención del Cristo total (de Cristo y de la Iglesia) sobre la difícil y fundamental experiencia humana del sufrimiento. Del descubrimiento de este sacramento (a través de una oportuna catequesis y de significativas celebraciones individuales y comunitarias, aptas para

crear una nueva mentalidad), se seguirán grandes ventajas espirituales, consuelo y alivio para aquellos cuyo estado de salud está gravemente comprometido por la enfermedad o por la vejez (cf. ES 137-140).

175. El sacramento de la unción comunica una gracia especial del Espíritu Santo, cuyo efecto propio es el alivio y el fortalecimiento del enfermo, la reunificación de su ser lacerado por la enfermedad, cuyo significado revela y que ayuda a vivir. El enfermo es pues «tranquilizado por la confianza en Dios y obtiene fuerzas nuevas contra la tentación del mal y la congoja de la muerte; puede así no solo soportar valientemente el mal, sino combatirlo y conseguir incluso la salud en el caso de que fuera una ventaja para su salvación espiritual; además, el sacramento concede, si es necesario, el perdón de los pecados y lleva a término el camino penitencial del cristiano» (SC 6).

La *gracia* especial de este sacramento.

176. Más que cualquier otro sacramento, la unción de los enfermos es fuente de ansiedad para el enfermo y sus familiares, y de malestar para los agentes pastorales. Esto sucede especialmente en los hospitales generales, donde la propuesta sacramental está muchas veces unida a la condición de extrema gravedad del enfermo. Si el binomio «unción de los enfermos – muerte» sigue estando vivo en la mentalidad popular y en la de muchos pastores, es no obstante irreversible la línea que la renovación litúrgica promovida por el Concilio Vaticano II ha dado a la comprensión y celebración de este sacramento.

Desmontar el binomio sacramento de los enfermos y muerte.

177. Aun advirtiendo el peso de este particular aspecto de nuestra misión, consideramos un deber importante para nosotros la promoción de una mentalidad nueva en relación con la unción de los enfermos. Para lograr este objetivo adoptemos un comportamiento equilibrado, no asumiendo posiciones extremistas. Cuando encomendamos al enfermo al Señor, si dudamos de que está realmente muerto, administraremos el sacramento bajo condición. No se lo negaremos al enfermo inconsciente si la unción es pedida por los familiares o por el personal que atestigüe la fe del enfermo.
- Conseguir que el *personal* sea sensible a este sacramento.
178. Eduquemos al personal de enfermería a discernir, en base a la propia responsabilidad profesional, el tiempo propicio para la celebración de la unción de los enfermos y a considerar este sacramento como un acontecimiento libre y responsable que no debe estar a la misma altura que los gestos de médicos o enfermeros.
179. Cada vez que se presente la oportunidad, realicemos la celebración comunitaria de la unción de los enfermos para implicar a la comunidad en la celebración, cooperando en la creación de una nueva mentalidad en los participantes en relación con este sacramento.
- Valor de la celebración *comunitaria* del sacramento.
180. La celebración del sacramento de la unción de los enfermos no debe ser un acto solitario, realizado en medio de la indiferencia de quienes se mueven en el sector. Que la presencia de Cristo al lado del enfermo, actualizada por el sacramento, se haga visible por la participación significativa de los que le rodean y se inserte en el servicio ofrecido de manera humana al enfermo.

181. El rito de la *recomendación de las personas al final de la vida*, que puede ser presidido por laicos, no debe ser comprometido o sacrificado a causa de una atmósfera distraída, indiferente o asustada que a menudo caracteriza a los ambientes donde mueren los enfermos. Realizada con discreción y adaptada a las particulares situaciones encontradas, constituye una válida ayuda para el enfermo y para sus familiares.
- La *recomendación* de las personas al final de la vida.

### 3. La diaconía

182. La historia del ministerio camiliano demuestra claramente que el anuncio de la Palabra va acompañado por las obras: «Si no creéis en mis palabras, creed al menos en las obras que realizo» (Jn 14,11).
- Anuncio de la palabra y *obras*.
183. La diaconía ejercida a través de una variedad de iniciativas encuentra iluminación en la Palabra que anunciamos y recibe de la eucaristía su sentido y su estilo, hallando en ella no solamente su fuente sino también su norma. No es casual que Jesús uniera estrechamente el servicio con la eucaristía (Jn 13,2-16), pidiendo a los discípulos que perpetuaran en memoria suya tanto la *cena del Señor* como el *lavatorio de los pies*.
184. El ejemplo de la Virgen María nos ayuda a insertar nuestro servicio en el proyecto de Dios. Al declararse *sierva del Señor* nos hace comprender que la entrega incondicional a la soberanía de Dios puede ofrecer al hombre el alfabeto primordial para la lectura de todos los demás servicios humanos. Partícipe de la situación de los pobres,
- La diaconía recibe su estilo de la eucaristía y del ejemplo de la *Virgen María*.

experta en el sufrimiento, María es icono de la atención vigilante y de la compasión con quien sufre (cf. C 68).

*Diaconía como cooperación en la acción de Dios creador.*

185. A través de la promoción de la salud (medicina preventiva, educación sanitaria, salud primaria...), del cuidado de la enfermedad y del alivio del dolor, cooperamos en la obra de Dios creador (cf. C 45). Al venir en medio de los hombres (Jn 10,10), el Señor actúa en y a través de las mediaciones humanas para que esa plenitud de vida se consiga.
186. El recorrido hacia esa plenitud de vida es emocionante, pero no libre de sufrimiento, como indican las palabras de Pablo: «Sabemos que toda la creación gime y sufre hasta hoy dolores de parto...» (Rom 8,22). Se desprende de ahí que la perspectiva en la que se inscribe nuestro servicio es la escatológica. Nos anima la esperanza de los «cielos nuevos y la tierra nueva» (2 Pe 3,13), en el *ya sí pero todavía no* del tiempo presente mientras curamos las heridas de los cuerpos y de las almas y nos empeñamos en la promoción de la salud.

### *Nuestras obras*

*Nuestras obras, fruto de la fidelidad creativa al carisma camiliano.*

187. El servicio realizado a través de las instituciones sanitarias y socio-sanitarias pertenecientes a la Orden *–obras propias–* es relativamente reciente. Efectivamente, las primeras aparecieron hacia finales del siglo XIX. La apertura a una forma de ministerio nunca realizada anteriormente indica que la fidelidad al carisma

transmitido por el Fundador es creativa. Un sano discernimiento de los signos de los tiempos hace que sean oportunas, e incluso necesarias, nuevas modalidades de apostolado. A lo largo de un siglo, las *obras propias* han crecido en número y en importancia, especialmente después de la apertura de las misiones en los países en vías de desarrollo.

188. Las perplejidades y las discusiones que han acompañado a *Nuestras obras* desde su nacimiento, especialmente en el mundo occidental y en el inmediato periodo posconciliar, indican la voluntad de la Orden de mantenerlas correspondiendo al carisma. De manera gradual, el debate ha adquirido un aspecto más constructivo, induciendo a insistir especialmente en los criterios que deben presidir la gestión de las *Obras de Iglesia* y su finalidad evangelizadora, proponiendo modelos de asistencia humana y cristiana ejemplares para el mundo de la salud.

Las finalidades de las *obras propias* es la evangelización por medio de la caridad.

189. Para este fin, con la aportación de representantes de toda la Orden, se elaboró un *Documento de identidad de las instituciones sanitarias y socio-sanitarias camilianas* (2001). En él se describe en primer lugar su *misión*, que consiste en «testimoniar y encarnar en el mundo de la salud y de la enfermedad la acción salvífica, misericordiosa, terapéutica y saludable de Cristo. Esta se realiza mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación. Se concede una atención especial al alivio del dolor, al acompañamiento humano y espiritual de los enfermos y a la evangelización, cuya forma

El *Documento de identidad* de las instituciones sanitarias y socio-sanitarias camilianas.

culmen es la celebración de los sacramentos, en los que se realiza la salvación anunciada».

190. Se resumen en un *decálogo* los valores que deben guiar las *obras propias* para ser fieles al carisma del Instituto:

#### La *centralidad* de la persona humana

- «Las instituciones socio-sanitarias camilianas (ISC) ponen a la *persona humana* en el centro de la acción directiva y asistencial, que está fundada en el reconocimiento y el respeto de la dignidad inviolable de todo ser humano, por haber sido creado a imagen y semejanza de Dios.

#### Al servicio de la *vida*

- Las ISC están al servicio de la *vida y de la salud* en todas sus dimensiones (física, biológica, psíquica, social, espiritual) y en todas las fases de la existencia humana. Se manifiestan particularmente sensibles a su promoción, defensa y calidad especialmente en los momentos de mayor vulnerabilidad.

#### Promoción de los *valores humanos y cristianos* en la línea del carisma camiliano

- Las ISC son uno de los lugares donde practicar los *valores evangélicos*; en primer lugar, el amor gratuito con el prójimo que sufre, la atención solícita y fraterna, la solidaridad y la capacidad de servicio. En cuanto obras eclesiales que se inspiran en la rica tradición y espiritualidad camiliana, las ISC se proponen

como lugares de humanidad y de excelencia, de cultura de la salud y de evangelización.

#### Respeto de la *dimensión ética* del servicio

- En el respeto de la *dimensión ética* del servicio a la vida y a la salud, las ISC promueven la investigación científica y el diálogo para la iluminación y la confrontación con las diversas problemáticas bioéticas, traducen fielmente en la práctica la doctrina moral de la Iglesia católica, también con el recurso al derecho individual e institucional a la objeción de conciencia, ayudadas en esto con adecuados comités de ética.

#### Valoración del *personal*

- Las ISC valoran de manera especial a las *personas que trabajan en ellas*. La Orden considera a sus colaboradores parte integrante de la “comunidad sanadora” presente en la obra. Por consiguiente, como centros de una verdadera alianza terapéutica y saludable, las ISC se comprometen a promover un clima impregnado de humanidad, de diálogo y de corresponsabilidad, y realizan una política de los recursos humanos capaz de favorecer la motivación personal, la realización y la puesta al día de la formación de todos los colaboradores. La profesionalidad, la competencia, la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo, la investigación, la enseñanza y la formación continua son valores y tareas que las ISC se comprometen a promover y favorecer.

### *Gestión* inspirada en la justicia y la equidad

- Las ISC adoptan un modelo de *gestión administrativa* respetuoso de los valores éticos, inspirado en el principio de justicia y equidad. Juntamente con la transparencia de la gestión, tienden a la utilización racional de los recursos disponibles y a la mejora de los conocimientos técnicos, científicos, humanistas y religiosos que garanticen la mejor calidad del servicio.

### *Acompañamiento pastoral* de los enfermos respetando a las personas

- El significado y la visibilidad eclesial de las ISC requieren el esfuerzo compartido para una nueva evangelización. Por consiguiente, las ISC realizan con esmero una *acción pastoral* con todos, especialmente con los enfermos, con los hospitalizados, con sus familias y con todos los agentes sanitarios. Este servicio es ofrecido con espíritu ecuménico a los creyentes de toda confesión religiosa solicitando la implicación y la colaboración de la comunidad cristiana.

### Inserción en el *territorio* y colaboración con otras instituciones

- Las ISC son un *espacio abierto e insertado en el territorio*, lugar de irradiación de cultura y promoción de la salud, de alianzas a favor de una mayor calidad de vida para todos. Por ello se integran en la red sanitaria y en el tejido de la sociedad, colaboran gustosamente con otras instituciones afines y favorecen la acción del voluntariado en su interior y en el territorio.

### Atención a los *enfermos pobres*

- Las ISC ofrecen preferentemente sus actividades a los *enfermos más pobres* y a las franjas sociales excluidas o marginadas, a las cuales ofrecen no solo una adecuada asistencia, sino también la posibilidad de una verdadera promoción humana y social. Sensibles a las exigencias de una globalización de rostro humano y cristiano, las ISC promueven modos de colaboración internacional y favorecen iniciativas de hermanamiento con instituciones de los países en vías de desarrollo.

### Apertura a la *verificación* de lo realizado

- En cuanto realidades vivas, dinámicas y provisionales, las ISC estudian y establecen, con espíritu de apertura a los signos de los tiempos, estrategias y medios de *verificación* y de *valoración* de lo realizado, a fin de favorecer la mejora del servicio y, si fueran necesarias, la renovación, la transformación e incluso la alienación de la propia estructura».

### *El servicio a domicilio*

191. San Camilo consideraba las casas privadas el *mare magnum* donde ejercer el ministerio con los enfermos. Durante siglos, esta modalidad de servicio tuvo siempre una gran importancia, hasta el punto de suplantar la de los hospitales. Padres y Hermanos se fueron alternando para curar el cuerpo y el espíritu de muchas personas encerradas en sus casas, poniendo en práctica el privile-

Una modalidad de ministerio a recuperar...

gio concedido por san Pío X a nuestra Orden de celebrar la eucaristía en las habitaciones de los enfermos (cf. DG 27).

... aprovechando los recursos presentes en el territorio.

192. Las transformaciones socio-económicas, juntamente con la reducción numérica de los religiosos, han contribuido a reducir sensiblemente este tipo de ministerio. Respondiendo a las numerosas peticiones que nos llegan con ocasión de encuentros y de Capítulos y teniendo presente que la moderna asistencia sanitaria tiende a valorar el servicio domiciliario, especialmente a quien sufre enfermedades crónicas o está viviendo la fase terminal de la vida, estudiamos modos nuevos de ejercer este servicio, cooperando, donde es posible, con asociaciones dedicadas a este tipo de asistencia (cf. DG 26).

### *Parroquias y rectorías*

Imprimir una *nota camiliana* en el ministerio ejercido en las parroquias y rectorías.

193. Al ejercer el ministerio en las parroquias y rectorías a nosotros confiadas, nos implicamos activamente en la vida diocesana, ofreciendo una aportación específica a la pastoral de la Iglesia local a través de la animación de comunidades que se distinguen por la atención prestada a los pobres y a los enfermos (cf. DG 29). Por medio de iniciativas especiales (día del enfermo, del anciano, celebraciones comunitarias de la unción de los enfermos, misión parroquial...) responsabilizamos a los fieles en el compromiso con los pobres y los que sufren. A la atención a los enfermos y los ancianos debe unirse la promoción de la salud realizando proyectos de prevención y propiciando estilos de vida sanos y saludables.

194. Colaborando con grupos de voluntarios implicados en el campo de la caridad y de la asistencia llegamos a los enfermos en sus familias y en las instituciones sanitarias y socio-sanitarias presentes en el territorio de la parroquia, de modo que se asegura así la presencia de la comunidad.

### *Centros de formación*

195. En las últimas décadas, a los ministerios tradicionales se han añadido modalidades nuevas de servicio a los enfermos y de promoción de la salud: los institutos dedicados a la formación en el ámbito de las ciencias de la salud y de la pastoral. Juntamente con el *Camillianum* de Roma y el *Centro Universitario São Camilo* de Brasil, ha habido en varias Provincias y delegaciones un florecimiento de *Centros de humanización y de pastoral*. El ministerio de la formación.
196. El reconocimiento en la Constitución de estas nuevas formas de actividad como parte integrante del ministerio se basa en la convicción de que estamos llamados a unir a la necesaria e insustituible *proximidad* al enfermo, la *evangelización* del personal de toda categoría, el empeño en la investigación y en la enseñanza de las disciplinas relacionadas directa o indirectamente con la pastoral, la ética y la bioética. Esta dilatación de horizontes supone activar la *conversión a los estudios* de san Camilo, que ha tenido dificultades a lo largo de los siglos para afirmarse en nuestra Orden. Mantener viva la *finalidad evangelizadora* de los Centros de formación respetando un sano pluralismo de iniciativas.

Promover una cultura rica en valores humanos y evangélicos.

197. Aunque la nomenclatura y los programas de tales *Centros de formación* varían de un lugar a otro, hay un elemento que los asemeja, y es la voluntad de promover una cultura impregnada de valores auténticamente humanos y cristianos y de irradiar el espíritu camiliano a través de una actividad de formación y animación dirigida a todas aquellas personas que, por profesión o por elección voluntaria, están directamente comprometidas en el mundo de la salud.

198. La cualificación *pastoral* de los Centros camilianos de formación, también en los casos en los que no aparece visiblemente, indica su inserción en la misión de la Iglesia, cuyo fin es la evangelización, es decir, el anuncio de la buena nueva de la salvación. Esto comporta que todas las actividades realizadas por nosotros están orientadas, explícita o implícitamente, a este fin.

Poner de manifiesto la dimensión evangelizadora de los Centros.

199. La dimensión evangelizadora de la formación realizada en nuestros Centros se expresa con modalidades diferentes: la atmósfera que caracteriza el ambiente, el testimonio personal, la concepción antropológica que subyace a las clases, el anuncio explícito... Son ingredientes esenciales el respeto a las personas, el talante propositivo que abre nuevos horizontes, la determinación de metas progresivas que invitan a la profundización de los temas sobre el mundo de la salud.

200. En el ofrecimiento de propuestas formativas intentamos un sano equilibrio entre las iniciativas referidas específicamente a la pastoral (pastoral sanitaria, educación pastoral clínica, relación pastoral de ayuda, cursos de espiritualidad, pro-

gramación pastoral, programas de formación en la ética sanitaria, la pastoral litúrgica en el mundo de la salud...) y las que, por su contenido, no tienen una específica característica pastoral, sin descuidar su búsqueda.

201. Nuestro compromiso en el sector de la formación y de la animación encuentra un impulso en las palabras de la exhortación apostólica *Vita consecrata*: «Teniendo en cuenta las grandes transformaciones culturales de nuestro tiempo, adviertan (las personas consagradas) la urgencia de intervenir en los sectores de la humanización y de la bioética. Empéñense por el respeto, la promoción y la defensa de la dignidad y sacralidad de la persona y de la vida humana desde que es concebida hasta el final natural, en plena conformidad con la enseñanza moral de la Iglesia, promoviendo también centros de formación sanitaria y de pastoral especializada» (n. 83). Es también significativo el mensaje dirigido por Juan Pablo II en 1995 a los capitulares de nuestra Orden y de la Congregación de las Hijas de San Camilo: «Os exhorto a unir siempre a la insustituible proximidad al enfermo la evangelización de la cultura sanitaria para testimoniar así la visión evangélica del vivir, del sufrir y del morir. Es este un cometido fundamental que debe ser realizado por los institutos de formación de vuestras Familias religiosas» («Osservatore Romano», 20 de mayo de 1995, n. 5).

## *La asistencia pastoral*

El *acompañamiento pastoral*, forma privilegiada del ministerio camiliano.

Crecimiento de la identidad del *capellán*.

El auxilio de las *ciencias humanas* del comportamiento.

202. Entre las formas de servicio realizado por la Orden, ocupa un lugar destacado la asistencia pastoral, recomendada por la Constitución, que invita a interesarse por «la pastoral de las instituciones eclesíásticas y civiles comprometidas en la asistencia a los enfermos y pobres» (C 54).
203. Según recientes estadísticas, el ministerio del asistente espiritual o capellán agrupa actualmente al número más alto de religiosos camilos y es ejercido en todos los países donde nuestra Orden está presente. Estos datos nos indican la importancia de este servicio que hace honor a la afirmación evangélica: «Estaba enfermo y me visitasteis» (Mt 25,36).
204. Durante los últimos decenios se han ido creando las condiciones para una mejora de la asistencia espiritual en los hospitales. A la mayor conciencia que la Iglesia ha adquirido de este ministerio, hasta el punto de colocar la figura del capellán de hospital en el nuevo *Código de derecho canónico*, ha correspondido también una mayor sensibilidad de la legislación civil que asegura a los enfermos la asistencia religiosa.
205. La reflexión eclesiológica y pastoral permite que se vea este ministerio bajo una nueva luz, ampliando sus ámbitos y señalando con más precisión las modalidades de realización. Las ciencias humanas del comportamiento ofrecen a los agentes pastorales nuevos instrumentos para hacer más eficaz la comunicación del mensaje de la salvación. Como afirma Juan Pablo II, «es

necesario que esta preciosísima herencia, que la Iglesia ha recibido de Jesucristo, “médico de la carne y del espíritu”, no solo no disminuya jamás, sino que sea valorizada y enriquecida cada vez más mediante una recuperación y un decidido relanzamiento de la *acción pastoral para y con los enfermos y los que sufren*» (CL 54).

206. En las instituciones sanitarias en las que trabajamos, nos afanamos para que nuestro ministerio sea insertado en el cuadro de los servicios ofrecidos a los enfermos, conscientes de que este debe contribuir eficazmente a la realización del acercamiento global a la persona, tan recomendado por la actual filosofía asistencial. *Valor terapéutico del acompañamiento pastoral.*
207. En línea con la eclesiología de comunión, promovida por el Concilio Vaticano II, estamos abiertos a construir en las *obras propias* y en las instituciones sanitarias y socio-sanitarias públicas la *capellanía hospitalaria*, «compuesta por uno o más sacerdotes a los que pueden agregarse diáconos, religiosos y laicos» (PSCI 79). La acción sinérgica producida por la colaboración de diversos carismas imprime mayor eficacia al ministerio. *La capellanía hospitalaria y el consejo pastoral hospitalario.*
208. Uno de los objetivos de la capellanía hospitalaria consiste en «promover y coordinar todas las fuerzas presentes en la comunidad hospitalaria», sirviéndose de instrumentos idóneos, entre otros el *consejo pastoral hospitalario* (PSCI 80).

### *Camillian Task Force*

*La respuesta de san Camilo a las necesidades ocasionadas por desastres naturales y guerras.*

209. Una de las modalidades adoptadas por san Camilo en el ejercicio del ministerio consistió en responder a las necesidades urgentes creadas por las pestes y los desastres naturales. Recordar algunas ayuda a darnos cuenta de esta forma singular de activar nuestro carisma.
- En 1589, en algunos barcos que habían llegado al puerto de Nápoles se declaró una violenta epidemia. De los religiosos camilos llamados a asistir a las víctimas, tres murieron en el ejercicio de su ministerio.
  - En los dos años siguientes se extendían por toda Roma la carestía y la peste. Camilo organizó una asistencia capilar «desde Quattro Fontane hasta Porta Pia», y abrió un hospital (300 camas) en Via delle Carrozze, junto a Santa Maria in Cosmedin. Instituyó junto a la casa de la Magdalena un centro de asistencia para los enfermos y los pobres de la zona y organizó allí una escuela de enfermería para preparar a sus compañeros a cuidar a los enfermos con competencia y amabilidad. Otros cuatro religiosos y un novicio perdieron la vida mientras asistían a los apestados en el hospital de San Sixto.
  - En 1600 Camilo fue a Noia, donde había estallado una violenta peste bubónica. El obispo le nombró vicario de la diócesis para todo el periodo de la epidemia. Cinco religiosos murieron atendiendo a los apestados.
  - Más tarde, en 1612, la Consulta general pidió a Camilo que fuera a Buquianico, su pueblo

natal, para confortar y ayudar a sus paisanos afligidos por una terrible carestía.

- También la asistencia a los soldados heridos en batallas entró en el programa de Camilo. En 1595 se dirigió a Trento para dar directrices prácticas a un grupo de sus religiosos destinados a seguir al ejército pontificio comprometido en Hungría en la guerra contra los turcos.

210. Esta tensión espiritual que llevaba al Fundador a hacer prioritaria la atención a las necesidades emergentes no se perdió con el paso del tiempo. Recientemente apareció de forma oficial, en el Capítulo general de 1995, con la invitación a «crear un equipo de religiosos camilos con vistas a una ayuda humanitaria en catástrofes naturales y situaciones de emergencia» (cf. DG 17).

211. Las tragedias que frecuentemente afligen a tantos países, suscitando la solidaridad de la comunidad internacional, han impulsado a nuestra Orden a dar concreción a esa línea operativa con la institución de una *Task Force* destinada a este fin.

Validez de la  
*Camillian Task  
Force* y de las  
ONG.

212. En esta línea deben ser promovidos organismos como las ONG, surgidos en los ámbitos general y provincial para ir al encuentro de las necesidades de los pobres y de los enfermos, especialmente en los países en vías de desarrollo.

### *Nuestros ancianos y enfermos*

213. Siguiendo las indicaciones de la Constitución (n. 18), «tratamos con especial atención a los her-

manos ancianos e impedidos. Asistimos con caridad diligente a nuestros religiosos enfermos».

También en situación de enfermedad y discapacidad está llamado el *religioso camiliano* a ejercer el ministerio.

214. La imposibilidad de ejercer el ministerio activo, a causa de la edad o de la enfermedad, no nos exime de buscar otros modos de colaboración en el crecimiento del Reino de Dios en el mundo de la salud. Con la oración, el sacrificio y la bondad podemos cooperar eficazmente en el crecimiento del proyecto camiliano, viviendo con generosidad nuestra condición a la luz del misterio pascual y poniendo a disposición de las personas y de las comunidades la sabiduría acumulada durante una larga experiencia de vida y de apostolado (cf. C 59).

#### *Actividades no ligadas específicamente a nuestro ministerio*

Mantener la *identidad* camiliana.

215. A los religiosos comprometidos en actividades no relacionadas directamente con nuestro ministerio específico, la Constitución les recomienda que mantengan intacta y viva la *identidad camiliana*, evitando el riesgo de considerar el trabajo más desde el punto de vista de la profesión que del ministerio, o de diluir, y hasta de perder, la especificidad del ministerio propio del Instituto (cf. C 59).

## Capítulo V

### Los destinatarios de nuestro ministerio

#### 1. El enfermo y sus familiares

216. La primera categoría de personas a las que se dirige nuestro ministerio está constituida por los enfermos. Para servirles física y espiritualmente, san Camilo fundó nuestra Orden. Al cuidado de los enfermos, fin de nuestra *celestial vocación*, como afirmaba el padre Camilo Cesare Bresciani, dedicamos nuestras fuerzas, conscientes de que, al servirles, encontramos a la persona misma de Jesús.
217. Son diversas las patologías que afectan a las personas y múltiples los modos con que los hombres y las mujeres reaccionan ante la enfermedad. La Biblia contiene una rica tipología de enfermos. Junto a Tobías, que acepta la enfermedad como venida de las manos de Dios, se encuentran otros que caen en la depresión o se rebelan con fuertes acentos de cólera. El *grito de Job* encuentra eco en las habitaciones de los hospitales, y en las casas donde los enfermos viven con sus seres queridos la evolución de su enfermedad. Leyendo los *Salmos* nos encontramos con muchas oracio-
- El *enfermo*, primer fin de nuestro ministerio.
- Las diversas *tipologías* de enfermos...
- y las múltiples reacciones a la enfermedad.

nes que los enfermos dirigen al Señor. ¿Cómo no recordar los lamentos acongojados en los que tienen eco las palabras de Cristo en la cruz: «Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado?», unidas a un sentimiento de confianza: «Padre, en tus manos encomiendo mi espíritu»?

218. Nuestra experiencia nos lleva a encontrar víctimas del sufrimiento que yacen a orillas del camino que lleva de Jerusalén a Jericó. Su condición las confina a menudo en los márgenes de la sociedad. En los países en vías de desarrollo esto sucede a causa de la pobreza, y en los del mundo occidental porque su presencia molesta al estilo de vida típico de la cultura en la que se encuentran viviendo. Son los leprosos de los tiempos de Jesús que ahora asumen otros nombres: enfermos de sida, víctimas de la droga, ancianos no autosuficientes, enfermos mentales. Muchos de ellos no tienen voz, son incapaces de proclamar sus derechos, no tienen compañía, están confinados en una soledad angustiosa, como *desterrados*.
219. Al deshojar el gran libro del sufrimiento físico y psíquico nos encontramos con historias que tienen que ver con niños, jóvenes, adultos y ancianos, afectados por las más diversas enfermedades. Junto a personas víctimas de dolencias pasajeras se encuentran enfermos con tumores, enfermos crónicos, personas al final de la vida, víctimas de las nuevas enfermedades sociales. Nuestras mismas comunidades nos ofrecen la ocasión de convivir con hermanos ancianos discapacitados a los que estamos llamados a socorrer «con especial atención» (C 18).

220. La gran diversidad de enfermos y de sus reacciones a la enfermedad no nos impide percibir algunos rasgos que, de alguna manera, son comunes a todos. Un primer efecto causado por la enfermedad es la nueva relación con el propio cuerpo. El enfermo puede tener la sensación de ser víctima de una *traición* por obra de una parte esencial de sí mismo que antes le obedecía. Al sentido de traición se añade también la *vergüenza*, porque las transformaciones causadas por la enfermedad inciden negativamente en la imagen de sí mismo. Ese sentimiento se hace más agudo en los contextos culturales en los que los criterios de valoración se basan en la vitalidad, la belleza y la perfección corporales.
221. Según la gravedad de la enfermedad, el enfermo puede advertir notables cambios en la capacidad de *satisfacer sus necesidades fundamentales*. Desde las físicas a las emotivas y espirituales. También la escala de valores está sujeta con frecuencia a importantes modificaciones. Lo que la persona consideraba relevante cuando estaba sana, en los momentos de enfermedad puede perder significado y atracción.
222. La situación se agrava cuando a la mente del enfermo se asoman todas las consecuencias que se derivan de la enfermedad en los niveles individual, familiar y social. La enfermedad, en efecto, interrumpe y desorganiza, más o menos bruscamente, el ritmo habitual de la vida; es una situación que, si es especialmente de cierta gravedad o perduración en el tiempo, modifica posiciones profesionales y relaciones familiares consideradas seguras.
- Características comunes.

223. Suaves o fuertes, según la personalidad y la naturaleza y gravedad de la enfermedad, las reacciones del enfermo a la propia enfermedad son siempre expresiones de una *angustia profunda*. La condición de enfermedad induce en el enfermo la aguda convicción de no estar en el centro del universo, como a menudo hace creer un antropocentrismo moderno, no bíblico sino prometeico.
- Mecanismos de defensa. 224. Reacciones frecuentes al sentido de frustración y de pérdida causado por la enfermedad son la ansiedad, la agresividad y la depresión. Una defensa bastante común a la que recurre el enfermo es la *regresión* emotiva y de comportamiento que le lleva a mostrarse egocéntrico y dependiente, concentrando su atención en las necesidades más elementales.
- Los efectos de la hospitalización. 225. Estas intensas molestias físicas, emotivas y espirituales, se ven frecuentemente agravadas por las consecuencias negativas de la hospitalización. La metáfora del hospital, en los países altamente desarrollados, es la de una organización del cuerpo humano en partes individuales: las diversas secciones del hospital ¿no remiten a una imagen del cuerpo humano distribuido en «secciones corporales», donde la persona desaparece precisamente porque su corporeidad está fragmentada en «objetos» singulares separados entre sí?
- ¿Cómo cantar en el *destierro*? 226. En esas ocasiones, muchos enfermos no pueden dejar de sentirse en el *destierro*, donde el deseo de cantar a la vida ha desaparecido, dando espacio a la pregunta: ¿Por qué justamente a mí? Esta pregunta, con frecuencia dirigida a Dios, es reveladora de la percepción de la enfermedad

como *misterio* y es manifestación de la tentativa de encontrar un sentido a la vida en una situación que aparece carente de ella.

### *El ministerio con los enfermos*

227. El ministerio con los enfermos nos exige hacer nuestras las actitudes de Cristo y de Camilo para hacer madurar nuestro carisma en expresiones adecuadas a las situaciones afrontadas, sirviendo con amor y competencia a los enfermos y enseñando a los otros cómo servirles.
228. Nuestra primera tarea es trabajar para traducir, en modalidades aptas para nuestro tiempo, la afirmación de Camilo, según la cual *los enfermos son nuestros dueños y señores*. La *centralidad* del enfermo, afirmada también por los programas sanitarios asistenciales modernos, debe encontrar en nosotros promotores creativos y constantes, realizando este objetivo en primer lugar en *Nuestras obras* y colaborando en los proyectos humanizadores organizados por otros organismos religiosos y laicos.
229. Como nuestro Fundador, afirmamos el valor de la persona de los que sufren, haciendo nuestras las *Cartas de los derechos de los enfermos*, elaboradas en estos últimos años. La atención debida al enfermo no es una benévola concesión, sino un derecho inalienable. Persona cuya dignidad no queda dañada por la enfermedad de la que es víctima, el enfermo no debe sufrir discriminación ni ser privado de su autonomía y de su derecho a participar responsablemente en los
- Los *enfermos*,  
nuestros señores  
y dueños.
- La defensa  
de los *derechos*  
del enfermo  
uniendo justicia  
y caridad.

cuidados que le son aplicados. No siendo nunca solo objeto de las prestaciones sanitarias, debe recibir una información suficiente sobre cuanto tiene que ver con él, sobre su estado de salud, sobre los cuidados que le son suministrados y sus relativos efectos.

230. No olvidemos subrayar que los servicios realizados por la sociedad a los enfermos sobre la base de la justicia necesitan ser acompañados de ese pequeño algo más que es el amor que, de acuerdo con el evangelio, es necesario para que, incluso lo que es justo y esencial, sea posible.
231. La defensa de los derechos de los enfermos va unida a la ayuda que se les ofrece para que, juntamente con sus familiares, asuman sus propias responsabilidades ante la enfermedad, superando la actitud de pasividad y de dependencia (cf. C 46).

El enfermo, *sujeto activo* de la misión eclesial.

232. Valoramos a la persona del enfermo reconociéndole «sujeto activo y responsable en la obra de evangelización y de salvación» (C 54). El cristiano, en efecto, a través de la viva participación en el misterio pascual de Cristo, puede transformar su situación de sufrimiento en un momento de gracia para sí mismo y para los otros, encontrando en el dolor y en la enfermedad «una vocación para amar más, una llamada a participar en el amor infinito de Dios por la humanidad». Los acontecimientos negativos de la vida, sin excluir la enfermedad, la discapacidad y la muerte, son «realidad redimida» (SD 19) por Cristo y asumida por él como «medio de redención» (SD 26).

233. La valoración de los enfermos, de su testimonio en la Iglesia y de la aportación específica que pueden dar a la salvación del mundo, requiere un trabajo de educación amorosa que debe realizarse no solo en las instituciones sanitarias a través de un acompañamiento apropiado, sino también, y de un modo muy especial, en las comunidades parroquiales y en el ámbito de las asociaciones que agrupan a los enfermos. Conviene asimismo que los enfermos sean introducidos en los organismos eclesiales y que se promuevan iniciativas especialmente dirigidas a ellos: ejercicios espirituales, encuentros formativos, prensa, audiovisuales...
234. Acogiendo la exhortación de san Camilo, nos empeñamos en acercarnos al enfermo en la totalidad de su ser, conscientes de que detrás de toda enfermedad se encuentra la presencia de un ser humano que la estructura de forma única, haciendo de ella un elemento de su biografía. Con nuestro comportamiento y nuestra enseñanza transmitimos el mensaje de que el enfermo debe ser considerado como unidad psicofísica, como racionalidad intrapersonal e interpersonal, como espiritualidad y esencial relación con el Trascendente.
235. Acogiendo la exhortación de san Camilo: «Hermanos, más corazón en esas manos», ponemos en el servicio del enfermo la totalidad de nuestro ser: conocimientos y afectividad, técnica y corazón. Esta implicación afectiva, objeto de atención y de búsqueda también en el mundo sanitario de hoy, cuando se subraya la importancia de una síntesis del *curar* y del
- Hacer posible al enfermo el desarrollo de su aportación a la promoción del Reino.
- Acercamiento global al enfermo.
- Unir inteligencia y amor.

*hacerse cargo*, debe encontrar en nosotros unos promotores eficaces.

Ayudar a los enfermos a transformar la enfermedad en una ocasión de crecimiento humano y espiritual.

236. Objetivo de nuestro ministerio es la salvación de todos los enfermos. Este fin se hace explícito en la relación con los «enfermos creyentes». La Constitución nos exhorta a trabajar para que «vivan la vida en Jesucristo y alcancen la santidad a la que son llamados» (70). El logro de esta meta se ve con frecuencia obstaculizado por los interrogantes existenciales sobre el sentido de la vida, del sufrimiento y de la muerte, por momentos de duda y deseo de rendirse. Entre los diversos estilos de intervención, la Constitución sugiere el *mayéutico*, que consiste en ayudar al enfermo a comprometerse él mismo en una búsqueda, inspirada en el evangelio, de respuestas que den tranquilidad a su espíritu.

Ser signos de esperanza.

237. El primer instrumento para acompañar espiritualmente al enfermo es nuestra persona. Una proximidad respetuosa y cálida (cf. C 44) nos hace ser *signos de esperanza*, auténticos mediadores de la salvación realizada por el Señor. El mensaje evangélico debe ser, por tanto, transmitido en el interior de una fuerte relacionalidad, basada en la escucha empática. Al hacernos compañeros de viaje, respondemos a la invocación que el enfermo nos dirige: «Vigilad conmigo» (Mt 20,32).

*El acompañamiento a las personas al final de la vida y a las personas en duelo*

238. Debemos estar atentos a las diversas características de los enfermos, que se derivan de las patologías de las que son víctimas y de la cultura en la que viven, adaptando nuestras intervenciones a su particular situación. Con una mirada atenta a la tradición de la Orden, la Constitución nos exhorta a asistir «con especial solicitud a los enfermos en fase terminal y a las personas al final de la vida, procurando que, conscientes del misterio pascual, se entreguen en las manos del Padre» (C 49).
239. Tratemos de comprender las características psicológicas y las especiales necesidades de esta categoría de enfermos con el fin de hacer más eficaces nuestras intervenciones.
240. Teniendo en cuenta nuestro convencimiento de que la gravedad de la enfermedad puede ser una condición indispensable para una apropiada preparación a la muerte, colaboramos en la creación de «un clima de solidaridad, de confianza y de esperanza», necesario para que el enfermo pueda sentirse dispuesto a hablar de sus miedos y preocupaciones.
241. Sabemos afirmar la inderogabilidad del derecho del enfermo a conocer su estado de enfermedad. Es importante del mismo modo adoptar modalidades que tengan en cuenta las exigencias emotivas, espirituales y morales del enfermo, ayudando a los familiares y al personal, tanto a evitar la falsificación sistemática de la verdad, como a querer decir la verdad a toda costa. Una comunicación
- El acompañamiento a las personas al final de la vida, punto fuerte de la tradición camiliana.
- Crear las condiciones para una comunicación serena que permita al enfermo manifestar sus miedos y preocupaciones.

Estando atentos a las *pequeñas esperanzas*, abrir el corazón del enfermo a la *gran esperanza* que no defrauda.

*personalizada* de la verdad es fuente de notables ventajas para los enfermos, de igual manera que para quienes los asisten, liberando a la comunicación de reticencias enojosas y de mentiras.

242. Mientras que frente a la realidad de la muerte muchos se comportan como personas «que no tienen esperanza» (1 Tes 4,13), el creyente sabe que para quien ha acogido al Señor, la parábola descendente de la vida no puede ser ya vivida como una parábola de muerte, sino de vida nueva, de gracia y de resurrección. Transmitamos esta certeza a través de nuestros gestos terapéuticos, de un acompañamiento rico en humanidad, de la celebración de los sacramentos, especialmente la eucaristía y la unción de los enfermos. Somos conscientes de que al hacernos cargo del enfermo y de quien se encuentra al final de la vida, al ayudarles para que, mientras el *hombre exterior* se va descomponiendo, el *hombre interior* se renueve de día en día (cf. 2 Cor 4,16), cooperamos en el proceso de *resurrección* que el Señor ha introducido en la vida y en la historia de los hombres con el misterio pascual, que encontrará su pleno cumplimiento al final de los tiempos.
243. La muerte proyecta su sombra sobre todas las personas que están unidas afectivamente con el paciente en fase crítica. Investigaciones psicológicas han demostrado que los miembros de la familia pasan a través de las mismas reacciones emotivas que el enfermo. El agente pastoral que acompaña a personas al final de la vida está, pues, llamado a prestar atención también a los familiares. En muchos casos, cuando se trata de víctimas de accidentes graves, de pacientes inconscientes

o de niños muy pequeños, la familia se convierte en sujeto principal de la atención pastoral.

244. En la fase que precede a la muerte estamos llamados a transmitir a los familiares el espíritu de estas palabras de Jesús: «Esta enfermedad no es mortal» (Jn 11,4). El camino para anunciar esta verdad pasa a través de la participación empática en el sufrimiento que les ha afectado; el respeto de las modalidades a través de las cuales manifiestan su dolor; la ausencia de moralismos cuando su rabia se dirige al Señor; la capacidad de mantener oportunamente el silencio, evitando caer en vanas expresiones de consolación. Particularmente importante es nuestra acción pacificadora en los momentos en que la proximidad de la muerte de un allegado suscita conflictos entre los miembros de la familia, evidenciando formas de inmadurez relacional antes en la sombra. Con sensibilidad y tacto, ayudemos a los miembros de la familia a utilizar los recursos de su fe para hacer frente al dolor y a hacerse responsables del acompañamiento espiritual de su allegado.

Acompañar a los familiares del enfermo terminal ayudándoles a vivir la separación de sus seres queridos confiando en los recursos de la fe.

245. Nuestro ministerio con los familiares continúa después de la muerte de sus seres queridos, ayudándoles a vivir creativamente el período del duelo. Un capítulo del evangelio de san Juan (Jn 11,1-44) es para nosotros una fuente de inspiración. Antes de anunciar a María y a Marta que su hermano Lázaro resucitaría, Jesús compartió su duelo, aceptó sus quejas, lloró con ellas, manifestó hasta qué punto la muerte de un amigo le podía afectar. El ejemplo de Cristo indica que los recursos de la fe pueden ser más fácilmente acogidos cuando se muestra una participación sincera y se

Estar presentes entre los familiares también en la fase de la elaboración del duelo.

La celebración de las *exequias*, ocasión para una catequesis sobre la vida, la muerte y la esperanza cristiana.

aceptan las reacciones típicas del proceso psico-espiritual del duelo, desde el *shock*, pasando por el tumulto de los sentimientos, hasta la resolución positiva.

246. Son numerosos los lugares donde se ofrece la ocasión de acompañar a los familiares en duelo: el hospital, el domicilio, el tanatorio, la iglesia. Los medios de comunicación nos permiten llegar a los lejanos. El rito de las exequias puede traducirse en una verdadera terapia para la familia en duelo si sabemos aprovechar bien los elementos. Tenemos la presencia de la comunidad, el simbolismo de la liturgia, la palabra de Dios. En la homilía se puede hacer una catequesis eficaz sobre las fragilidades de la vida, sobre el tiempo que no se puede exigir sino solo aceptar como una gracia, la necesidad de vivir el presente con autenticidad, la eficacia de la solidaridad comunitaria en los momentos en que es más difícil vivirla, la esperanza cristiana que no desilusiona, la comunión de los santos.
247. Conscientes de que la finalidad del duelo es desarrollar una nueva relación interior con la persona desaparecida, valoramos la doctrina de la *comunión de los santos*. La certeza de que la vida de los que han pasado a la otra orilla no les ha sido arrebatada sino solamente transformada, contribuye a mantener vivo el recuerdo a través de la interiorización de sus valores y alimenta la capacidad de continuar amándoles, aunque ya no estén presentes físicamente.

248. Teniendo en cuenta que, a diferencia de lo que sucedía en el pasado, la gente prefiere una muerte repentina, encomendamos «al Señor, de modo particular, a quienes han sufrido muerte imprevista y violenta» (C 49). La Constitución nos recuerda una forma de acompañamiento, el de la oración de intercesión y de sufragio, siempre posible para quien conserva en su corazón el dolor y los sufrimientos de sus hermanos.
249. Siguiendo el dictado de la Constitución (cf. C 49), nos empeñamos en comprometer a la comunidad cristiana en el apostolado con los enfermos. Viviendo en una sociedad en la que se tiende a negar o apartar la muerte y el sufrimiento relacionado con el morir, las exhortaciones del texto constitucional son una invitación a contribuir al proceso de *resocialización* de la muerte y del morir que, aun cuando fatigosamente, está afirmándose en muchas partes del mundo.
250. Uno de los medios para responder a la invitación de la Constitución consiste en apoyar la filosofía asistencial de los *cuidados paliativos*, que ha encontrado una de las expresiones más significativas en el *hospice*, institución destinada a la asistencia de las personas al final de la vida.
251. Inspirándose en esa filosofía, son numerosos los grupos de profesionales y de voluntarios que asisten y acompañan a los enfermos terminales en el domicilio. Uniendo las técnicas más avanzadas para el control del dolor a las destrezas sugeridas por las ciencias humanas del comportamiento y promoviendo una válida colaboración interdisciplinar, los que ponen en práctica el acercamiento
- La oración por los que mueren de repente.
- Contribuir a la difusión de los *cuidados paliativos* con instituciones propias y con una eficaz presencia pastoral en los *hospice*.

promovido por *los cuidados paliativos* responden a todas las necesidades de la persona enferma terminal, desde las físicas a las morales, permitiendo a los enfermos gozar, aunque sea en los límites que marca la enfermedad, de una apreciable calidad de vida.

### *Atención a las enfermedades sociales y a los pobres*

Hacerse cargo de las víctimas de las enfermedades sociales.

252. La atención a lo que sucede en el mundo de la salud nos confronta con nuevas formas de enfermedad, ligadas también a estilos de vida típicos de la sociedad contemporánea. Se trata de las llamadas *enfermedades sociales* (sida, dependencias varias) que azotan a la humanidad. Sensibles a las necesidades de esta categoría de enfermos, no dudamos en promover iniciativas para responder a ellas adecuadamente, conscientes de que la cultura en que vivimos tiende a marginarlos, catalogándoles negativamente.
253. Tenemos en cuenta especialmente a los enfermos «más pobres y abandonados», respondiendo «a sus necesidades en los países en vías de desarrollo y en las tierras de misión» (C 51), recordando que si el corazón de san Camilo latía por todas partes donde hubiera víctimas del sufrimiento, lo hacía con mayor intensidad cuando el objeto del amor misericordioso eran los más pobres y los últimos.
254. Convencidos de que la elección de los pobres es don de Dios, pidámoselo con humildad y confianza, dispuestos a acogerlo con disponibilidad, amor y gratitud.

255. Nuestras comunidades podrán anunciar y comunicar mejor el evangelio de la salvación del Dios amante de la vida, justamente a partir de los últimos y de los más necesitados, haciéndose presentes donde la vida aparece más amenazada e indefensa. No se trata de una elección partidaria o ideológica, sino de una auténtica perspectiva evangélica, que se convierte en signo de esperanza y salvación para todos en la sociedad actual.
256. Al perseguir este objetivo, recordado vigorosamente en el Capítulo general de 1989, dejémonos ayudar, además de por el deseo de imitar a Jesús y a nuestro santo Fundador, por un análisis atento de los lugares y de las situaciones donde vivimos y trabajamos para descubrir quiénes son los pobres y para elaborar modalidades concretas de respuesta a sus necesidades.
257. Sabemos descubrir a los pobres también en el mundo occidental, no dejándonos deslumbrar por el tenor de vida de la mayoría de la gente. Si muchas situaciones del pasado fueron superadas, otras han surgido. Son visibles en la creciente población de los ancianos, a menudo dejados solos, en los ex enfermos psiquiátricos, en los emigrantes irregulares, y por ello sin ninguna garantía para la salud y el trabajo, en las víctimas de las nuevas enfermedades sociales, como los toxicómanos y los enfermos de sida, para quienes a la enfermedad se añaden con frecuencia condiciones de miseria y de abandono. Una condición que es común a todas estas categorías de personas es la *marginación*.
- A imitación de Jesús y de san Camilo, promover el amor *preferencial a los pobres*.
- Opción evangélica.*

Mantener vivo el empuje misionero y el compromiso caritativo en los países en vías de desarrollo.

Sano pluralismo en la práctica del ministerio.

Acoger los estímulos de los hermanos comprometidos en el servicio de los más pobres.

Luchar por la justicia en el mundo de la salud y promover la solidaridad.

258. Nos comprometemos a mantener alta la implicación de la Orden en los países en vías de desarrollo y en las tierras de misión, donde mayor es el número de los pobres y menos abundantes los recursos destinados a atender a los enfermos.

259. Al poner nuestra atención en el problema de la pobreza en el mundo de la salud, dejémonos guiar por un sano pluralismo, conscientes de que la enfermedad es una forma de pobreza para todos, aunque se ensaña más en quienes carecen de los medios necesarios para afrontarla.

260. Respetamos y apoyamos en la medida de lo posible a los hermanos que, por una particular inclinación, se sienten atraídos hacia formas de ministerio a favor de los pobres. Sabemos ver en sus iniciativas la indicación de nuevas fronteras en las que practicar la caridad. Acompañémosles en el discernimiento y en la puesta en marcha de sus proyectos, asegurándonos de que los mismos sean aceptados por la comunidad local y provincial.

261. Son diversas las posibilidades de realizar la opción preferencial por los pobres. No obstante, en ningún caso debe decaer el deber de promover la *solidaridad*, que hace que nos acerquemos a ellos como *prójimo* y compartamos con ellos, según las circunstancias y las posibilidades, nuestra vida, nuestro tiempo, nuestros recursos y nuestra fe.

262. Siguiendo las indicaciones del Capítulo general de 2007, consideramos un deber nuestro luchar por la promoción de la justicia y de la solidaridad en el mundo de la salud, esforzándonos en prac-

ticarla y hacerla practicar en los contextos donde trabajamos y tratando de influir en los organismos creados para atender la salud y las políticas de la asistencia y del cuidado de los enfermos. Nuestros reclamos serán más eficaces mediante nuestra capacidad para estar cercanos a las personas débiles e indefensas.

263. Un modo de expresar nuestra atención a los enfermos consiste en elegir el ejercicio de nuestro ministerio, no solamente en los grandes centros urbanos, sino también en los lugares menos atendidos, donde escasean los recursos económicos y sanitarios.

264. El amor a los pobres del mundo de la salud recibe su fuerza en la práctica de la pobreza profesada con voto perpetuo, evitando considerar *necesario* lo que es simplemente *superfluo*. En el ejercicio de nuestro ministerio «no pongamos las miras en la recompensa material ni en compensación temporal alguna» (DG 20). Imitemos a san Camilo, trabajemos «por amor a Dios y al prójimo y por el deber que se deriva de nuestra vocación».

La observancia del voto de pobreza y el amor a los pobres.

## 2. Los agentes sanitarios

265. La maduración del carisma en el ministerio no comprende solamente el servicio a los enfermos, sino también la animación y la formación de quienes, por profesión, trabajan en el mundo de la salud. Por ello, en la línea de las indicaciones del Concilio Vaticano II (cf. LG 8; 23; 69; PO 6; AA 8), de los documentos emanados por el magisterio de la Iglesia y de la Constitución, consideramos

La formación y la animación de los *agentes sanitarios*.

«confiada a nosotros toda la familia local en los centros sanitarios y asistenciales» y, empleando «todos los medios de apostolado, nos ocupamos de la formación ética y de la animación cristiana de los trabajadores sanitarios) (C 52 y cf. DG 17).

El servicio a los enfermos como *profesión y vocación*.

266. Esta modalidad de nuestro ministerio asume connotaciones diversas según las personas y los grupos a los que es dirigido. Ayudamos a los agentes a quienes mueve una visión humanista de la vida a redescubrir, gustar y vivir el sentido humano y social de la profesión, que tiene como centro la persona en el difícil momento del sufrimiento; a hacer de la deontología profesional y de la ética, inspirada en los valores auténticos del hombre, un punto constante de referencia (cf. PSCI 53). Que quienes comparten nuestra fe encuentren en nuestro acompañamiento un estímulo para pasar de saber que *pertenecen* a la Iglesia, a convencerse de que *son* Iglesia; a ser conscientes de su vocación, que se realiza al ordenar efectivamente el mundo de la sanidad a Cristo (cf. DG 21); a «vivir la profesión como *vocación y misión*, reservada a ellos por la benevolencia del Padre; a adquirir la más amplia y profunda capacidad profesional, convencidos de que la honestidad y la competencia profesional difícilmente pueden ser sustituidas por otro tipo de celo apostólico; a cooperar con los asistentes religiosos para asegurar un camino de fe a los enfermos que lo piden; a colaborar con las demás asociaciones profesionales sanitarias» (PSCI 53).

Programar procesos formativos para los agentes sanitarios.

267. Entre las iniciativas que pueden favorecer la animación y la formación del personal merecen ser recordadas la promoción de procesos formativos en nuestros Centros de pastoral, la

inserción en los equipos interdisciplinarios (cf. DG 14), los encuentros informales, la enseñanza de la ética en las escuelas para agentes sanitarios y socio-sanitarios, el funcionamiento activo de la capellanía y del consejo pastoral del hospital. No descuidamos el acompañamiento de grupos y de asociaciones de profesionales, conscientes de que el apostolado asociado de los laicos permite la realización de objetivos en los que no es suficiente la acción individual, sino que «se requiere un trabajo de conjunto, inteligente, programado, constante y generoso» (CL 29). Son instrumentos válidos de animación la literatura específica y los medios de comunicación social (cf. DG 12).

268. La eficacia de este ministerio depende no solo de las iniciativas promovidas, sino también de nuestro testimonio y de la capacidad de crear comunión y colaboración a través de un diálogo respetuoso hacia las posiciones divergentes y de la disponibilidad para la confrontación.



## Capítulo VI

### En unión con la Iglesia

269. Dejándonos guiar por el espíritu de la eclesiología de comunión, nos empeñamos en colaborar con la Iglesia universal y particular, ofreciendo la aportación de nuestro carisma al ejercicio de su misión.
270. Las modalidades de colaboración dentro de la Iglesia son numerosas. Está, en primer lugar, la inserción en organismos eclesiales, desde los internacionales hasta los parroquiales. Grande puede ser el influjo ejercido desde estos puntos privilegiados de observación y de programación de la presencia y de la acción eclesial. Debe recordarse también el acompañamiento de las asociaciones y de los grupos comprometidos en el ámbito de la salud, tanto en el nivel profesional como en el de voluntariado. En los organismos que no están específicamente implicados en el mundo de la salud (consejos presbiterales, pastorales...) nos comprometemos a llevar la voz de los enfermos y de los agentes sanitarios.
271. Establecemos contactos significativos con las parroquias sensibilizando a la comunidad parroquial en los problemas de la salud y de la enfer-
- Modalidades de colaboración con la Iglesia en el mundo sanitario.*
- Colaboración con las *parroquias*.

medad y despertando su atención a las necesidades, no solo de los enfermos y de los ancianos residentes en el territorio parroquial, sino también de los internados en los hospitales y en otras instituciones sanitarias y socio-sanitarias.

Sensibilizar el territorio.

272. Del mismo modo, los comprometidos en *Nuestras obras*, especialmente en las que acogen ancianos y portadores de discapacidades físicas y psíquicas, contribuyan a sensibilizar a la población en las necesidades humanas y espirituales de estas categorías de personas.

Diálogo y ejemplaridad.

273. La eficacia de nuestra colaboración con la Iglesia tiene sus puntos de fuerza en el diálogo humilde y valiente, en una justa capacidad propositiva, en una ejemplaridad convincente y en el justo reconocimiento de la autoridad como recurso importante para un ejercicio ordenado del ministerio.

## Capítulo VII

### Nuestros colaboradores

#### 1. Los laicos

274. La implicación de los laicos en la misión de la Orden se remonta a nuestro Fundador, que comprendió la importancia de transmitir a los «seculares» el carisma de la caridad misericordiosa con los enfermos, para llegar al mayor número posible de quienes sufren. Aunque ha sido condicionado por las diferentes visiones eclesiológicas que se han seguido a lo largo de los siglos, el proyecto de san Camilo nunca ha declinado, encontrando un impulso en la doctrina del Concilio Vaticano II. Atenta al soplo del Espíritu, desde entonces la Orden camiliana ha emprendido un prometedor camino de crecimiento para transmitir el carisma y la espiritualidad de san Camilo a un número creciente de laicos, convencida de que «la vida consagrada y la vida de los fieles laicos se enriquecen mutuamente, dando y recibiendo la una de la otra» (VC 32).
275. Si los laicos son una estructura básica de *Nuestras obras*, de las instituciones sanitarias y socio-sanitarias donde realizamos el servicio pastoral,

*La implicación de los laicos en nuestra misión.*

de las parroquias presididas por nosotros y de muchas otras iniciativas apostólicas, se puede entender que nuestra Orden no es un signo perfecto de la presencia de Cristo misericordioso para los hombres que sufren, si un laicado auténtico no se pone al lado de los religiosos para colaborar con ellos (cf. AG 23).

Diversos grupos de laicos.

276. Los laicos no constituyen un grupo uniforme, por lo que es necesario tener en cuenta las diferencias que les caracterizan. El grupo más numeroso de nuestros colaboradores laicos está constituido por el personal que trabaja en nuestras instituciones sanitarias y socio-sanitarias. Con ellos estamos llamados a establecer una relación de estima y de respeto, para que se realice una colaboración eficaz en orden a conseguir los fines de nuestras estructuras. A ellos se les pide, no solamente la competencia profesional, sino también la adhesión a ese conjunto de principios y de valores que se derivan de la *misión* y de *Nuestras obras* y están inspirados en el testimonio ofrecido por san Camilo. A todos los que manifiestan su deseo de ser acompañados en un camino de crecimiento inspirado en la espiritualidad camiliana, les ofrecemos los recursos necesarios para cultivar su vida en el Espíritu.

*Colaboración y corresponsabilidad.*

277. Nuestra colaboración con estos grupos de laicos está llamada a desembocar en formas de corresponsabilidad y de participación en nuestros proyectos sanitarios y pastorales (cf. DG 24). Esta participación no debe frenarla una excesiva e injustificada prudencia, ni las resistencias al cambio, ni un indebido apego al poder. A los laicos que ocupan puestos de responsabilidad en

nuestras obras, se les pide no solo una adecuada preparación técnica y profesional, sino también capacidad para compartir nuestra visión de la vida y de la misión.

278. Al implicar a los laicos en nuestra misión, respetemos su índole secular y su específica espiritualidad, conscientes de que su vocación consiste en «promover el respeto a los valores fundamentales del hombre –su dignidad, sus derechos, su trascendencia–, en la investigación científica como en la praxis terapéutica, concediendo a la relación con el paciente la atención y el calor humano que reflejan la actitud de Cristo con los enfermos» (PSCI 41). Animada por la caridad, la actividad que despliegan es participación en la creación y aportación a la realización de la salvación orientada a la llegada de los «nuevos cielos y la nueva tierra» (cf. Ap 21,1); es «diaconía de la caridad», testimonio evangélico, signo de la ternura de Dios con los que sufren (cf. EN 70). Convenientemente acompañados, los laicos pueden encontrar en el ejercicio de la profesión y de la actividad voluntaria el instrumento de su santificación personal.

La *identidad* de los laicos y su distinta modalidad de vivir la espiritualidad camiliana.

279. Un segundo grupo de laicos está constituido por quienes colaboran con nosotros en las capellanías de los hospitales y en las parroquias, realizando tareas que tienen relación con el ministerio de los pastores pero no exigen el carácter del Orden. En los servicios a los enfermos que competen a la comunidad eclesial, el espacio *reservable* a los laicos es relevante: pueden visitar a los enfermos en nombre de la comunidad, llevarles la eucaristía, presidir las oraciones para la recomenda-

Laicos colaboradores en la pastoral.

ción de las almas, participar activamente en las celebraciones litúrgicas. En las diócesis donde actuamos, solicitamos a las autoridades competencias para que instituyan el *ministerio de la consolación* para los laicos, hombres y mujeres, comprometidos en el servicio de los enfermos.

Promover el voluntariado y acompañar a los voluntarios.

280. Los *voluntarios* que actúan, individualmente o ligados a una asociación, son otro grupo con el que establecemos relaciones de colaboración. Su presencia en el mundo de la salud y del sufrimiento es señal de una profunda conciencia de la solidaridad que une a los hombres entre sí para afrontar las dificultades de la vida. San Camilo contaba con la colaboración de *hombres piadosos y buenos* entregados al servicio de los que sufren por puro amor de Dios, y el padre Camilo Cesare Bresciani fue durante muchos años director de una importante asociación de voluntarios en Verona: «La sagrada hermandad de sacerdotes y seglares hospitalarios», auténtico vivero de santos. Respetando las asociaciones ya constituidas, no vacilemos en formar otras nuevas más relacionadas con la espiritualidad de nuestro Instituto.

La propuesta de nuestra espiritualidad sea respetuosa con la libertad de los laicos.

281. El documento *Vita consecrata* nos invita a «discernir cuidadosamente las vocaciones al servicio desinteresado», atrayéndolas a nosotros no solo en nuestras actividades, sino también en la misión y en el carisma, y cuidando «su formación, con el fin de que los voluntarios tengan siempre, además de competencia, profundas motivaciones sobrenaturales en su propósito y un vivo sentido comunitario y eclesial en sus proyectos» (n. 33). No dudemos en proponerles, de manera especial

a los jóvenes, la vida consagrada, sin esconder de ninguna manera su radicalidad (cf. nn. 33 y 43).

282. Movidos por el deseo de hacer partícipes de nuestro carisma a los laicos que colaboran con nosotros en el mundo de la salud, evitemos actitudes impositivas, limitándonos a proponer, de manera implícita o explícita según las circunstancias, los valores de nuestra espiritualidad. Nuestro deseo se limitará a conseguir que resuene en su corazón y en su espíritu el mensaje camiliano de la misericordia con los enfermos, para que impregne su vida laical y el ejercicio de su profesión. Cuidémonos de aislar a los laicos del tejido eclesial de sus diócesis y parroquias o de las asociaciones y movimientos que enriquecen la vida del pueblo de Dios.

283. Por medio del testimonio cristiano de los laicos, basado en la competencia, en el respeto de las personas, en un sentido profundo de la solidaridad humana, nuestros hospitales, clínicas, residencias de ancianos, centros de acogida para personas con discapacidad física y psíquica, drogadictos y víctimas del sida, y nuestras parroquias, pueden llegar a ser modelos eficaces de una asistencia animada por principios humanos y evangélicos. Su forma de ser y de actuar en las instituciones sanitarias públicas puede infundir en el ejercicio de la profesión un espíritu de servicio capaz de hacer de ella una misión y un ministerio. Mediante la presencia vigilante de los laicos en las parroquias se puede conseguir que los ancianos y los enfermos se beneficien de la asistencia cálida y fraterna de la comunidad eclesial.

La aportación específica de los *laicos* en el ejercicio del ministerio camiliano.

Colaboración con las *religiosas*.

284. Aunque en número más reducido que en el pasado, en numerosas instituciones sanitarias y socio-sanitarias en las que nosotros actuamos están presentes las religiosas. Acogiendo la invitación de las Disposiciones generales (cf. DG 13), establezcamos con ellas relaciones basadas en el respeto, dispuestos a ayudarlas en sus recorridos formativos e implicándolas en los proyectos sanitarios y pastorales.

## 2. Los institutos y asociaciones inspirados en nuestra espiritualidad

Los institutos que *comparten* nuestra espiritualidad carismática.

285. A partir de este número (y hasta el 210) hay que añadir el punto después de la última cifra, como en los números anteriores+El carisma y la espiritualidad de san Camilo han sido fecundos, dando vida a congregaciones religiosas e institutos seculares: la congregación de las *Ministras de los Enfermos de San Camilo*, la congregación de las *Hijas de San Camilo*, los institutos seculares *Misioneras de los Enfermos «Cristo Esperanza»* y las *Kamillianiske Schwestern*. Junto a estos institutos de mayor relieve, han surgido otros, menos consistentes numéricamente pero igualmente significativos.

*La Familia Camiliana Laica*.

286. Entre las asociaciones, ha adquirido un relieve especial en estos últimos años la *Familia Camiliana Laica*, que «congrega a quienes se sienten llamados, en su condición laical, a vivir los compromisos bautismales testimoniando el amor del Señor a los enfermos y los que sufren según el carisma que san Camilo de Lellis recibió

de Dios y que transmitió a la Orden formada por él» (*Estatuto general de la Familia Camiliana Laica*, 1). Este organismo, presente ya en casi todos los países donde actúan nuestras comunidades religiosas, responde, aunque sea parcialmente, a una recomendación de *Vita consecrata*, que augura «la participación de los fieles laicos en los institutos de vida consagrada en la nueva forma de los llamados miembros asociados, aunque a condición de que la identidad de la vida interna de los institutos no sufra daño por su asociación» (n. 33).

287. Respetando la autonomía de la *Familia Camiliana Laica*, subrayada en el estatuto aprobado por la Orden y por la Congregación de los Institutos de Vida Consagrada, mostrémonos disponibles para el acompañamiento espiritual de la asociación y no vacilemos en proponer su adhesión a los miembros del personal y a los voluntarios.
288. Si la relación con los diversos institutos y asociaciones se ha manifestado satisfactoria y no han faltado ni faltan formas de colaboración en el ámbito del ministerio, especialmente en los países de misión, el camino a recorrer en este sector pide nuevo empeño, llamándonos a promover mayor reciprocidad, intercambio de dones y enriquecimiento mutuo.

La autonomía de la Familia Camiliana y el acompañamiento espiritual.



## Capítulo VIII

### Formación para el ministerio

289. La formación para el ministerio es un proceso que comienza en el periodo de iniciación a la vida consagrada y al sacerdocio y continúa durante todo el recorrido existencial, asumiendo modalidades correspondientes con cada etapa de la vida e incluyendo todas las dimensiones de la persona, de la corporal a la intelectual, de la emotiva y social a la espiritual. En efecto, «ninguna fase de la vida puede considerarse tan segura y fervorosa como para excluir la oportunidad de ser asistida y poder de este modo tener mayores garantías de perseverancia en la fidelidad, ni existe edad alguna en la que se pueda dar por concluida la completa maduración de la persona» (VC 69). Conscientes de ser figuras incompletas, solo esbozadas, evitemos la tentación de considerarnos completamente satisfechos de nosotros mismos, pretendiendo no necesitar ya de formación.
290. La formación para el ministerio es un problema de contenidos que se deben aprender (*saber*), de modos de ser de los que apropiarse a través de un proceso gradual de crecimiento (*saber ser*), de
- La importancia de la *formación* para el ministerio durante todo el recorrido existencial.
- Saber.*

habilidades necesarias para la práctica del apostolado (*saber hacer*).

*Formación específica.*

291. En el área del *saber* dejemos un espacio importante a la profundización de los temas relacionados con nuestro carisma y ministerio. Superando la tentación de la autorreferencialidad, confrontémonos con los datos de las ciencias humanas del comportamiento, estando «convenientemente instruidos sobre la mentalidad y las costumbres de la vida social moderna» (PC 18). Dejemos sitio y demos la debida importancia a la investigación, incluida la experimental, sobre la práctica de nuestro ministerio y sobre las necesidades emergentes en el campo de la asistencia y de la salud (cf. DG 22).

El estudio y la lectura.

292. Consideramos un deber adquirir, «mediante un estudio cultural serio y comprometido» (PDV 72), una formación adecuada en las disciplinas sagradas y profanas necesarias para conocer el mundo de la salud y afrontar los problemas inherentes a él (cf. DG 11 y 15, C 85), conscientes de que la práctica debe ser constantemente objeto de reflexión y discusión, iluminada y orientada, teniendo en cuenta los grandes cambios que se han producido en el mundo de la salud y del debate religioso y ético en todos los sectores de la vida humana.

293. Cultivemos el gusto del estudio y de la lectura, no procediendo desordenadamente sino dejándonos guiar por una elección esmerada y por criterios metodológicos ordenados, aprovechando sabiamente los recursos (cursos, reuniones, conferencias) ofrecidos por la Orden y/u otros organismos eclesiales y laicos.

294. Sin estudio y reflexión profunda es imposible percibir los signos de los tiempos, elegir y tomar decisiones más conformes con las necesidades de la gente y con los principios del evangelio y de la Constitución. Convencidos de que la naturaleza carismática de la vida consagrada «concuera altamente» con una «fecunda vivacidad de inventiva e iniciativa», alimentemos nuestra mente y nuestro espíritu con los conocimientos que favorecen la creatividad apostólica, promoviendo la renovación del ministerio, en sintonía con el espíritu del Fundador y las exigencias de la inculturación (cf. C 58). Nuevas formas de presencia y de acción en el mundo de la salud pueden así ser pensadas «allí donde la evolución de los tiempos y los métodos pastorales lo aconsejen» (DG 25).
295. Ofrezcamos el apoyo necesario para su formación especializada a nuestros hermanos especialmente dotados en el área del estudio, acompañándoles para que no se pierdan en iniciativas individualistas, sino que pongan sus dones al servicio de los proyectos del Instituto.
296. Mediadores de un amor que nos trasciende, nos comprometemos a cultivar el deseo de crecer como personas y como religiosos. *El área del saber ser* tiende a un cambio no solo cognitivo, sino también de actitudes, de modos de situarnos con nosotros mismos, con el prójimo y en la relación con el Señor.
297. Convencidos de que nuestra humanidad es un medio de la acción del Señor, desarrollamos y profundizamos la capacidad de establecer relaciones significativas con las personas encontradas
- La formación, fuente de *creatividad* y de satisfacción en el ejercicio del ministerio.
- Ofrecer *oportunidades* formativas.
- Saber ser.*
- Nuestra *humanidad*, vehículo del amor redentor del Señor...

en el ejercicio del ministerio para comprender las necesidades y acoger los ruegos, intuir las preguntas no expresadas, compartir las esperanzas y las expectativas y los trabajos de la vida ordinaria (cf. PDV 72). El modo de encontrar a las personas tiene una importancia especial para el fruto que pueden conseguir de nuestro ministerio, y esto también cuando se deja un espacio ilimitado a la intervención de Dios. La presencia empática, cordial y respetuosa, tiene efectos positivos en los resultados conseguidos a través de nuestra palabra y de los gestos sacramentales.

... y práctica del  
*agápē*.

298. Bajo la acción de la gracia, nuestra *humanidad* es una realización del *agápē*, es decir, de la caridad pastoral, «con la cual nosotros imitamos a Cristo en su entrega y su servicio. No es solo lo que hacemos, sino la donación de nosotros mismos lo que manifiesta el amor de Cristo por su grey. La caridad pastoral determina nuestro modo de pensar y actuar, nuestro modo de comportarnos con la gente» (PDV 23). Don gratuito de Dios, el *agápē* asume, purifica y vitaliza los gérmenes que ya existen en nuestra persona, los gérmenes de la acogida, de la paciencia, de la comprensión, del perdón, de la fidelidad, de la devoción, de la solidaridad. El amor sobrenatural no sería verdadero sin la utilización sabia de nuestra riqueza emotiva. En un contexto de frialdad, de acidez, de pesada burocracia, en un clima poco familiar y sin vibraciones psico-físicas, emotivas y sensibles, la caridad se traicionaría a sí misma. Y la santidad no sería verdadera si fuera reprimida la riqueza emotiva de la persona. Es auténtica si esa riqueza se canaliza con inteligencia, se puri-

fica con la gracia y se orienta al servicio de Dios y del prójimo.

299. La apertura al don del *agápē* y su transmisión a las personas que encontramos exigen de nosotros un trabajo de ascesis gradual, necesaria para purificar las motivaciones de nuestra acción, para dirigir de forma apropiada nuestra vida emotiva, para mantenernos fieles al encuentro con el otro, incluso donde no existe gratificación inmediata, para adaptarnos creativamente a las situaciones cambiantes, para acoger el valor de estilos diversos de vida, para ser flexibles en los comportamientos y para integrar nuestras heridas. *Ascesis liberadora.*
300. Indispensable para el ejercicio de un ministerio rico en humanidad, la integración de las heridas, las que se derivan de nuestra condición humana y las relacionadas con el ejercicio del ministerio, nos permite compartir la experiencia humana del dolor en la multiplicidad de sus manifestaciones, de la indigencia a la enfermedad, de la marginación a la ignorancia, a la soledad, a las pobreza materiales y morales, y controlar nuestros miedos y angustias por la proximidad del enfermo. *La integración de las propias heridas.*
301. El ministerio camiliano es también un *arte*, por lo que traducir en acción los principios aprendidos y las actitudes adquiridas exige el aprendizaje de modalidades operativas apropiadas. La incapacidad para saber actuar *está con frecuencia en el origen de las quejas de la gente*, relacionadas con el ejercicio del ministerio (predicación, liturgia, catequesis, visita a los enfermos). Los diálogos que los agentes mantienen con las personas a menudo son ineficaces por la falta de una preparación adecuada. *Saber hacer.*

302. Participamos en los programas de formación que unen sabiamente teoría y práctica, ayudando a quien participa en ellos a pasar de la simple información a la verdadera formación. Prestamos meticulosa atención a los hermanos que comienzan el ministerio en el mundo de la salud, acompañándoles para que puedan hacer de la experiencia apostólica una fuente eficaz de aprendizaje.

*Proyectar con inteligencia.*

303. El *saber hacer* encuentra una de sus actuaciones al proyectar y organizar el ministerio. La cantidad de trabajo pastoral, en efecto, no está siempre acompañada por la misma profundidad de visión y programación esmerada. Numerosos proyectos son ineficaces porque no forman parte de planes más generales adoptados por la comunidad local o provincial, y por la Orden, o porque se realizan desordenadamente.

El ministerio, expresión de un proyecto *comunitario*.

304. Para proyectar adecuada y eficazmente el ministerio se necesita un espíritu comunitario maduro que se expresa en la capacidad de pensar la actividad pastoral de manera unitaria, armonizando proyectos personales y proyectos comunes. Las intervenciones técnicas relativas a la organización de la actividad pastoral serán eficaces en la medida en que los religiosos promuevan la voluntad de superar los estímulos individualistas, la desconfianza en los otros y el miedo a la verificación y la confrontación.

*Colaboración intercomunitaria e interprovincial.*

305. Dando pruebas de inteligencia y apertura al Espíritu que sopla donde quiere, y no solamente en nuestros territorios, promovemos la colaboración entre los hermanos, las comunidades y las provincias. Ampliamos los horizontes de nues-

tro ministerio acogiendo las aportaciones de los demás grupos e instituciones y dejándonos cuestionar por ideas y proyectos que resultan válidos en otros contextos.

306. La actividad del acompañamiento pastoral exige notable energía física y emotiva. Se trata de un ministerio en el que estamos siempre en la posición de quien da. Si por una parte esto puede permitirnos hacer de nuestra existencia una *pro-existencia*, es decir, una existencia para los demás, por otra podría abrir las puertas al fenómeno psicológico y espiritual que se conoce con el nombre de *burn-out*. Las energías que se *quemán* en el trabajo deben regenerarse en todos los ámbitos, desde el humano al espiritual.

307. Cuidamos nuestro cuerpo, alimentamos el espíritu preocupándonos no solo de actualizar nuestros conocimientos, sino también enriqueciéndonos interiormente a través de la contemplación de la naturaleza, las lecturas significativas, la escucha de la música, el amor a todo lo que es hermoso, el cultivo de la amistad, la unión con todos en la oración y en los sacramentos, especialmente en la eucaristía. No olvidamos la exhortación de san Carlos Borromeo a uno de sus sacerdotes: «No olvides cuidarte a ti mismo y no te des a los demás hasta el punto de que no quede nada de ti para ti mismo. Debes tener presente el recuerdo de las almas cuyo pastor eres, pero no olvidarte de ti mismo».

*Cuidarse a sí mismo.*

308. Nos comprometemos a establecer una justa relación entre competencia profesional y acción de la gracia. Si por una parte estamos llamados a

*Equilibrio entre profesionalidad y espiritualidad.*

*auto-afirmarnos*, preparándonos seriamente tanto desde el punto de vista humano como teológico, por otra nos incumbe el deber de *auto-negarnos*, es decir, de reconocer la instrumentalidad de nuestra acción, evitando el peligro de hacer depender la validez y la eficacia de nuestro trabajo, más del cuidado de nuestra preparación que de la gracia de Dios. De este modo podremos evitar dicotomías valorando de modo indebido solo la espiritualidad o solo la formación humana.

## Conclusión

309. La invitación a una visión optimista del futuro tiene ecos en las inspiradas palabras dirigidas a los religiosos por Juan Pablo II:

Animados por la *esperanza*.

«¡Vosotros, no solamente tenéis una historia gloriosa para recordar y contar, sino una gran historia que construir! Poned los ojos en el futuro, hacia el que el Espíritu os impulsa para seguir haciendo con vosotros grandes cosas. Haced de vuestra vida una ferviente espera de Cristo, yendo a su encuentro como las vírgenes prudentes van al encuentro del Esposo. Estad siempre preparados, sed siempre fieles a Cristo, a la Iglesia, a vuestro Instituto y al hombre de nuestro tiempo. De este modo Cristo os renovará día a día, para construir con su Espíritu comunidades fraternas, para lavar con Él los pies a los pobres, y para dar vuestra aportación insustituible a la transformación del mundo. Que este nuestro mundo confiado a la mano del hombre, y que está entrando en el nuevo milenio, sea cada vez más humano y justo, signo y anticipación del mundo futuro, en el cual Él, el Señor humilde y glorificado, pobre y exaltado, será el gozo pleno y perdurable para nosotros y para nuestros hermanos y hermanas, junto con el Padre y el Espíritu Santo» (VC 110).

310. En el camino que ha llevado a la Orden al nuevo siglo y al nuevo milenio, sabemos que nos acompaña la mirada paterna de san Camilo, quien en su *Carta testamento*, redactada pocos días antes de su muerte, envió *mil bendiciones* «no solamente a los presentes, sino también a los futuros trabajadores de esta santa religión hasta el final del mundo».



## El ministerio camiliano

### Religiosos Camilos

El carisma camiliano es un don para la Iglesia y un bien para nuestro mundo. Se trata de un don y un bien que necesita encarnarse en cada realidad geográfica y actualizarse al momento histórico. Con esta convicción nuestra Orden encargó una reflexión sobre las claves de fondo del ministerio camiliano que sirviera para vivir de manera comprometida nuestra consagración como religiosos camilos en el siglo XXI.

Estas Orientaciones son un magnífico instrumento de trabajo para dar razón y poner al día nuestra actividad ministerial camiliana de acompañamiento a las personas que sufren, una actividad que siempre es difícil y delicada, a la vez que apasionante.

