



# DOLENTIUM HOMINUM

N. 45 – año XV – N. 3, 2000

REVISTA DEL PONTIFICIO CONSEJO  
PARA LA PASTORAL DE LA SALUD

---

## DIRECCION

S.E. MONS. JAVIER LOZANO BARRAGÁN, Director  
S.E. MONS. JOSÉ L. REDRADO, O.H., Redactor Jefe  
P. FELICE RUFFINI, M.I., Secretario

## COMITE DE REDACCION

BENEDETTINI P. CIRO  
BOLIS DRA. LILIANA  
CUADRON SOR AURELIA  
D'ERCOLE P. GIOVANNI  
EL-HACHEM DRA. MAYA  
GRIECO P. GIANFRANCO  
HONINGS P. BONIFACIO  
IRIGOYEN MONS. JESÚS  
JOBLIN P. JOSEPH  
MAGNO P. VITO  
NEROZZI-FRAJESE DRA. DINA  
PLACIDI ING. FRANCO  
SANDRIN P. LUCIANO  
TADDEI MONS. ITALO

## CORRESPONSALES

BAUTISTA P. MATEO, Argentina  
CASSIDY MONS. J. JAMES, U.S.A.  
DELGADO P. RUDE, España  
FERRERO P. RAMON, Mozambique  
GOUDOTE P. BENOIT, Costa de Marfil  
LEONE PROF. SALVINO, Italia  
PALENCIA P. JORGE, México  
PEREIRA P. GEORGE, India  
VERLINDE SRA. AN, Bélgica  
WALLEY PROF. ROBERT, Canadá

## TRADUCTORES

CHALON DRA. COLETTE  
FARINA SRA. ANTONELLA  
FFORDE PROF. MATTHEW  
GRASSER P. BERNARD, M.I.  
QWISTGAARD SR. GUILLERMO

Dirección, Redacción, Administración: CIUDAD DEL VATICANO; Tel. 698.83138, 698.84720, 698.84799,  
Fax: 698.83139 E-MAIL: [opersanit@hlthwork.va](mailto:opersanit@hlthwork.va)

Publicación cuatrimestral. Suscripción: 60.000 Liras (o el importe equivalente en moneda local),  
comprendidos los gastos de envío

Impreso en la Editrice VELAR S.p.A., Gorle (BG)

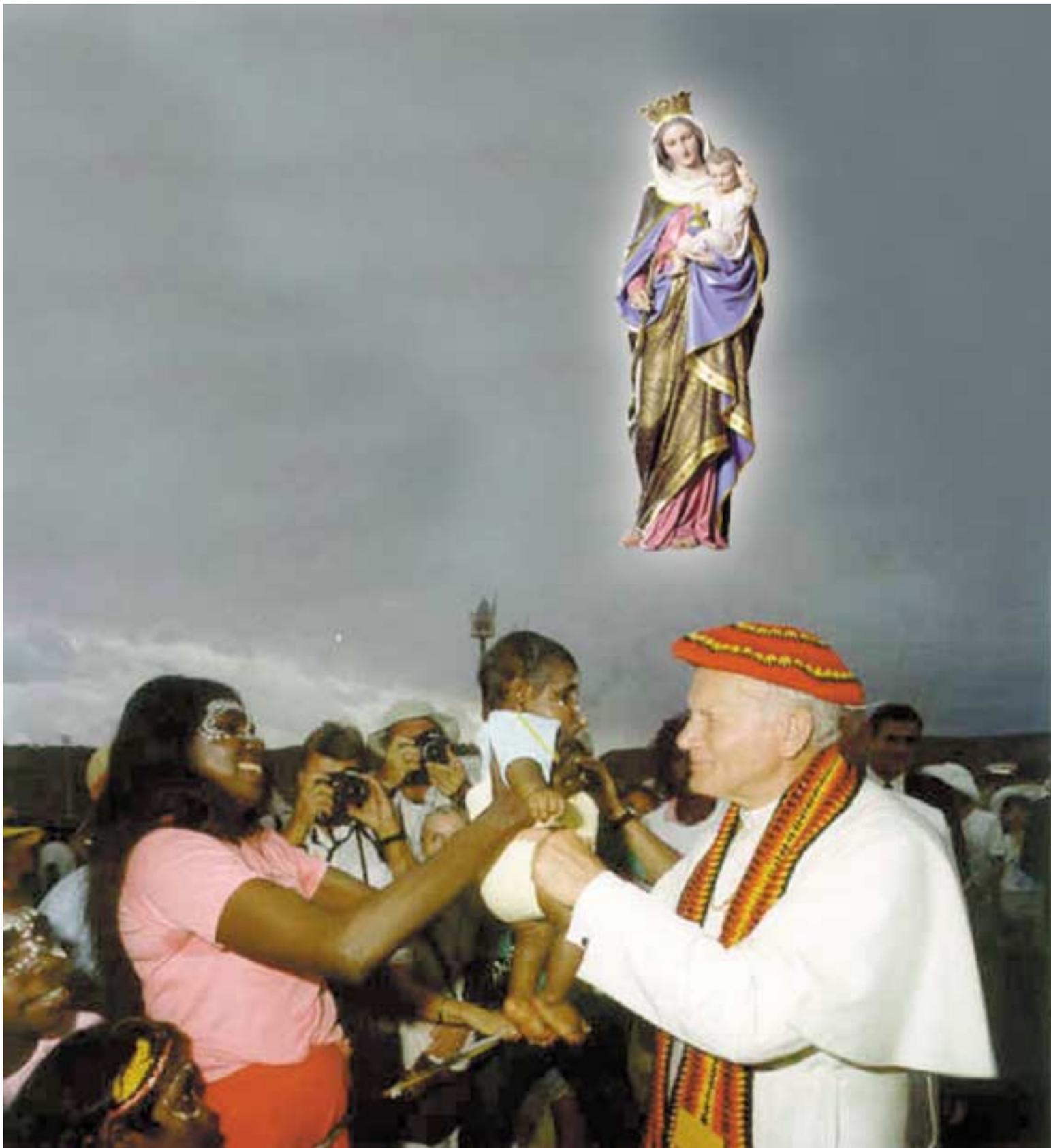
En la cubierta: vidriera del P. Costantino Ruggeri

Spedizione in abbonamento postale - art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Roma

# Sumario

- 4 **Mensaje del Santo Padre para la IX Jornada Mundial del Enfermo Sydney, 11 de febrero 2001**  
JUBILEO DE LOS ENFERMOS Y DE LOS AGENTES SANITARIOS VIII JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO, 9-11 DE FEBRERO 2000
- 10 **La oración sufrida y gozosa de muchos enfermos en silla de ruedas**  
*P. Gianfranco Grieco*
- 12 **Palabras de saludo**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*
- 13 **El dolor iluminado por la fe es fuente de esperanza y salvación**  
*Juan Pablo II*
- 15 **Atravesando la Puerta Santa en San Pablo con miles de enfermos**  
*Dr. Alessandro Iapino*
- 17 **Homilía de S.E. Mons. Lozano en la Basílica de San Pablo Extramuros**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*  
"EL AGENTE SANITARIO Y LOS DESAFIOS DEL TERCER MILENIO",  
9 DE FEBRERO 2000
- 20 **Saludo en el Congreso conjunto de profesionales de la salud**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*
- 21 **Organismos episcopales nacionales, diocesanos y parroquiales para la Pastoral de la Salud**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*
- 24 **Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud 1985-2000**  
*S.E. Mons. José Luis Redrado*
- 26 **Los retos de los médicos católicos para el nuevo milenio**  
*Prof. Gian Luigi Gigli*
- 31 **Identidad del médico católico**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*
- 38 **Identidad del enfermero católico**  
*P. Joseph Joblin*
- 44 **Retos para el tercer milenio**  
*Sra. An Verlinde*
- 52 **La identidad del farmacéutico católico en los umbrales del tercer milenio**  
*P. Felice Ruffini*
- 59 **Los retos para el farmacéutico en el tercer milenio**  
*Prof. Alan Lejeune*
- 63 **La celebración de la VIII Jornada Mundial del Enfermo en el mundo**  
*Dra. Alessandra Ciattini*  
"SEMINARIO SOBRE LA ENFERMEDAD DE HANSEN REALIDAD Y PERSPECTIVAS"  
15 DE ENERO 2000
- 70 **Saludo de apertura del Presidente de AIFO**  
*Dr. Enzo Zecchini*
- 71 **Saludo de Mons. Lozano**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*
- 72 **Saludo de la Ministra**  
*On. Rosy Bindi*
- 74 **Asociación Raoul Follereau de Benin (ARFB)**  
*Prof. Henry Valere T. Kiniffo*
- 76 **Pobreza y salud**  
*Dra. Maria Neira*
- 78 **Lepra: pasado, presente y futuro**  
*Prof. Cairn Smith*
- 82 **La creación de ILEP**  
*Sr. André Recipon*
- 84 **Raoul Follereau, un testigo extraordinario del siglo XX, una mirada de amor hacia los demás**  
*Sr. Jos Hilger*
- 88 **La figura del Padre Damián**  
*Sr. André de Schutter*
- 90 **Un testimonio**  
*P. Carlo Torriani*
- 91 **Una experiencia en Africa**  
*Dr. Leonida Compostella*
- 94 **La necesidad de una rehabilitación para los enfermos de lepra**  
*Dr. Enrico Pupulin*  
*Dr. Sunil Deepak*
- 97 **El cronista y los enfermos de lepra**  
*Prof. Igor Man*
- 101 **La lepra, palabra como sinónimo de marginación**  
*Dr. Claudio Ragaini*  
SEMINARIO DE ESTUDIO "LOS SACRAMENTOS EN LA PASTORAL DE LA SALUD"  
2-3 DE JUNIO 2000
- 104 **Introducción a los trabajos**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*
- 105 **Los Sacramentos en la Pastoral de la Salud**  
*Prof. Sergio Belardinelli*
- 108 **Los Sacramentos: aspecto antropológico**  
*Prof. Denis Biju-Duval*
- 112 **Un sacramento para el sufrimiento: la fe en Dios y la esperanza de vida**  
*Prof. Sergio Ubbiali*
- 116 **Signos de salvación. Los Sacramentos en la Pastoral de la Salud**  
*Prof. Mons. Sergio Lanza*
- 129 **Conclusiones**  
"MEDICINA Y DERECHOS HUMANOS"  
ROMA, 3-7 DE JULIO 2000
- 132 **Oración del Santo Padre con ocasión del Congreso de Médicos Católicos**  
*Juan Pablo II*
- 133 **Al católico jamás le es lícito hacerse cómplice de un presunto derecho al aborto o a la eutanasia**  
*Juan Pablo II*
- 135 **Saludo**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*
- 136 **Saludo del Presidente de FIAMC**  
*Prof. Gian Luigi Gigli*
- 137 **Saludo de AMCI**  
*Prof. Domenico Di Virgilio*
- 138 **Año 2000 - Actividades del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud**  
*P. Krzysztof Nykiel*

Las ilustraciones de este número proceden del volumen:  
"La Biblioteca Privata di Pio IX al Laterano"  
di Colapinto, Grimaldi, Bettini  
Ediciones P.U.L. - Mursia, 1997



*“Os encomiendo a María,  
Madre de la Iglesia”*

# Mensaje del Santo Padre para la “Jornada Mundial del Enfermo” Sydney, 11 de febrero 2001

1. La comunidad cristiana, enriquecida por la gracia del Gran Jubileo y por la contemplación del misterio del Verbo encarnado, en el que el dolor humano encuentra “su supremo y más seguro punto de referencia” (*Salvifici doloris*, 31), se dispone a vivir, el 11 de febrero de 2001, la IX Jornada mundial del enfermo. La catedral de Sydney, en Australia, es el lugar designado para celebrar este acontecimiento tan significativo. La elección del continente australiano, con su riqueza cultural y étnica, pone de relieve el estrecho vínculo de la comunión eclesial, que supera las distancias, favoreciendo el encuentro entre identidades culturales diversas, fecundadas por el único anuncio liberador de la salvación.

La catedral de Sydney está dedicada a la Virgen María, Madre de la Iglesia. Esto subraya la dimensión mariana de la Jornada mundial del enfermo, que ya desde hace nueve años se celebra en el día de la memoria de la Virgen de Lourdes. María, como Madre amorosa, hará sentir, una vez más, su protección no sólo con respecto a los enfermos del continente australiano, sino también a los enfermos de todo el mundo, así como a todos los que ponen a su servicio su competencia profesional y, a menudo, toda la vida.

Además, como en el pasado, la Jornada será una ocasión de oración y apoyo para las innumerables instituciones que se dedican al cuidado de los que sufren. Será motivo de aliento para muchos sacerdotes, religiosos, religiosas y laicos creyentes, que en nombre de la Iglesia tratan de responder a las expectativas de las personas enfermas, privilegiando a los más débiles y luchando para que la cultura de la muerte sea derrotada y triunfe por doquier la cultura de la vida (cf. *Evangelium vitae*, 100). Al haber compartido también yo, durante estos años, en varias ocasiones, la experiencia de la enfermedad, he comprendido cada vez más claramente su valor para mi ministerio petrino y para la vida misma de la Iglesia. A la vez que expreso mi afecto y mi solidaridad a los que sufren, los invito a contemplar con fe el misterio de Cristo, crucificado y resucitado, para llegar a descubrir en sus sufrimientos el designio amoroso de Dios. Sólo contemplando a Jesús, “varón de dolores y familiarizado con el sufrimiento” (*Is* 53, 3), es posible encontrar serenidad y confianza.

2. En esta Jornada mundial del enfermo, que tiene por tema “La nueva evangelización y la dignidad del hombre que sufre”, la Iglesia desea poner de relieve la necesidad de evangelizar de un modo nuevo este ámbito de la experiencia humana, para favorecer su orientación al bienestar integral de la persona y al progreso de todas las personas en las diversas partes del mundo.

El tratamiento eficaz de las diferentes patologías, el empeño por seguir investigando y la inversión de recursos adecuados constituyen objetivos laudables que se persiguen con éxito en vastas áreas del planeta. Aun apreciando los esfuerzos realizados, no se puede ignorar que no todos los hombres gozan de las mismas oportunidades. Por eso, dirijo un apremiante llamamiento para que se trabaje por favorecer el necesario desarrollo de los servicios sanitarios en los países, todavía numerosos, que no pueden ofrecer a sus habitantes unas condiciones de vida dignas y una tutela adecuada de la salud. Asimismo, espero que las innumerables potencialidades de la medicina moderna se pongan al servicio efectivo del hombre y se apliquen con pleno respeto de su dignidad.

A lo largo de estos dos mil años de historia, la Iglesia siempre ha tratado de apoyar el progreso terapéutico con el fin de prestar una ayuda cada vez más cualificada a los enfermos. En las diversas situaciones, ha intervenido con todos los medios posibles para que se respetaran los derechos de la persona y se buscara siempre el auténtico bienestar del hombre (cf. *Populorum progressio*, 34). También hoy, el Magisterio, fiel a los principios del Evangelio, propone sin cesar los criterios morales que pueden orientar a los hombres de la medicina a profundizar aspectos de la investigación que aún no están suficientemente claros, sin violar las exigencias que brotan de un auténtico humanismo.

3. Cada día me dirijo espiritualmente en peregrinación a los hospitales y a los centros sanitarios, donde viven personas de toda edad y de toda clase social. Sobre todo quisiera detenerme al lado de los enfermos hospitalizados, de sus familiares y del personal sanitario. Esos lugares son una especie de santuarios, en los que las personas participan en el misterio pascual de Cristo. Allí incluso los más distraídos se ven impulsados a interrogarse acerca de su existencia y su significado, y acerca del por qué del mal, del sufrimiento y de la muerte (cf. *Gaudium et spes*, 10). Precisamente por eso es importante que en esos centros nunca falte la presencia cualificada y significativa de los creyentes.

Así pues, ¿cómo no dirigir un apremiante llamamiento a los profesionales de la me-

dicina y de la asistencia, para que aprendan de Cristo, médico de las almas y de los cuerpos, a ser para sus hermanos auténticos “buenos samaritanos”! En particular, ¡cómo no desear que cuantos se dedican a la investigación traten de buscar con todo empeño los medios idóneos para promover la salud integral del ser humano y combatir las consecuencias de los males! ¡Cómo no desear, asimismo, a los que se dedican directamente al cuidado de los enfermos que estén siempre atentos a las necesidades de los que sufren, conjugando en el ejercicio de su profesión competencia y humanidad!

Los hospitales, los centros para enfermos o ancianos, y cualquier casa donde se acoge a personas que sufren, constituyen ámbitos privilegiados de la nueva evangelización; por eso precisamente allí ha de resonar el mensaje del Evangelio, portador de esperanza. Sólo Jesús, el divino samaritano, es para todo ser humano que busca paz y salvación la respuesta plenamente satisfactoria a las expectativas más profundas. Cristo es el Salvador de todo hombre y de todo el hombre. Por eso, la Iglesia no se cansa de anunciarlo, para que el mundo de la enfermedad y la búsqueda de la salud sean vivificados por su luz.

Así pues, es importante que al inicio del tercer milenio cristiano se dé nuevo impulso a la evangelización del mundo de la sanidad como lugar especialmente indicado para convertirse en un valioso laboratorio de la civilización del amor.

4. En estos años ha aumentado el interés por la investigación científica en el campo médico y por la modernización de las estructuras sanitarias. No se puede por menos de contemplar favorablemente esa tendencia, pero, al mismo tiempo, es preciso reafirmar la necesidad de que esté siempre guiada por la preocupación de prestar un servicio efectivo al enfermo, sosteniéndolo de manera efectiva en la lucha contra la enfermedad. Desde esta perspectiva, se habla cada vez más de asistencia “integral”, es decir, atenta a las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales del enfermo y de los que lo rodean. Especialmente en lo relativo a las medicinas, las terapias y las intervenciones quirúrgicas, es necesario que la experimentación clínica se realice con un respeto absoluto de la persona y con una clara conciencia de los riesgos, y consiguientemente de los límites, que implica. En este campo los profesionales cristianos están llamados a testimoniar sus convicciones éticas, dejándose iluminar constantemente por la fe.

La Iglesia aprecia el esfuerzo de quienes, dedicándose con entrega y profesionalidad a la investigación y a la asistencia, contribuyen a elevar la calidad del servicio que se ofrece a los enfermos.

5. La distribución equitativa de los bienes, querida por el Creador, constituye un imperativo urgente también en el sector de la salud: es preciso que, por fin, cese la persistente injusticia que, sobre todo en los países pobres, priva a gran parte de la población de los cuidados indispensables para la salud. Se trata de un grave escándalo, frente al cual los responsables de las naciones no pueden por menos de sentirse comprometidos a hacer todo lo posible para que quienes carecen de medios materiales puedan gozar al menos de la atención sanitaria básica. Promover la “salud para todos” es un deber primario de todo miembro de la comunidad internacional. Para los cristianos, además, se trata de un compromiso íntimamente vinculado al testimonio de su fe; saben que deben proclamar de manera concreta el evangelio de la vida, promoviendo su respeto y rechazando cualquier forma de atentado contra ella, desde el aborto hasta la eutanasia. En este marco se sitúa también la reflexión sobre el uso de los recursos disponibles. Su limitación exige que se establezcan criterios morales claros, capaces de iluminar las decisiones de los pacientes o de sus tutores frente a tratamientos extraordinarios, costosos o arriesgados. En cualquier caso, se deberá evitar caer en formas de ensañamiento terapéutico (cf. *Evangelium vitae*, 65).

Quisiera manifestar aquí mi estima por todas las personas e instituciones, especialmente religiosas, que prestan un generoso servicio en este sector, respondiendo con valentía a las necesidades urgentes de personas y poblaciones en regiones o países de gran pobreza. La Iglesia les expresa de nuevo su aprecio por la aportación que siguen dando en este vasto y delicado campo apostólico. En particular, quisiera exhortar a los miembros de las familias religiosas comprometidas en la pastoral de la salud, para que respondan con audacia a los desafíos del tercer milenio, siguiendo las huellas de sus fundadores. Frente a los nuevos dramas y a las enfermedades que han sustituido las epidemias del pasado, es urgente la labor de *buenos samaritanos* capaces de prestar a los enfermos los cuidados necesarios, sin permitir que les falte, al mismo tiempo, el apoyo espiritual para vivir en la fe su difícil situación.

6. Pienso con particular afecto en los innumerables religiosos y religiosas que en hospitales y en centros sanitarios “de frontera”, juntamente con un número cada vez mayor de laicos y laicas, están escribiendo páginas admirables de caridad evangélica. A menudo trabajan en medio de impresionantes conflictos bélicos y diariamente arriesgan su vida por salvar la de sus hermanos. Por desgracia, no son pocos los que mueren a causa de su servicio en favor del evangelio de la vida.

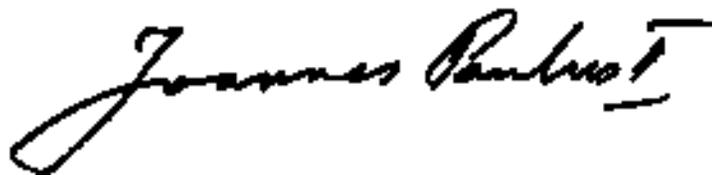
Deseo recordar, asimismo, a las numerosas organizaciones no gubernamentales que

han surgido en estos últimos tiempos para socorrer a los más desfavorecidos en el campo de la salud. Pueden contar con la aportación de voluntarios “sobre el terreno”, así como con la generosidad de gran número de personas que sostienen económicamente su acción. A todos los aliento a proseguir esta benemérita labor, que en muchas naciones está produciendo una significativa sensibilización de las conciencias.

Me dirijo, por último, a vosotros, queridos enfermos y generosos profesionales de la salud. Esta Jornada mundial del enfermo tendrá lugar pocos días después de la conclusión del Año jubilar. Por ello, constituye una renovada invitación a contemplar el rostro de Cristo, que hace dos mil años se hizo hombre para redimir al hombre. Queridos hermanos y hermanas, proclamad y testimoniad con generosa disponibilidad el evangelio de la vida y de la esperanza. Anunciad que Cristo consuela a cuantos viven en medio de angustias y dificultades; fortalece a quienes atraviesan momentos de cansancio y vulnerabilidad; y sostiene a quienes trabajan apasionadamente con el fin de asegurar a todos mejores condiciones de vida y de salud.

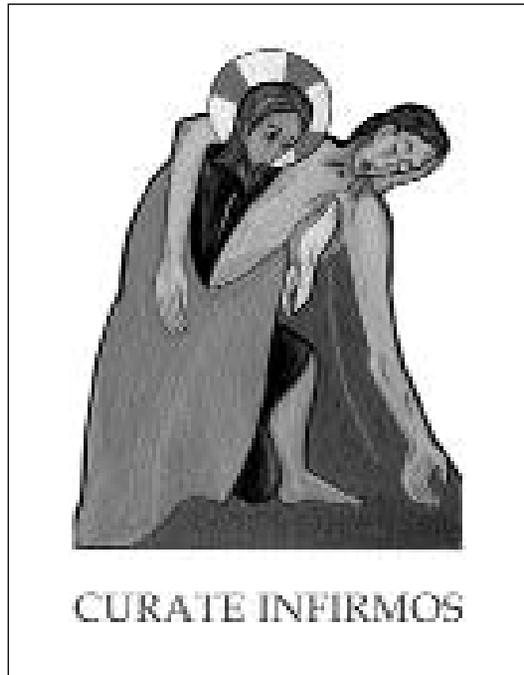
Os encomiendo a María, Madre de la Iglesia, a la que, como recordé al inicio, está dedicada la catedral de Sydney, centro espiritual de la IX Jornada mundial del enfermo. Que la Virgen del consuelo haga sentir su maternal protección a todos sus hijos que atraviesan alguna prueba; os ayude a vosotros a testimoniar al mundo la ternura de Dios y os transforme en iconos vivos de su Hijo.

Con estos deseos, os imparto a vosotros y a vuestros seres queridos una especial bendición apostólica.

A handwritten signature in black ink, reading "Johannes Paulus II". The signature is written in a cursive, flowing style with a prominent initial 'J' and a long, sweeping underline.

*Castelgandolfo, 22 de agosto de 2000*

***Jubileo  
de los Enfermos  
y de los Agentes  
Sanitarios***



***VIII Jornada Mundial  
del Enfermo  
Roma,  
9-11 de Febrero 2000***

# La oración sufrida y gozosa de muchos enfermos en silla de ruedas\*

El 11 de febrero del 2000 en la Plaza San Pedro: un abrazo cósmico del mundo del sufrimiento en el día del Jubileo de los enfermos y de los agentes sanitarios. Festividad litúrgica de la Virgen María de Lourdes. Desde la Gruta de Massabielle, con la Señora vestida de blanco, con las sillas de ruedas, las camillas, las parihuelas y con los numerosos enfermos en su lecho de dolor, nunca como hoy se renovaba un encuentro de comunión. Almas y cuerpos, cercanos y lejanos, unidos por aquel vínculo de amor y de esperanza que es la fe en la cruz de Cristo, Redentor del mundo.

La Plaza San Pedro era como un grande e inmenso pabellón de hospital a cielo abierto: 2,400 enfermos en silla de ruedas y 1,700 que caminan, colocados a los pies del sagrado en los sectores de los santos Pedro y Pablo. Familiares, médicos, paramédicos, enfermeros, acompañantes y voluntarios. Cuerpos heridos, cuerpos cargados de dolor. Pero en los rostros de todos traslucía la abundancia del gozo y de la esperanza cristiana.

Desde el altar el Papa saludaba de este modo a la asamblea: “El Señor Jesús ha revelado la presencia del Reino de Dios en medio de los hombres con los signos prodigiosos que acompañaban su palabra. María, su Madre, canta aún con nosotros las maravillas del Padre porque ha mirado a la humildad de su esclava. Toda la Iglesia exulta – proseguía el Santo Padre – por el don del espíritu derramado en cada uno de sus hijos a través de los sacramentos. También nosotros, reunidos para dar gracias al Señor junto con nuestros hermanos y hermanas enfermos, experimentamos la belleza de la gracia que resplandece en nuestra debilidad. Para celebrar dignamente esta solemne acción de gracias pidamos perdón de nuestros pecados”.

## La imagen de la blanca Señora de Lourdes

Junto al altar estaba la imagen de la Virgen de Lourdes. Cincuenta concelebrantes con la casulla blanca, entre los cuales el cardenal Etchegaray, Presidente del Comité para el Gran Jubileo del Año 2000, con el Secretario Arzobispo Sepe; el Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, Arzobispo Lozano Barragán y cuarentisiete Arzobispos y Obispos Encargados de las Con-

ferencias Episcopales para la pastoral sanitaria. Concelebraban también treientosveinte sacerdotes comprometidos en todo el mundo en la pastoral sanitaria.

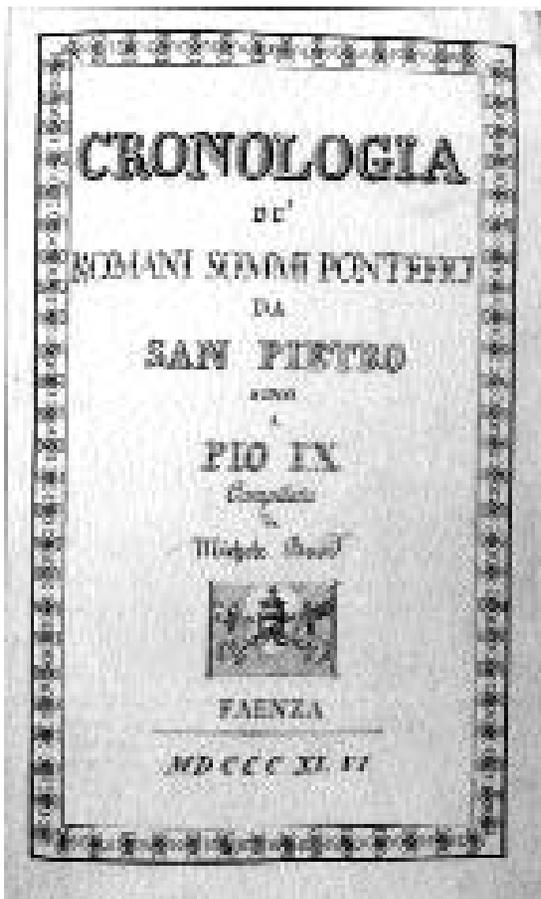
Los cantores de la Capilla Sixtina, bajo la dirección del Maestro Giuseppe Liberto, entonaban las invocaciones después de una breve pausa de silencio: “Señor, luz esplendorosa en las tinieblas, que iluminas a cada hombre, ten piedad de nosotros”. “Kyrie, eleison” – respondía la asamblea en gregoriano. “Cristo, Hijo primogénito del Padre, nacido de mujer, nacido bajo la ley para rescatar al hombre de toda esclavitud”. “Kyrie, eleison” – concluía la asamblea.

Seguidamente, Juan Pablo II entonaba el “Gloria” e inmediatamente recitaba la oración colecta: “Señor, Dios nuestro, concede a tus fieles gozar siempre la salud del cuerpo y del espíritu y por la gloriosa intercesión de María Santísima, siempre virgen, sálvanos de los males que ahora nos entristecen y guíanos al gozo sin fin”.

En lengua española Renzo Paccini proclamaba un paso del Profeta Isaías: “Haré correr hacia ella, como un río, la prosperidad”. Luego del salmo responsorial cantado por Michel Galeotti, An Verlinde, belga, leía en lengua inglesa un paso de la Carta de Santiago Apóstol: “Aquel de vosotros que está en el dolor, ore; el que está en el gozo, salmodie. El que está enfermo, llame a los presbíteros de la Iglesia y oren por él, después de haberlo ungido con aceite, en nombre del Señor. Y la oración hecha con fe, salvará al enfermo”. Bajo los ojos de todos se cumplía el precepto y se realizaba el prodigio.

El diácono Dino Mulassano cantaba el Evangelio mariano de Lucas: la visita de María a santa Isabel y el “Magnificat” de la Virgen de Nazareth: “Grandes cosas ha hecho en mí el Omnipotente y Santo es su nombre”.

Seguía la Liturgia de la Unción con la oración de la letanía y la imposición de las manos. “Hermanos – decía el Papa – elevemos al Señor la oración de la fe por nuestros hermanos enfermos y por todos los que se ocupan de ellos y los asisten”. El Diácono administrante, Stefano Maffei, invitaba a la asamblea a invocar: “Escúchanos oh Señor”. El Diácono elevaba luego al cielo las intenciones: “Para que el Señor bengiga a los enfermos; les dé fuerza y salud; alivie sus sufrimientos; los libere del



pecado y de toda tentación”. Se ampliaban las intenciones: “Para que todos los enfermos sientan la consolación de su gracia; para que su bendición acompañe a los que asisten a los enfermos; para que estos enfermos mediante la sagrada Unción con la imposición de las manos obtengan vida y salvación”.

### **Liturgia de la unción e imposición de las manos**

El Santo Padre imponía las manos sobre la cabeza de diez enfermos, mientras otros ocho concelebrantes hacían lo mismo sobre ciento-noventa enfermos colocados en los lados del sagrario. Seguía la oración de la “acción de gracias sobre el Oleo”, la “Sagrada Unción” en la frente y en las manos de los enfermos: “Por esta Santa Unción y por su piísima misericordia, te ayude el Señor con la gracia del Espíritu Santo. Y al librarte de los pecados, te salve y en su bondad te alivie”. Durante la “Liturgia de la Unción” el Santo Padre era ayudado, entre otros, por el Arzobispo Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para los agentes sanitarios y para la pastoral de la salud; Mons. Crescenzo Sepe, Arzobispo, Secretario General del Comité del Gran Jubileo del Año 2000; Mons. Alessandro Plotti, Arzobispo de Pisa, Presi-

dente de Unitalsi; Mons. José Luis Redrado Marchite, O.H. Secretario del Pontificio Consejo para los agentes sanitarios y para la pastoral de la salud; Fr. Pascual Piles Ferrando, Superior General de la Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios; P. Angelo Brusco, Superior General de los Clérigos Regulares Ministros de los Enfermos (Camilianos); P. Felice Ruffini, M.I. Vice-Secretario del Pontificio Consejo para los agentes sanitarios y para la pastoral de la salud.

### **La oración al Padre por la intercesión de María**

A la oración de los fieles, en lengua portuguesa, sor Laurinda Faria, Consejera General de las Religiosas hospitalarias del Sagrado Corazón, oraba así: “Oh Padre, cuyo único Hijo ha tomado sobre sí la pobreza y la debilidad de todos los hombres, haz que tu Iglesia sepa inclinarse sobre cada hombre herido en el cuerpo y en el espíritu y derrame sobre ellos el óleo de la consolación y el vino de la esperanza”.

En árabe, la doctora Maya El-Hachen, responsable del módulo de dermatología pediátrica en el hospital *Bambino Gesù*, oraba: “Tú que en todo tiempo suscitas hombres y mujeres que por vocación y profesión dedican su vida al servicio de los enfermos en las casas y en los hospitales, haz que en su empeño cotidiano se inspiren en el ejemplo de Cristo, Maestro y Señor”.

En polaco, el Prof. Henryk Chmielewski, Director de la Clínica neurológica en la Academia militar de medicina de Lódz, elevaba esta invocación: “Tú que en la pasión de tu Hijo nos has revelado el valor cristiano del padecer, haz que no falte a cada enfermo la consolación de la Palabra y de los sacramentos de la fe”.

Muhindo Mughanda en lengua swahili oraba con esta intención: “Tú que conoces los tiempos y los momentos de nuestra vida, haz que, cuando la prueba y el dolor nos visiten, podamos experimentar la solidaridad de quien, por tu gracia, goza de buena salud”.

En francés, el Prof. Alain Lejeune, Presidente de la Federación Internacional de los Farmacéuticos Católicos, oraba de este modo: “Tú que en este año jubilar nos invitas a redescubrir nuestro rostro de hermanos y hermanas en torno a la única mesa del Cuerpo y Sangre de tu Hijo, apresura el día en que toda lágrima se secará y finalmente podremos sentarnos en la mesa contigo en la paz duradera”.

El Santo Padre concluía: “Dios nuestro Padre, que en la escuela de Cristo tu Hijo nos has revelado la esperanza que nace de la Cruz,

escucha nuestras súplicas y haz que acojamos con gozo la palabra de vida y la pongamos en práctica con compromiso, siguiendo el ejemplo de María, la Madre de tu Hijo”.

Dieciseis personas – enfermos y personal sanitario – se presentaban al Papa en la ofrenda de los dones. Entre otros, presentaron tres proyectos de estructuras sanitarias para algunos países del tercer Mundo, un cirio y un cesto de flores.

### De Czestochowa a Fátima

Lourdes, Czestochowa, Yanoussoukro, Guadalupe, Fátima, Harissa en Líbano: son los santuarios marianos en donde se ha celebrado en los años pasados la Jornada Mundial del Enfermo. Hoy se celebra en la Plaza San Pedro, en el año del Gran Jubileo del 2000. Continúa la historia del sufrimiento. Continúa el heroísmo de los hijos y de las hijas de la Iglesia que se inmolan en el altar del sufrimiento con heroísmo y con dedicación sin límites.

Alrededor del altar se encontraban el Cardenal Schwery, Obispo emérito de Sión, Vincenzo Fagiolo e Dino Monduzzi; el Arzobispo Rizzato, Limosnero de Su Santidad; los Obispos James Michael Harvey, Prefecto de la Casa Pontificia y Stanislaw Dziwisz, Prefecto Adjunto; el Arzobispo Remigio Ragonesi;

Mons. Umberto Tramma, Obispo emérito de Nola; el Obispo maronita El-Hachem; los miembros, los oficiales y los consultores del Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios.

En lugares reservados estaban el Ministro de la Salud del Gobierno Italiano, Hon. Rosy Bindi y otras autoridades. En el sagrato, en medio de los hermanos enfermos, estaba Kirk Kilgour, campeón de balonvolea, desde hace 24 años en silla de ruedas. Servían en el altar los Clérigos Regulares Ministros de los Enfermos (Camilianos), de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y del Pontificio Colegio Urbano.

Acompañaba el canto litúrgico también la Coral San Vito de San Vito de los Normanos (Brindisi).

En la Logia del Mayordomato estaban mil quimientos fieles provenientes de Massa Carrara en peregrinación jubilar.

Terminada la celebración, el Santo Padre subía en el jeep y bajaba a la Plaza para saludar, consolar y bendecir a los enfermos.

En sus miradas llenas de luz brillaba el gozo y el sol de la primavera.

P. GIANFRANCO GRIECO

\* Cfr. L' Osservatore Romano del 12/02/2000

## Palabras de saludo

Beatísimo Padre:

Se encuentran en esta Basílica de San Pedro enfermos y profesionales de la salud, provenientes de los cinco Continentes, con el fin de celebrar con Vuestra Santidad la Jornada Jubilar del Enfermo.

Se han preparado mediante una larga peregrinación desde sus lugares de origen, con todos los sufrimientos que significa para ellos hacer un desplazamiento tan largo. El día de ayer se preludió esta Jornada jubilar del Día del Enfermo con una Vigilia de Oración en la Basílica de San Pablo extramuros y hoy los enfermos y los profesionales de la salud se encuentran en esta patriarcal Basílica para que Vuestra Santidad los conduzca hacia la plenísima indulgencia encontrando a Cristo centro de su propia historia en el sufrimiento y el dolor pero también en la salud de su resurrección.

La presencia de estos enfermos y profesionales de la salud quiere ser un cántico de soli-

daridad y esperanza. Solidaridad y comunión en la enfermedad y esperanza en la salud de la resurrección. Quieren mediante la Indulgencia incrementar su comunión y ser testigos de Cristo único Camino, Verdad y Vida, como respuesta a tantos interrogativos que les suscita el estado de enfermedad en que se encuentran, tanto a ellos como a todo el mundo.

La presencia de Vuestra Santidad es la máxima intensificación de esta comunión por nuestra unión con el sucesor de Pedro, fuente de unidad y de firmeza de toda la Iglesia. Deseamos vivamente que Vuestra Santidad nos conduzca con toda la fuerza del Año Jubilar en esta Eucaristía, a la única respuesta que el mundo puede encontrar a los problemas planteados por la cultura de la muerte en una plena apertura a la cultura de la vida.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN,  
*Arzobispo-Obispo emérito de Zacatecas,  
Presidente del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud.*

# El dolor iluminado por la fe es fuente de esperanza y salvación

HOMILÍA DEL SANTO PADRE DURANTE LA CONCELEBRACIÓN EUCARÍSTICA EN LA PLAZA SAN PEDRO, 11 FEBRERO DEL 2000

1. «Nos visitará el sol que nace de lo alto» (Lc 1, 78). Con estas palabras, Zacarías anunciaba la ya próxima venida del Mesías al mundo.

En la página evangélica que acabamos de proclamar, hemos revivido el episodio de la Visitación: la visitación de María a su prima Isabel, la visitación de Jesús a Juan, la visitación de Dios al hombre.

Amadísimos hermanos y hermanas enfermos, que habéis venido hoy a esta plaza para celebrar vuestro jubileo, también el acontecimiento que estamos viviendo es *expresión de una peculiar visitación de Dios*. Con esta certeza, os acojo y os saludo cordialmente. Estáis en el corazón del Sucesor de Pedro, que comparte todas vuestras preocupaciones y angustias: ¡sed bienvenidos! Con íntima emoción celebro hoy el gran jubileo del año 2000 junto con vosotros, y con los agentes sanitarios, los familiares y los voluntarios que os acompañan con diligente abnegación.

Saludo al arzobispo monseñor Javier Lozano Barragán, presidente del Consejo pontificio para la pastoral de los agentes sanitarios, y a sus colaboradores, que se han ocupado de la organización de este encuentro jubilar. Saludo a los señores cardenales y obispos presentes, así como a los prelados y sacerdotes que han acompañado a grupos de enfermos en esta celebración. Saludo a la ministra de Salud pública del Gobierno italiano y a las demás autoridades que han participado. Por último, saludo y doy las gracias a los numerosos profesionales y voluntarios que han estado dispuestos a ponerse al servicio de los enfermos durante estos días.

2. «Nos visitará el sol que nace de lo alto». ¡Sí, Dios nos ha visitado hoy! Él está con nosotros en toda situación difícil. Pero *el jubileo es experiencia de una visitación suya muy singular*. Al hacerse hombre, el Hijo de Dios ha venido a visitar a casa una de las personas y se ha convertido para cada una de ellas en «la Puerta»: Puerta de la vida, Puerta de la salvación. Si el hombre quiere encontrar la salvación, debe encontrar a través de esta Puerta. Cada uno está invitado a cruzar este umbral.

Hoy estáis invitados a cruzarlo especialmente vosotros, queridos enfermos y personas que sufrís, que habéis acudido a la plaza de San Pedro desde Roma, desde Italia y desde el mundo entero. También estáis invitados vosotros que, comunicados por un puente televisivo especial, os unís a nosotros en la oración desde del santuario de Czestochowa (Polonia): os envío mi saludo cordial, que extendiendo de buen grado a cuantos, mediante la televisión y la radio, siguen nuestra celebración en Italia y en el extranjero.

Amadísimos hermanos y hermanas, algunos de vosotros estáis inmovilizados desde hace años en un lecho de dolor: pido a Dios que este encuentro constituya para ellos un extraordinario alivio físico y espiritual. Deseo que esta conmovedora celebración ofrezca a todos, sanos y enfermos, la oportunidad de meditar en el valor salvífico del sufrimiento.

3. El dolor y la enfermedad forman parte del misterio del hombre en la tierra. Ciertamente, es justo luchar contra la enfermedad, porque la salud es un don de Dios. Pero es





importante también saber leer el diseño de Dios cuando el sufrimiento llama a nuestra puerta. *La «clave» de dicha lectura es la cruz de Cristo.* El Verbo encarnado acogió nuestra debilidad, asumiéndola sobre sí en el misterio de la cruz. Desde entonces, el sufrimiento tiene *una posibilidad de sentido*, que lo hace singularmente valioso. Desde hace dos mil años, desde el día de la pasión, la cruz brilla como suprema manifestación del amor que Dios siente por nosotros. Quien sabe acogerla en su vida, experimenta cómo el dolor, iluminado por la fe, se transforma en fuente de esperanza y salvación.

Ojalá que Cristo sea la Puerta para vosotros, queridos enfermos llamados en este momento a llevar una cruz más pesada. Que Cristo sea también la Puerta para vosotros, queridos acompañantes, que los cuidáis. Como el buen samaritano, todo creyente debe dar amor a quien sufre. No está permitido «pasar de largo» ante quien está probado por la enfermedad. Por el contrario, hay que detenerse, inclinarse sobre su enfermedad y compartirla generosamente, aliviando su peso y sus dificultades.

4. Santiago escribe: «¿Está enfermo alguno entre vosotros? Llame a los presbíteros de la

Iglesia, que oren sobre él y le unjan con óleo en el nombre del Señor. Y la oración de la fe salvará al enfermo, y el Señor hará que se levante, y si hubiera cometido pecados, le serán perdonados» (St 5, 14-15). Dentro de poco reviviremos de modo singular esta exhortación del Apóstol, cuando algunos de vosotros, queridos enfermos, recibáis el sacramento de la unción de los enfermos. El, devolviendo el vigor espiritual y físico, pone muy bien de relieve que Cristo es para la persona que sufre *la Puerta que conduce a la vida.*

Queridos enfermos, éste es el momento culminante de vuestro jubileo. Al cruzar el umbral de la Puerta santa, uníos a todos los que, en todas las partes del mundo, ya la han cruzado, y a cuantos la cruzarán durante el Año jubilar. Ojalá que pasar a través de la Puerta santa sea signo de vuestro ingreso espiritual en el misterio de Cristo, el Redentor crucificado y resucitado, que por amor «llevó nuestras dolencias y soportó nuestros dolores» (Is 53, 4).

5. La Iglesia entra en el nuevo milenio estrechando en su corazón el evangelio del sufrimiento, que es anuncio de redención y salvación. Hermanos y hermanas enfermos, sois testigos singulares de este Evangelio. El tercer milenio espera este testimonio de los cristianos que sufren. Lo espera también de vosotros, agentes de la pastoral sanitaria, que con funciones diferentes cumplís junto a los enfermos una misión tan significativa y apreciada, apreciadísima.

Que se incline sobre cada uno de vosotros la Virgen Inmaculada, que nos visitó en Lourdes, como hoy recordamos con alegría y gratitud. En la gruta de Massabielle confió a santa Bernardita un mensaje que lleva al corazón del Evangelio: a la conversión y a la penitencia, a la oración y al abandono confiado en las manos de Dios.

Con María, la Virgen de la Visitación, elevamos también nosotros al Señor el «Magnificat», que es el canto de la esperanza de todos los pobres, los enfermos y los que sufren en el mundo, que exultan de alegría porque saben que Dios está junto a ellos como Salvador.

Así pues, con la Virgen santísima queremos proclamar: «Proclama mi alma la grandeza del Señor», y dirigir nuestros pasos hacia la verdadera Puerta jubilar: Jesucristo, que es el mismo ayer, hoy y siempre.

# Atravesando la Puerta Santa en San Pablo con miles de enfermos\*

10 FEBRERO DEL 2000: SANTA MISA PRESIDIDA POR EL ARZOBISPO LOZANO BARRAGÁN

En la tarde del día jueves, un largo, profundo e interminable río de peregrinos ha llenado el interior de la Basílica de San Pablo extramuros. Los que atravesaban la Puerta Santa no eran peregrinos “comunes”, sino las “personas privilegiadas” de este Año Santo: los que sufren, los enfermos, con sus acompañadores, familiares o voluntarios.

He aquí los peregrinos privilegiados; en efecto, así los ha llamado en los días pasados el Arzobispo Crescenzo Sepe, Secretario General del Comité del Gran Jubileo del Año 2000, durante la conferencia de prensa para presentar el Jubileo de los Enfermos y de los Agentes Sanitarios, cuyas celebraciones se han inaugurado justamente el jueves por la tarde con ese río de personas que han intervenido en la solemne Misa en la Basílica.

## Un río de sufrimiento y de amor

Incluso cuando la celebración había comenzado, el flujo de peregrinos – a pie, en silla de ruedas, en camilla – no daba señal de detenerse, haciendo entrar en el interior de la Basílica, casi un océano de sufrimiento y de dolor, pero también y, sobre todo, de amor y fe.

De este amor y de esta fe ha hablado en la homilía el Arzobispo Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, quien ha presidido la concelebración eucarística. Con él han concelebrado el Secretario del mismo Pontificio Consejo, el Obispo José Luis Redrado Marchite y 23 entre Arzobispos y Obispos, además de cien sacerdotes provenientes de diferentes partes de Italia y del mundo.

“Cristo es el centro de convergencia de todos y a El debemos llegar todos juntos – ha dicho el Arzobispo Lozano Barragán – El es el centro de la historia de toda la humanidad y de la historia de cada uno de nosotros. Pero para llegar a Cristo tenemos necesidad de dos actos: el acto de fe y el acto de amor, que son como los pies con los cuales caminamos hacia esta centralidad del Señor Jesús”.

La fe de los enfermos y de sus familiares. La caridad de quien los acompaña. “Acom-

pañarles es como ayudar a uno de la familia. Es una simple y precisa respuesta a alguien que te ama, que te pide una mano”. Esto nos dice Giusi, 25 años, que ha venido de Salerno con Unitalsi.

## Gente simple, gente serena

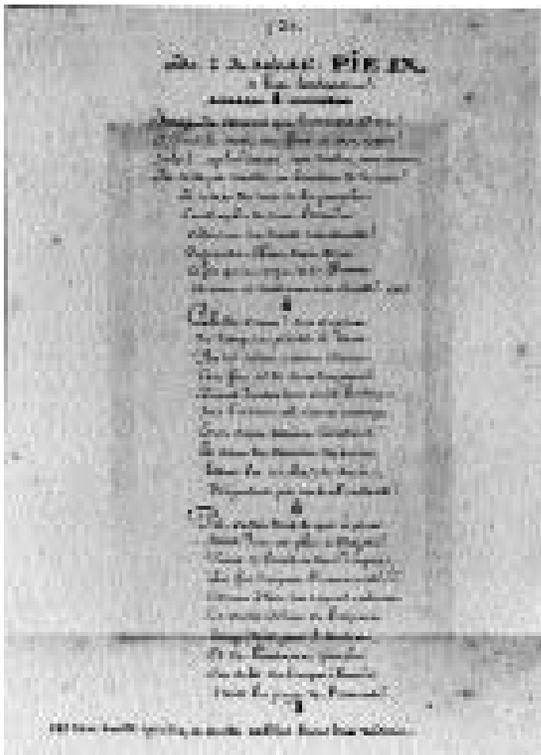
Con el mismo tren han venido Eleonora y Antonio, esposos, con su hijo Antonio, afecto de encefalitis desde que tenía quince meses.

Ahora tiene 32 años. Está sentado en medio de ellos en una banca en el fondo de la Basílica.

Es gente sencilla, agobiada por la vida pero serena: “Es la fe que nos ha traído aquí” nos dice la señora Eleonora, con una expresión cándida y sincera que vale ríos de palabras.

La fe y la devoción de esta multitud que ha venido de todo el mundo da testimonio, además que por su compostura, por sus miradas y, sobre todo, por su deseo de reconciliarse con el Señor.





Durante toda la santa Misa, a lo largo de las naves laterales de la Basílica, junto a los confesionarios pero también en los ángulos de la iglesia, se podía notar grupos numerosos de personas en espera de confesarse.

Perdón e indulgencia, no otra cosa, han venido a suplicar estos peregrinos, como ha subrayado en la homilía Monseñor Lozano Barragán, quien, a su vez, les ha pedido que unan su sufrimiento al de Cristo y ofrezcan con El, en comunión con María, con los santos y con el Papa, su dolor y su oración por la salvación de la humanidad “para que Cristo brille de nueva luz en este nuevo milenio”, “para que desaparezca el ateísmo práctico que invade nuestros países con la secularización”.

“El pasaje de la Puerta Santa – ha dicho también el arzobispo – sea para vosotros pasaje de la oscuridad a la luz, del odio al amor, de la injusticia a la justicia, de la tristeza a la alegría”.

En efecto, no había tristeza en los rostros de los miles de personas. Sufrimiento sí pero no tristeza. Más bien, mucha luz, mucha esperanza, mucho amor, mucha dulzura.

## La historia de Francesca

Hemos conocido a Francesca, de pie junto a un joven en silla de ruedas: los gestos con los que le acudía eran tan afectuosos que los hemos confundido por madre e hijo.

Francesca, en cambio, desde hace 16 años es una “dama de la caridad”, y ha acompañado a Roma a Antonio, 18 años, afecto de tetraparesis espástica desde su nacimiento.

Vienen de Sibari, Calabria. “Desde hace dos años nos movemos con Unitalsi – nos dice Francesca –. Para él es importante, porque antes nunca lograba salir de casa. Ahora se está volviendo más seguro”.

“He venido por fe y también por curiosidad – confía Antonio, que estudia liceo clásico –. Es importante confrontarse con los demás que tienen tus mismos problemas, tanto desde un punto de vista humano como religioso. Estoy contento: he pasado la Puerta Santa, incluso he encontrado amigos”.

Le pedimos si se siente un peregrino “privilegiado”. “No – responde, casi tomándose el pelo –. Me siento como todos los demás. Ciertamente, el sufrimiento aumenta tu sensibilidad. Sobre todo es hermoso ver a tanta gente que se dedica a los demás”.

## Una lección

Pero los que realmente hacen algo por los demás – quisiéramos decirle a Antonio – son personas como él, que sufren pero no escatiman distribuir sonrisas.

Es una lección importante que también han acogido Silvia y Francesco, de 17 y 18 años, respectivamente, que encontramos en la Basílica con la mirada aparentemente sin pensamientos. También ellos han venido desde Ancona acompañando a los enfermos.

“Hemos aprendido muchas cosas – nos dicen repentinamente serios –. Ante todo a respetar a los demás; asimismo, que nosotros, con nuestra salud, realmente somos muy afortunados. Su sufrimiento nos enseña cuáles son los verdaderos valores de la vida, nos enseña a vivir”.

Dr. ALESSANDRO IAPINO

\*Cfr. L'Osservatore Romano del 12/02/2000

## Homilía de S.E. Mons. Lozano en la Basílica de San Pablo extramuros

Saludo a todos ustedes, Excelentísimos Sres. Obispos, sacerdotes, profesionales de la salud, enfermos, que han venido de tantos países del mundo para encontrarse con Cristo, fuente de la salud, en este Año Jubilar.

En el Año Jubilar existen muchos elementos que nos acompañan y nos ayudan para encontrarnos con Cristo, lo más importante es resaltar que Cristo es el centro de convergencia de todos y que a El debemos de acudir todos juntos. Es el centro y así nos da la unidad y la comunión. La fecha que hoy estamos celebrando, el 2000 Aniversario del Nacimiento de Cristo en la historia, nos recuerda que Cristo es el centro mismo de la historia, de la historia de toda la humanidad y de la historia de cada uno de nosotros. Toda la vida que hemos recorrido tiene su horizonte, su centro, su razón de ser en Cristo.

Para llegar así a Cristo son necesarios dos actos: la fe y el amor; son como los dos pies con los que avanzamos hacia esta centralidad del Señor Jesús; así nos arrepentimos de todo aquello que nos haya desviado de El y le pedimos su perdón e indulgencia. Necesitamos también la humildad para reconocer nuestras faltas y pecados y pedirle ahora al Señor la remisión de los mismos. Ejercitamos también la virtud de la esperanza como algo específicamente cristiano: nos acogemos a la misericordia de Dios confiados en los méritos de Cristo, que hacen valer los méritos de la Santísima Virgen y de los Santos, y le pedimos a Dios que nos aplique estos méritos para lograr nuestro pleno amor por su perdón.

Para llevar a cabo esta circularidad de los méritos de Cristo, de la Santísima Virgen y de los Santos en nuestras pobres personas necesitadas de perdón y de indulgencia, tenemos una fe muy grande en la mediación de la Iglesia. Sabemos que el Señor Jesús confió a sus apóstoles con Pedro a la cabeza, el poder de perdonar en su nombre los pecados, y que este poder, de una manera viva ha circulado durante toda la historia, y lo hará hasta el fin del mundo, a través de los Obispos con el Papa a la cabeza, como sucesores del Colegio apostólico. Tenemos fe en la Iglesia que es una, santa, católica y apostólica, y confiados en esta apostolicidad venimos a la Sede de

Pedro para que el Papa mismo haga llegar a nosotros la gracia de la misericordia y del perdón plenísimo.

Esto significa nuestra peregrinación, hemos venido caminando con nuestros dos pies especiales: el de la fe y el del amor, de la caridad, y después de muchos trabajos, dada nuestra especial condición, hemos llegado a la Puerta Santa y la hemos atravesado para significar que hemos pasado de las tinieblas a la luz, del odio al amor, de la injusticia a la justicia, de la tristeza a la alegría, y hemos llegado a la tumba de los apóstoles en esta Basílica de San Pablo extramuros para obtener por intermedio de ellos la más plena indulgencia que refrendaremos el día de mañana en la Basílica de San Pedro bajo la presidencia inmediata del Santo Padre Juan Pablo II.

Hemos pasado de la tristeza a la alegría. Nos damos cuenta de que nuestros sufrimientos, nuestros dolores, unidos a los de Cristo en su pasión y cruz gloriosa, no son algo negativo, sino que Cristo mismo los ha asumido ya y los ha tornado en algo tan positivo, como es la fuente de alegría, redención y resurrección. Nuestros padecimientos se han vuelto en esta peregrinación del Año Jubilar, fuente de vida. La meta de nuestro peregrinar ha llevado consigo pasar por la Puerta Santa, lo que ha significado pasar de la muerte a la





vida. Esta es la indulgencia plenísima que deseamos: vivir siempre en plenitud de salud en el mismo dolor y sufrimiento.

En nuestra Iglesia se da lo que llamamos la Comunión de los Santos. Lo que cada quien hace de bueno en la vida, gracias a los méritos de Cristo, en virtud de los mismos, se torna en fuente de salvación para los demás. Así sucede con los méritos de la Santísima Virgen María y con los méritos de todos los santos y también con los méritos de todos nosotros, especialmente de los enfermos. Vivimos en una estrecha comunión y unidad en la Iglesia, esta es la Iglesia una y santa que en toda la universalidad de la misma, en su catolicidad, gracias a la fuerza apostólica se vuelve para todos fuente de salvación, por supuesto desde Cristo el único Salvador.

Hoy, en esta vigilia de oración, exhorto a todos ustedes, especialmente a los enfermos, a ofrecer sus propios sufrimientos y dolores a Cristo para que El los tome, los asuma; más aún, ya los ha asumido, y desde ellos concede todas sus gracias sobre todos ustedes y sobre toda la Iglesia. Estos regalos significan el perdón de las penas debidas por nuestros pe-

cados, esto es, significa que nos aproximamos amorosamente más a Cristo y recibimos así la indulgencia plenaria.

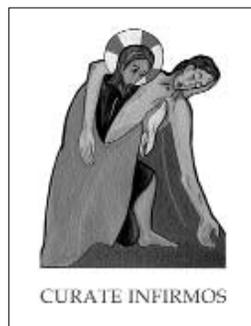
Decíamos que los pasos fundamentales para hacer fructificar nuestra peregrinación son la fe y el amor, la caridad; en efecto, por ellos podemos afirmar a Cristo como nuestra propia unidad, como nuestra comunión, nuestro horizonte, nuestro centro. Por eso el Papa nos invita ahora a que todos nuestros sufrimientos y nuestra plegaria jubilar la elevemos por dos intenciones muy definidas: porque Cristo sea predicado donde todavía no se conoce y porque haya libertad de practicar la religión cristiana en todo el mundo. Podemos en este momento ofrecer todos nuestros padecimientos, nuestras enfermedades, nuestros dolores para que Cristo resplandezca con una nueva luz en este milenio que comienza, para que en todas partes se lleve a cabo una nueva Evangelización, para que se termine el ateísmo práctico que invade con el secularismo tantos de nuestros países, para que todo el mundo reconozca que no hay otro salvador que Cristo Jesús, y para que todos puedan ejercer su derecho fundamental a creer en Cristo y comportarse como tales en todos los ámbitos de la vida. Hay necesidad de llevar a Cristo a ambientes tan distintos como la economía, la política, la cultura, la sociedad entera. Nuestra plegaria en este Año Jubilar es que nuestras enfermedades, sufrimientos y dolores se vuelvan manantiales de los que brote la vida para toda la humanidad.

Que la Virgen Santísima, la gran Puerta Santa de toda la historia, nos haga cruzar esta puerta para encontrarnos con su Hijo Jesucristo, medicina de todas nuestras enfermedades y curación de todos nuestros dolores. En este Año Jubilar nos encontraremos así con Cristo el médico divino que nos otorga la felicidad.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN,  
*Arzobispo-Obispo emérito de Zacatecas,  
 Presidente del Pontificio Consejo  
 para la Pastoral de la Salud  
 Santa Sede*

***Jubileo  
de los Enfermos  
y de los Agentes  
Sanitarios***

***El Agente sanitario  
y los desafíos  
del tercer milenio***



***Congreso de los Obispos  
encargados de la  
Pastoral de la Salud en las  
Conferencias Episcopales***

***Congreso de las  
Asociaciones Católicas  
de Agentes Sanitarios***

***9 de febrero 2000  
Aula Nueva del Sínodo  
Ciudad del Vaticano***

# Saludo en el Congreso conjunto de profesionales de la salud

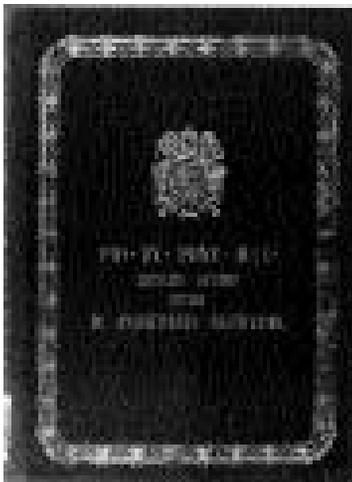
20

Dentro de este marco festivo del gran Jubileo del 2000 tenemos el gusto de celebrar este Congreso de tanta importancia para todos los profesionales de la salud. Doy la más cordial de las bienvenidas a todos ustedes, Excelentísimos Sres. Obispos, Sacerdotes, Médicos, Enfermeros, Farmacéuticos, Voluntarios; a todos les deseo que este Congreso aporte uno de los frutos más señalados para la Pastoral de la Salud, como inicio de este tercer milenio.

Trabajaremos en este Congreso dentro del espíritu mismo del Jubileo que tiene como finalidad poner a Cristo como el centro de la historia, de los tiempos, del cosmos. Así se tratará de poner a Cristo como el centro de la Medicina en toda su acepción. En esta forma es como haremos una verdadera Pastoral de la Salud. Frente a las problemáticas que hoy en día enfrentan las diversas categorías de los profesionales de la salud y que tantas veces vienen como dispuestas por la globalización de la economía, proponemos un nuevo modelo de hacer la medicina, que tenga como meta, como finalidad, como horizonte, sólo a Cristo.

Con este horizonte hemos trazado el tema de este Congreso, la identidad y los retos que ante el nuevo milenio enfrentan los Pastores encargados de la Pastoral de la Salud, los médicos, los enfermeros, los farmacéuticos; todos aquellos que de una o de otra manera se ocupan de este sector tan importante en la vida actual.

Dada la complejidad del tema vamos con el favor de Dios a proceder en dos momentos, uno analítico y otro sintético. En el primero nos vamos a dividir por grupos para que cada rama de profesionales estudie en especial sus



propios problemas y aporte las soluciones que le parezcan más oportunas; en el segundo momento, nos reuniremos todos para intercambiar las diversas soluciones y tener así una visión de conjunto.

Sres. Obispos y sacerdotes, médicos, enfermeros y enfermeras, farmacéuticos, cada uno tendrá una localidad separada para estudiar lo que le corresponda. El método será muy simple: Conferencias que exponen el problema y apuntan hacia las soluciones pertinentes y discusión en el mismo grupo a manera de forum. Habrá secretarios en cada grupo que recojan el debate y serán los expositores en el momento sintético; a través de los mismos se dará a toda la asamblea el resultado de los estudios de cada una de las ramas de las diversas profesiones en el campo de la salud y se obtendrá la esperada visión de conjunto. Esperamos poder luego hacer una publicación adecuada con todo el material que recojamos, de manera que se tenga memoria de este primer estudio complejo del milenio sobre la Pastoral de la Salud, y se puedan utilizar sus resultados en la Iglesia.

Como ustedes mismos lo pueden comprobar, la asistencia a este Congreso ha sido se-

lectiva. Todos ustedes vienen a nombre propio, es verdad, pero también como representantes de los demás profesionales de la salud en su propio ramo. Es a través de ustedes mismos y de sus diversas organizaciones que deben de hacer llegar las iluminaciones que se logren en este Congreso a todos los demás miembros de su profesión. Llevan así la responsabilidad de tantos otros que hubieran querido venir pero que no lo han podido hacer, ya que por razones sólo de cupo en nuestras salas no hemos logrado extender nuestra invitación a más profesionales de la salud. Su presencia es pues muy calificada, lo que los sitúa en una posición de mucha responsabilidad en la evangelización de la medicina desde el lugar singular en el que se encuentran.

Quiera la Santísima Virgen, la gran Puerta Santa por la que llegó Cristo al mundo y por la que nosotros transitamos para llegar a Cristo en el Año Jubilar, conducimos en este primer acto de nuestra Jornada jubilar del Día del Enfermo, a poner a Cristo en el centro de todas nuestras vidas, tanto a nivel personal como en la misma profesión a la que pertenecemos, de manera que le podamos ofrecer al mundo actual una luz sobre cómo llegar a la plena salud e un mundo en el que la armonía se destruye tantas veces y se hiere profundamente la solidaridad, en especial con la marginación de los más pobres y más enfermos.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO  
BARRAGÁN,  
*Arzobispo-Obispo emérito  
de Zacatecas,  
Presidente del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud.*

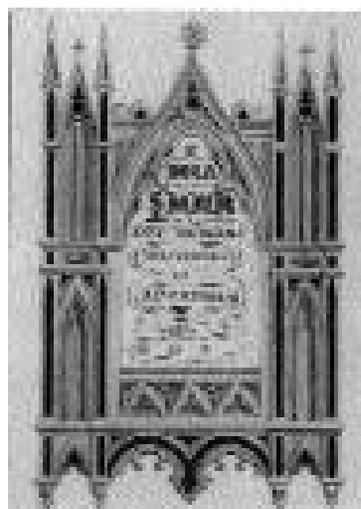
# Organismos episcopales nacionales, diocesanos y parroquiales para la Pastoral de la Salud\*

## Naturaleza, finalidad y operatividad de un organismo de la pastoral de la salud

En primer lugar tenemos que definir claramente la naturaleza de un Organismo episcopal nacional para la pastoral de la salud desde su finalidad y decimos que manifiesta la solicitud de la Iglesia por los enfermos en cuanto que se dirige a los profesionales de la salud, vela la acción pastoral de los profesionales de la salud, sabe que la acción de estos es motivada por la misericordia que en ellos se encuentra y desea que esta misericordia se incremente.

El Organismo de la pastoral de la salud tiene así como destinatarios a los profesionales de la salud y si queremos sintetizar la acción que debe realizar, decimos que su finalidad es: *manifestar la solicitud de la Iglesia por los enfermos, ayudando a los que llevan a cabo el servicio hacia ellos y hacia los que sufren para que el apostolado de la misericordia del que se ocupan responda siempre mejor a las nuevas exigencias.*

La pregunta ahora es sobre la manera de hacerlo, su operatividad: *¿cómo proceder en la práctica?* La respuesta la da-



mos desde cuatro capítulos de acción que titulamos: *Enseñanza, Colaboración, Favorecimiento, Seguimiento.*

### 1. Enseñanza

El Organismo de la pastoral de la salud tiene a su cargo una tarea en primer lugar doctrinal, esto es, tiene que hacer conocer el sentido cristiano de la salud, de la enfermedad y del dolor humano, de acuerdo a los nuevos tiempos en que nos encontramos.

#### a. La salud

Lo básico en el concepto cristiano de salud es que la persona humana pueda tener el bienestar físico, psíquico, social y espiritual necesarios para llevar a cabo la misión que Dios le ha entregado y que va cambiando de acuerdo a cada etapa de la vida.

El trabajo de los profesionales de la salud debe así ir dirigido a que cada persona tenga la suficiente salud para que pueda llevar a cabo su propia misión en la etapa vital en la que se encuentre.

#### b. Sentido del dolor

El dolor debe entenderse y vivirse desde el dolor de Cristo. Cristo redime con su dolor y nos libra definitivamente del dolor. Sabemos que éste es el sentido de su muerte y resurrección redentoras.

El Organismo de pastoral de la salud ilumina así con el dolor de Cristo el concepto verdadero de salud y le da una perspectiva que en las concepciones actuales secularistas no se encuentra.

#### c. Adecuación a los nuevos tiempos

La acción pastoral del agente de la salud debe acomodarse a los nuevos tiempos en los que

se encuentran innumerables problemas a los que hay que dar una solución adecuada; pensemos por ejemplo en lo que lleva consigo la globalización y sus efectos que presenta en la pastoral de la salud. Aquí nos vamos a fijar sólo en tres problemas actuales que son de inmediata importancia para el agente pastoral de la salud: la socialización de la salud, las cuestiones de bioética y la educación para la salud.

#### c.1 Socialización de la salud

La acción del agente pastoral de la salud cambia según el cuadro de atención social al enfermo que se le presente; habrá países en los que su acción más importante será la de proveer de cuidados sanitarios primarios a los enfermos en sus propias casas o bien en hospitales privados o católicos; en otros países se tendrá más bien que organizar de una mejor manera la atención a los enfermos en los centros estatales de salud; en otros, se privilegiará la atención domiciliaria de los enfermos después de que egresan de los centros de salud, etc.

#### c.2 Cuestiones de bioética

Con relación al origen de la vida, el principio básico sigue permaneciendo el que la vida humana es un don de Dios, y como tal hay que tratarlo. La manera como Dios quiere que se transmita este don es en la forma más alta de amor que es el amor matrimonial de la pareja, el varón y la mujer, en el seno de una familia. Todo aquello que contradiga este principio no es aceptable, moralmente hablando.

Respecto a la eutanasia, vale también el mismo principio, la vida es un don de Dios, por tanto no está en el hombre quitársela directamente a otro hombre inocente.

#### c.3 Educación para la salud

Se debe educar en la huma-

nización y en la calidad de vida, en la llamada "QALYS" (quality adjusted life years system), la calidad de vida ajustada a los diferentes años que se viven. Entendemos la "Qalys" en este sentido: en la solución al problema de la calidad de vida se debe atender no solamente a la cantidad de años que se viven, sino a su calidad, y esta calidad se mide no sólo por los recursos económicos que existan, sino también por los recursos familiares, sociales, de medio ambiente, espirituales y demás, que hacen de una vida útil para sí y para los demás, una vida que realmente cumpla la misión que Dios le ha asignado.

## 2. Colaboración

El Organismo nacional de pastoral de la salud deberá colaborar con las Iglesias particulares, las Diócesis, en la asistencia espiritual a los profesionales de la salud, ofreciéndoles los subsidios correspondientes.

Estos son los principales agentes de salud:

### a. Parroquias

La pastoral de los profesionales de la salud, para que realmente llegue a su efectividad concreta tiene que estar asentada en la misma parroquia. Lo que decimos acerca de la doctrina, de la colaboración, fomento y seguimiento en la pastoral de la salud, para que tenga concreción, debe ser llevado a cabo en su debida proporción por cada uno de los párrocos.

### b. Hospitales católicos

El criterio que tomamos para saber si un hospital pueda llamarse católico o no, es que prolongue o no el ministerio sanante de Cristo en el mundo de hoy, aceptando el Magisterio de la Iglesia en la pastoral global de la salud y que sea reconocido como tal por la autoridad eclesiástica competente (Cf. can. 300). Esto es, que acepte el Magisterio de la Iglesia, tanto en cuestiones de salud propiamente dichas, en particular con relación a la vida en sus comienzos y sus etapas terminales, como también en los problemas económicos.

### c. Capellanes de hospitales

La figura del Capellán de hospital o de un centro de salud cualquiera, está cada vez cobrando mayor importancia; ha evolucionado de alguien que se dedicaba sólo a la pastoral sacramental con los enfermos, a quien también da el sentido cristiano de la salud y la enfermedad y atiende a toda la problemática resultante, en el mismo nivel y ambiente de los demás profesionales de salud: médicos, enfermeros, administradores de hospital, farmacéuticos, etc.

### d. Religiosas

Cada vez es más difícil el trabajo de los y las religiosas en el ámbito hospitalario y que las vocaciones para esta pastoral están disminuyendo en algunos países. Sin embargo, es ahora cuando el religioso y la religiosa necesitan hacerse más presentes en estos lugares, tanto porque se está recuperando la visión espiritual en el campo de la salud, como porque por otra parte, se va acentuando cada vez más la secularización del mundo de la medicina.

### e. Médicos

Existe la organización de médicos católicos a nivel internacional y a nivel nacional. Hay que ayudar a fortalecer dicha unión. Son ellos agentes determinantes de la acción pastoral en el mundo de la salud. La ética médica debe ser ampliamente reconocida por ellos y su trabajo debe ir más allá de un mero profesional de la salud y constituirse en un verdadero agente de pastoral de la salud. Su misión es la de ser heraldo de la cultura de la vida frente a las corrientes devastadoras de la cultura de la muerte, en especial por lo que toca a los problemas de la Ingeniería genética y de la eutanasia.

### f. Enfermeros y enfermeras

Es muy grande la importancia de las enfermeras en la pastoral de la salud. Especialmente ahora que asistimos a un abandono de los hospitales de parte de las religiosas, es la enfermera no religiosa y el enfermero quienes deben también hacerse cargo de la asistencia pastoral directa del enfermo en el trato de todos los días. La formación

ética y profesional de los enfermeros y enfermeras católicos es de mucha importancia, y es algo a promover de parte de los diversos Organismos de pastoral de la salud en las Conferencias episcopales.

### g. Farmacéuticos

El farmacéutico católico debe dar ahora un gran aporte en la provisión de medicamentos adecuados. Se subraya su papel en el control de la droga. Especialmente respecto a sustancias psicotrópicas, a precursores químicos y a las drogas sintéticas.

### h. Voluntariado

Así como estos agentes de pastoral de la salud, otros surgen con profusión en muchas partes bajo el título de Voluntariado cristiano para la pastoral de la Salud. Son verdaderos apóstoles de la pastoral de la misericordia con los enfermos.

### i. Autoridades sanitarias.

En cuanto a las autoridades sanitarias, es necesario referirse en cada país al Ministerio gubernamental de la salud; donde es conveniente, de ser posible, que la Iglesia tenga un representante coordinador de la acción pastoral; o al menos, que las relaciones del Organismo nacional de la pastoral de la salud con dicho Ministerio sean tales, que pueda proveerse a la inculturación del Mensaje del Evangelio en las gestiones políticas sanitarias.

### l. Asociaciones de enfermos

El Organismo de pastoral de la salud deberá colaborar ampliamente en la promoción,



orientación y si es factible la coordinación de las asociaciones de enfermos. Ya en algunos lugares funcionan estas asociaciones con la mística de ofrecer sus dolores asociados con el de Cristo Redentor. Algunos los ofrecen especialmente por los trabajos en campos de misión. Habrá que potenciar y fortalecer estas uniones donde las hay y promoverlas donde no existan.

#### *Ayuda dentro de la subsidiaridad*

El Organismo episcopal nacional de pastoral de la salud tiene como función servir y ayudar a las diversas diócesis, a los diversos Sres. Obispos. No es por tanto su función suplir a los pastores en sus obligaciones en cada una de las diócesis, sino ayudarles. Así podemos decir que su trabajo es subsidiario y los subsidios que otorga son los de **promover, coordinar y orientar** el trabajo pastoral de la salud en cada una de las diócesis.

### **3. Favorecimiento**

Es tarea del Organismo para la pastoral de la salud favorecer a las organizaciones católicas nacionales para la pastoral de la salud en sus actividades tanto teóricas como prácticas.

#### *a. Fundaciones y santuarios*

Es muy importante favorecer la relación con fundaciones que puedan ayudar financieramente o patrocinar el trabajo a desarrollar; y con los santuarios, especialmente con los santuarios marianos, en particular con aquellos que se encuentran en relación especial con los enfermos y que puedan ayudarlos espiritualmente y económicamente.

#### *b. Facultades de Medicina*

Es muy conveniente que el Organismo episcopal nacional de pastoral de la salud tenga una función orientadora de las Facultades de Medicina católicas del propio país. Esta misma función orientadora se necesita para los Comités de Bioética que actualmente se están multiplicando.

#### *c. Organizaciones varias*

Organizaciones como la

Cruz Roja por ejemplo, deben de saber que cuentan con el apoyo del Organismo nacional de la pastoral de la salud. Lo mismo valga para otras Organizaciones que promueven directamente o dirigen centros e instituciones de salud, v.g., Caritas, o bien algunas Fundaciones especiales.

#### *Ayuda que presta el Organismo de pastoral de la salud:*

El favorecer estas instituciones consistirá en su promoción, quizá coordinación en cuanto sea posible, y orientación de acuerdo al Magisterio de la Iglesia, no sólo de las Facultades de Medicina, sino también de las demás Instituciones. Esta orientación pudiera ser promoviendo un diálogo entre ellas y dicho Organismo.

### **4. Seguimiento**

Es tarea del Organismo de pastoral de la salud seguir las novedades legislativas y científicas, para iluminarlas desde la acción pastoral de la Iglesia en el campo sanitario.

#### *a. Aspectos jurídicos*

La acción del Organismo en el campo jurídico debe dirigirse a las Facultades de Derecho en las Universidades, especialmente en las católicas, para formar la conciencia jurídica de los futuros abogados, en el campo médico. También se requiere aquí un diálogo político, con los que elaboran estas leyes.

#### *b. Aspectos científicos*

Una especial atención requieren los centros de Bioética: sus investigaciones y los resultados que se ofrecen al gran público y la dirección u orientación según la cual se ofrecen; de aquí también toma origen lo que se diga con relación al aspecto jurídico de las diversas propuestas de ley, v.g., sobre la clonación. Tienen un especial lugar los experimentos que se realizan en los laboratorios, los problemas que se suscitan con los medicamentos, especialmente con los nuevos medicamentos.

#### *c. Socialización de la salud*

Otro problema a menciona-

do es el que respecta a la socialización de los servicios para la salud: se debe estar atentos en el Organismo acerca del alcance concreto de dicha socialización en cada país; se debe atender a subsanar los problemas burocráticos de la socialización y abrir la puerta a una mayor eficiencia que en lo posible evite la burocratización en sí misma.

#### *d. Enfermedades emergentes*

Habría que estar pendiente en cada país de cuáles son allí las emergencias propiamente dichas. En algunas partes será el paludismo, en otras el SIDA, en otras la droga, en otras la lepra, la tuberculosis, el cáncer o bien el tabaquismo, etc.

### **Conclusión**

Hemos tratado de dar algunas ideas para diseñar la finalidad y operatividad del Organismo para la Pastoral de la salud en una conferencia episcopal, y proporcionalmente, de una diócesis y de sus parroquias.

Así como la función del Pontificio Consejo es de propiciar la comunión eclesial en el ramo de la pastoral de la salud, así también el objetivo de cada Organismo episcopal nacional para la pastoral de la salud es el de propiciar esta comunión en dicho campo de parte de las Iglesias particulares, como un servicio pastoral subsidiario a las diócesis.

Como se ha visto, lo que hemos tratado de hacer ha sido solamente un analogar el Pontificio Consejo para la pastoral de la salud con el Organismo episcopal nacional para la pastoral de la salud y los demás niveles, y hacer las aplicaciones pertinentes. Se trata de sugerencias y orientaciones para las conferencias episcopales; cada conferencia episcopal verá la manera práctica de estructurar su propio Organismo y cada diócesis verá lo que le sea más conveniente.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO  
*Presidente del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud.*

\* El presente es un extracto del texto integral de S. E. Mons. Lozano que ha sido publicado en *Dolentium Hominum* n° 41/II-1999.

# Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud 1985-2000

## 1. ¿Qué es el Pontificio Consejo?

a. *Una fecha importante.* El 11 de febrero de 1985, es una fecha importante para la Iglesia, para los enfermos, para los institutos religiosos sanitarios y para todos los agentes sanitarios. Con el Motu Proprio *Dolentium Hominum* el Papa Juan Pablo II instituye la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Tres años después, con la reforma de la Curia Romana (*Pastor Bonus*, 28 de junio de 1988), la Pontificia Comisión se convierte en Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios y alcanza la autonomía que la Constitución Apostólica concede a todos los Dicasterios.

b. *Razones que llevaron al Papa a su institución.* La Carta Apostólica indica, entre otras, las siguientes razones: la solicitud de la Iglesia por el hombre que sufre, los grandes progresos que la medicina ha alcanzado y la necesidad de coordinar todos los organismos que se dedican al mundo de la salud, porque la acción individual no es suficiente; de aquí la necesidad de un trabajo conjunto, inteligente, programado, constante y generoso.

c. *Tareas.* Las principales tareas asignadas al Pontificio Consejo son: estimular, promover, coordinar, colaborar con las Iglesias locales y seguir con atención los programas sanitarios y sus repercusiones en la pastoral de la Iglesia.

d. *Organigrama.* Presidente: S.E.R. Mons. Javier Lozano Barragán; Secretario: S.E.R. Mons. José L. Redrado, O.H.; Vice Secretario: P. Felice Ruffini, M.I. Forman parte del Pontificio Consejo 34 Miembros, representantes de los diferentes dicasterios de la Curia Romana e instituciones religiosas sanitarias; 48 Consultores y una Secretaría formada por muchos Oficiales y un grupo

de voluntarios presentes en el horario de trabajo.

## 2. Actividad del Pontificio Consejo

### a. Primera etapa, 1985-1996: *Doce años de actividad*

Es el nacimiento del Pontificio Consejo, una etapa de creatividad y primera organización. La creatividad ha sido inmensa con la presidencia del Cardenal Angelini. El Pontificio Consejo era un instrumento nuevo, se comenzaba de cero en cuanto a organismo se refiere y a sus funciones. Puntos fuertes de estos primeros años han sido: la creación de la revista *Dolentium Hominum* en cuatro lenguas; numerosos viajes para conocer la realidad sanitaria y pastoral; presencia en muchos congresos; la Conferencia Internacional, plataforma de cultura sanitaria y pastoral; la Jornada Mundial del Enfermo; la relación intensa con las Iglesias locales, animando la creación de estructuras de Pastoral Sanitaria en las mismas; las visitas ad limina; la relación con la OMS y otros organismos; la publicación de libros y opúsculos como instrumentos de trabajo y animación; y la intensa y creciente actividad de Secretaría.

Han sido años de fecunda labor; se diría que han sido años de echar cimientos y abrir caminos; años en los que se han alcanzado metas importantes de la Pastoral de la salud en la Iglesia universal.

El trabajo es fruto de líderes, inspirados, motores, pero también del grupo de retaguardia que cotidianamente trabaja realizando con efectividad su misión. Nos referimos a todo el personal de Secretaría, a los miembros, consultores y expertos, a los voluntarios... Todos, con prestigio y eficacia, con inteligencia han hecho posible el inmenso trabajo de la

primera etapa del Pontificio Consejo.

### b. Segunda etapa, *enero de 1997*

Esta segunda etapa coincide con el cambio de presidencia; el Cardenal Angelini es sustituido por S.E. Mons. Javier Lozano Barragán. El nuevo Presidente sigue atentamente el trabajo que se está realizando.

En el mes de marzo de 1998, los días 9 al 11, se tiene la Asamblea Plenaria del Dicasterio en la que participan todos los miembros y algunos consultores. Fruto de esta IV Asamblea Plenaria ha sido la nueva **planificación del trabajo** del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, un instrumento válido para la actividad diaria del Dicasterio.

Dicho Plan de trabajo, aprobado por el Santo Padre, comprende 47 programas organizados en torno a los Ministerios de la Palabra, de la Santificación y de la Comunión, confiados a las 18 personas que forman el Pontificio Consejo: superiores, oficiales y colaboradores. Con el fin de hacerlo conocer, oportunamente se ha publicado y distribuido a los Jefes de Dicasterio de la Curia Romana y a las Conferencias Episcopales, en particular a los Obispos encargados de la Pastoral de la Salud.

A través de esta nueva planificación del trabajo, el Pontificio Consejo ha querido responder de manera más eficaz a la misión que le ha sido confiada por el Santo Padre: ser una ayuda para su precioso ministerio petrino en el campo específico de la salud y de la sanidad.

En la elaboración del Plan de trabajo, se ha tenido como referencia el Motu proprio institutivo *Dolentium hominum* y la Constitución apostólica *Pastor Bonus*, y en lo que se refiere al significado cristiano del sufrimiento

miento y de la vida, la Carta apostólica *Salvifici doloris* y la Encíclica *Evangelium vitae*.

Al formular las líneas concretas del Plan general de trabajo, se han tenido muy en cuenta las sugerencias y las indicaciones de la carta Apostólica *Tertio millennio adveniente* y de la *Carta de los Agentes Sanitarios*.

Partiendo de dichas premisas doctrinales, este Pontificio Consejo ha elaborado su Plan de trabajo con respecto a cuatro aspectos: finalidades, políticas, formas de acción y programas.



### Finalidades del Dicasterio

Teniendo en consideración lo anterior, se ha fijado el objetivo general del Pontificio Consejo, especialmente para este tiempo del Gran Jubileo del Año 2000: "Conmemorar la Encarnación del Verbo según la Bula de indición del Grande Jubileo del Año 2000 "Incarnationis Mysterium" para iluminar las culturas sanitarias con el Evangelio, santificar el enfermo y el ambiente sanitario en general, y llegar a la unificación solidaria de la pastoral de la salud en toda la Iglesia".

### Operatividad del Dicasterio

En lo que se refiere al plan práctico, para alcanzar dicho fin teniendo en cuenta sus objetivos específicos en el ministerio de la Palabra, que contiene 11 programas, el Pontificio Consejo se ha fijado como objetivo: "conmemorar la encarnación del Verbo para iluminar con el Evangelio las culturas sanitarias a través de los signos jubilares de la peregrinación, de la Puerta Santa y de la Indulgencia".

En el ministerio de la santificación, que comprende 7 programas, el objetivo ha sido el siguiente: "la santificación del enfermo y del mundo de la salud en general a través de los signos jubilares de la peregrinación, de la Puerta Santa y de la Indulgencia".

En el ministerio de la comunión, con 29 programas por desarrollar, el objetivo ha sido: "alcanzar la unificación de la pastoral de la salud en todo el mundo a través de los signos jubilares de la peregrinación, de la Puerta Santa y de la Indulgencia".

Para lograr la finalidad que el Dicasterio se ha fijado en el ministerio de la Palabra, se han puesto en marcha las siguientes actividades: se ha tratado de dar el sentido de la vida y del sufrimiento y el sentido de la naturaleza y su manipulación, explicándolos, difundiéndolos y divulgándolos a todos, y en particular a los obispos durante sus visitas *ad limina* o de paso por Roma. Al respecto, grande ha sido la ayuda recibida con la celebración de la XIV Conferencia internacional, la publicación de la revista *Dolentium hominum*, la participación de los Oficiales del Dicasterio en los diferentes congresos y encuentros, las visitas *ad limina*, etc.

En lo que respecta a la evangelización de las facultades de medicina, el Pontificio Consejo busca siempre mantener el contacto con las más importantes facultades católicas de medicina, de farmacia y de derecho, con el fin de promover en un futuro cursos específicos; los demás programas promovidos con gran esmero en el sector de la Palabra se refieren a: las publicaciones, la Organización Mundial de la Salud, el manual pastoral para los drogodependientes, la guía pastoral de la salud, las conferencias, la conferencia internacional, las investigaciones, los centros de enseñanza, los "dossiers".

Los arriba mencionados 47 programas han sido llevados

adelante con gran esmero de parte de todos los componentes del Dicasterio. Los resultados han sido muy satisfactorios y confirman la sintonía de la planificación de trabajo con el objetivo fijado para 2000.

Dicho esto, deseamos mencionar algunos otros puntos sobresalientes de la actividad del Dicasterio durante el año 1999 y la primera mitad del año 2000:

1. Celebración de la Jornada Mundial del Enfermo en el Líbano, 11 de febrero.

2. Numerosos encuentros interdicasteriales en los cuales han participado los superiores del Dicasterio o los oficiales.

3. Participación en Congresos y encuentros diversos: OMS, Unitalsi, Academia para la Vida, SIDA (Argentina), Marruecos, Polonia, etc.

4. Visita al Dicasterio de los obispos "ad limina".

5. Diversos congresos, organizados por el Dicasterio:

\* 1-3 julio sobre Hospitales Católicos

\* 18-20 noviembre, Conferencia internacional "Economía y Salud"

\* 22-23 noviembre, Simposio sobre el Capellán católico en la Pastoral de la Salud

\* 9-11 diciembre, Simposio sobre el SIDA.

\* 15 de enero 2000, Simposio sobre la Lepra

\* 7-12 febrero 2000, Jubileo de los Enfermos y de los Agentes de la Salud

\* 28 marzo 2000 Jubileo de los Odontólogos

\* 4 abril 2000, Congreso internacional, "Curando el cuerpo y sanando el alma"

\* 6-7 abril 2000, "Segundo Diálogo Católico Anual Panamericano de la Salud"

\* 2-3 junio 2000, Seminario de Estudio "Los sacramentos en la Pastoral de la Salud"

6. Actividad editorial, centrada en la publicación de la revista *Dolentium hominum* en cuatro lenguas.

Naturalmente, a esta actividad puntual está el trabajo diario de Secretaría que cada vez es más intenso.

S.E. Mons. JOSÉ L. REDRADO,  
O.H.  
Secretario del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud  
Santa Sede

# Los retos de los médicos católicos para el nuevo milenio

## 1. Cambios en la profesión médica

La profesión médica ha sufrido enormes cambios en la segunda mitad del siglo XX. Esto se ha debido por un lado a la revolución impuesta por el aumento del conocimiento de las ciencias biomédicas y, por el otro, a los grandes cambios que se han verificado en la sociedad, que no podían dejar de tener efectos en los médicos.

### *a. Aumento del conocimiento científico en las ciencias biomédicas y el proceso de hiperespecialización*

El progreso del conocimiento científico en las ciencias biomédicas prosigue a grandes pasos. Esto ha tenido como resultado el aumento del número de las revistas médicas hasta el punto que se da por descontado la imposibilidad de leer toda la producción científica, incluso en los sectores específicos. Existe, pues, un proliferar de diarios que ofrecen extractos o versiones reducidas de artículos completos, en papel o también on line. Ciertamente, esta no es la única causa del proceso de hiperespecialización que está modificando la profesión médica, pero puede ser una de las causas más importantes, junto con la idea que, trabajando como especialista, es posible ganar más con respecto al médico general.

La hiperespecialización está transformando la profesión médica, sustituye el acercamiento holista, es decir la aproximación que considera a la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, mentales y espirituales, con una práctica que se basa en la patología orgánica. Esta tendencia de larga duración influye también en las escuelas médicas, donde la medicina interna ha sido fragmentada en una serie de enseñanzas que tienen como base la patolo-

gía orgánica. Al parecer, el proceso no termina nunca porque se refiere también a las disciplinas científicas, en las que el éxito académico a menudo es dado por la habilidad del médico para especializarse aún más en ámbitos nuevos, tratando de ser el número uno en un campo pequeño.

Hay un dicho que define al especialista como el médico que conoce cada vez más acerca de cada vez menos cosas, hasta el punto que conoce todo sobre nada. Naturalmente, este dicho contiene una paradoja pero también una buena dosis de verdad.

No debe sorprendernos que a menudo los estudiantes de medicina no tienen la capacidad de considerar al paciente como un conjunto de cuerpo, mente y alma, pero tienen en cambio una visión desviada de un simple ensamblaje de órganos y tejidos. Dicha visión se refuerza por el indudable éxito de la medicina de los trasplantes, que nos mueve a preguntarnos dónde se encuentre el principio de unidad que regula el ensamblaje orgánico.

La tasa de incremento del conocimiento científico es tan rápido que no hay tiempo para metabolizarlo y parece que ninguno es capaz de tentar la organización de nuevos ámbitos de conocimiento en un cuadro armónico y coherente.

### *b. La invasión tecnológica de la medicina*

La segunda mitad del siglo XX ha sido también una época de invasión tecnológica de la medicina. Una esfera de acontecimientos mensurables ha sustituido el viejo arte médico, hecho de capacidad de observación, manos hábiles y sabiduría. El resultado de esto es que lo que más condiciona el éxito es el acceso a la tecnología.

La tecnología es un elemento crucial, que corroe incluso

los balances de las sociedades económicamente desarrolladas y discrimina a los habitantes de varios países en lo que concierne su derecho para acceder a standard de asistencia altamente cualitativos. Naturalmente, el desarrollo tecnológico ha creado también nuevas y maravillosas posibilidades para diagnosis y mejores tratamientos.

Sin embargo, aparte del dilema ético planteado por la tecnología, como por ejemplo en el campo de la tecnología reproductiva artificial, algunos médicos han acogido inconscientemente el mensaje equivocado de que es posible resolver la mayoría de los problemas del paciente, dependiendo simplemente de las máquinas. De este modo la comunicación con el paciente ha sido considerada cada vez menos importante, incluso para la recolección histórica de sus datos y el examen físico, perdiendo grandes ocasiones para usar la comunicación como una terapia en sí.

Lo extremo de este acercamiento anónimo e impersonal de la relación médico-paciente queda demostrado por el creciente número de páginas web a las que los pacientes pueden tener acceso para presentar sus lamentos o recibir sugerencias sobre procedimientos diagnósticos y tratamientos farmacológicos. Internet es un estupendo instrumento para facilitar la comunicación entre los médicos que viven en diferentes países del mundo. Asimismo, es un magnífico instrumento para continuar la educación médica, con la posibilidad de acceder a las bibliotecas y a los diarios más importantes; la única limitación es el tiempo (se dice que Internet es un instrumento para sonámbulos y desocupados). Por otro lado, ciertamente no podemos considerar la comunicación a través de las computadoras como un sustituto al encuentro de tú a tú entre paciente

y médico, a pesar del business que está detrás de este tipo de operaciones.

### c. *La expansión de las medicinas alternativas*

De todos modos, no sorprende que un número cada vez mayor de personas estén dando las espaldas a la medicina impersonal y busquen una respuesta a sus lamentos en las llamadas medicinas alternativas.

En una sociedad que ha expulsado la fe tradicional, herencia de siglos y base de la civilización moderna, observamos una invasión de sectas, de magos y un vago espiritualismo *new age*. Esto mismo ocurre en la medicina. Cada vez más hay personas que dejan la medicina fría e impersonal, incapaz de ocuparse del paciente en todas sus dimensiones, y prefieren un tipo de intervención que, no obstante toda evidencia de eficacia real, no deja de mostrar un carisma casi sagrado. Pranoterapia, medicina tibetana, yerbas y polvos de las culturas pre-colombinas, poderes curativos: son acercamientos muy diferentes, ligados por el hecho que la terapia específica es menos importante que el contacto con el terapeuta, considerado como dotado de un especial fluido curativo.

La invasión de las medicinas alternativas debería plantear importantes interrogantes a los médicos que, a su vez, deberían preguntarse por qué han perdido el carisma y cómo han vivido su relación con los pacientes. Muy a menudo, en cambio, existe sólo una manifestación de disgusto racionalista, típico del hombre de ciencia encerrado en su torre de marfil. La misma actitud se manifiesta a veces contra profesiones nuevas como, por ejemplo, la quiroterapia o la acupuntura, no obstante que sus formas de intervención sean mucho más comprensibles para la educación médica tradicional.

### d. *La autonomía y la libertad de elección del paciente*

Prosiguiendo nuestra reflexión sobre los cambios en la relación, dos aspectos más requieren nuestra atención. Ante

todo, hay una creciente demanda de libertad de elección de parte de nuestros pacientes. Esto no se refiere solamente al caso de procedimientos inmorales como el aborto, o el caso de rechazo de las prácticas comunes de parte de algunas minorías, como la hemotransfusión de los testigos de Geová, sino también en el caso en los que el paciente elige formas de tratamiento no suficientemente convalidadas por la investigación científica. Esto puede acontecer en particular en las patologías crónicas inhabilitantes, para las cuales los tratamientos corrientes no son capaces de detener el progreso de la enfermedad y son causa de efectos colaterales muy serios, como en el caso de muchos tipos de cáncer y de esclerosis múltiple.

El año pasado Italia ha sido sacudida por las demostraciones de pacientes oncológicos y de sus familias, que solicitaban la posibilidad de elegir un tratamiento alternativo a la quimioterapia estandarizada. Me refiero al caso de la llamada Terapia Di Bella, que tuvo gran relieve en los media. Esta terapia alternativa se pidió teniendo en cuenta algunos casos y el carisma del Dr. Di Bella, no obstante la falta de toda sólida evidencia científica sobre su eficacia. Bajo la presión de las demostraciones, se obligó al gobierno a autorizar el pago de la no ortodoxa terapia de parte del Servicio Sanitario Nacional. A nivel nacional, el caso Di Bella ha hecho ver que la relación asimétrica del médico con su paciente había terminado y que el paternalismo ha sido sustituido por la autonomía del enfermo.

### e. *El conflicto entre médico y paciente*

Esto nos lleva al segundo aspecto. Si el paternalismo era algo ciertamente equivocado, la autonomía corre el riesgo de degenerar en frecuentes conflictos. En efecto, la confianza recíproca es sustituida cada vez más por la sospecha legítima, en la que el paciente y el médico se consideran como potenciales enemigos. Se desea que la intervención médica sea eficaz en toda circunstancia. Como consecuencias tenemos el

enorme business de los seguros, la transformación y la pervisión de las formas para el consentimiento informado, por instrumentos para la información correcta desde le punto de vista burocrático, para proteger al médico. En mi país, en cada hospital se ha activado un Tribunal para los Derechos del Paciente. El nombre "Tribunal" es de por sí suficiente para explicar la mentalidad existente.



### f. *La asignación de los recursos*

Se trata de algunos de los cambios a nivel de la relación médico-paciente. De todos modos, nuestra profesión se encuentra también frente a factores externos, el más dramático de los cuales es probablemente el énfasis creciente acerca de la limitación de los recursos.

#### f.1 *Límites de los recursos en las sociedades ricas*

Las necesidades y los recursos constituyen el corazón de la relación económica en la política sanitaria, pero se caracterizan por una tensión interna que puede comportar una dificultad de elección, un impasse. Por un lado, es claro que la salud tiene un costo pero, por el otro, es también un bien que no tiene precio. Por esta razón, la presión sobre la salud puede ser potencialmente adversa para un sistema económico, ya que tiende a gastar lo máximo y satisfacer lo máximo de las necesidades.

Para superar el obstáculo, las autoridades sanitarias han ido limitando el papel de las financiaciones públicas en la asistencia sanitaria; el *welfare state* ha sufrido críticas y ha sido so-

metido a revisión en todo el mundo. Sin embargo, cuando el balance es nuestra preocupación mayor, se imponen a nuestra atención nuevas preocupaciones morales.

Las sociedades ricas permiten el escándalo de tener una amplia parte de su población sin cobertura de las necesidades sanitarias básicas. El valor de la vida humana puede llegar a depender de la edad, con el acceso a procedimientos costosos negados a los ancianos. El libre acceso a algunos procedimientos diagnósticos ampliados puede ser de tal modo restringido en realidad que cada vez que el examen es urgente, el paciente está obligado a pagar y por consiguiente está discriminado según el *census*.

#### f.2 *La falta de recursos en los países en vías de desarrollo*

Si esto es lo que sucede en los sistemas sanitarios de las sociedades post-industriales, en los países en vías de desarrollo asistimos siempre a calamidades bíblicas que afectan a las sociedades pobres, devastadas por la mortalidad materna e infantil, por la desnutrición, por viejas y nuevas infecciones, sin recursos locales para usarlos en la asistencia sanitaria y con las ayudas externas condicionadas por la aceptación de programas para el control de los nacimientos, mientras las compañías farmacéuticas no tienen interés en producir fármacos que curen las enfermedades de los pobres.

#### f.3 *La medicina de los deseos*

Contrariamente a las sociedades ricas, para los que se pueden permitir, se ha verificado una verdadera y real explosión de un tipo de medicina basada en los deseos personales.

La cirugía estética, el cambio de sexo, la dermatología cosmética, raros regímenes dietéticos, son sólo algunos ejemplos de una medicina basada en los deseos. Los médicos aceptan estar implicados en procedimientos que tienen poco que ver con el alivio de los sufrimientos humanos. La contradicción se vuelve aún más evidente cuando los sistemas obligados a limitar los servicios sanitarios ofrecidos a la pobla-

ción en general, siguen destinando parte de sus balances a satisfacer los deseos personales. En Roma, la calidad de la asistencia oncológica fuera de los hospitales es más bien insuficiente y a los pacientes se les dice que los recursos no son suficientes para mejorar el servicio. Sin embargo, en la misma ciudad es posible cambiar el propio sexo con un costo cero en el hospital público.

#### f.4 *La "Evidence Based Medicine" (EBM)*

El problema de la distribución de los recursos no existe sólo a nivel macroeconómico, sino que implica también la actividad personal del médico. Para hacer un ejemplo, a menudo se escucha hablar de la llamada *Evidence Based Medicine*. Por un lado es la tentativa de la comunidad científica de fundar la profesión médica sobre bases sólidas, explicando el criterio de comportamiento. Publicaciones de revistas de la categoría y opiniones de expertos, después de conferencias, de discusión y acuerdo, llevan a protocolos o líneas-guía en materia de diagnosis y terapia, creadas por los médicos para otros médicos. Sin embargo, la líneas-guía y los protocolos a menudo son producidos por las autoridades sanitarias, por ejemplo para dirigir la profesión médica teniendo en cuenta la disponibilidad de los recursos. Esto conlleva una creciente presión sobre los médicos, con posibles limitaciones a su libertad diagnóstica o terapéutica.

#### g. *La fin de la centralidad de los hospitales*

La limitación de los recursos para los sistemas sanitarios en las sociedades ricas está yendo hacia un gigantesco trend que cambiará la misma idea de medicina occidental, basada en la centralidad de los hospitales. El hospital ya no será la casa de acogida, sino se irá transformando en el lugar donde se efectúan diagnosis y el tratamiento de enfermedades agudas que no se pueden afrontar en las clínicas para pacientes externos.

Las clínicas, las "*residential homes*", los centros de rehabilitación, son considerados más

convenientes que los hospitales para curar las enfermedades crónicas y deshabilitantes hasta el punto que son separadas del hospital. Se subrayan las ventajas de llevar la asistencia médica y de enfermería directamente a casa del paciente, olvidando las dificultades experimentadas en la asistencia a pacientes crónicos de parte de las familias frágiles de hoy, expuestas a la ruptura, con pocos o ningún hijo y con ningún adulto en casa. En el futuro nos encontraremos cada vez más frente a situaciones de personas que viven completamente solas, pero nuestras escuelas médicas siguen dando muy poca atención a programas educativos centrados en enfermedades crónicas inhabilitantes con un fuerte impacto social.

Particular atención se pedirá a los centros para los cuidados paliativos, donde sólo la presencia de personas que aman la vida podrá ofrecer un significado a la muerte de personas solas con su enfermedad.

#### h. *Vejez y disminución de la natalidad*

La combinación explosiva de vejez y disminución de la natalidad puede provocar el colapso financiero de los sistemas sanitarios y modificar el tipo de pacientes y los problemas clínicos que el médico encontrará en el futuro próximo. No obstante el general consentimiento del riesgo, no sólo médico, de una sociedad anciana y sin niños, continúa la agresión a la vida en su inicio y en su término, siguiendo la tendencia que inició en la segunda mitad del siglo XX con la contracepción de masa, con la legislación sobre el aborto en muchos países y con las primeras leyes sobre la eutanasia.

Nuestras sociedades no están aún totalmente conscientes del peligro de la mentalidad anti-natalidad. En el nombre del progreso y de sus intereses superiores, las presiones en favor de un cambio con una inversión del actual trend cultural y sexual, las políticas familiares y las leyes fiscales no son consideradas "*politically correct*" y prosiguen las prácticas anti-natalidad.

### *i. La manipulación de la vida humana*

En fin, en el pasaje del nuevo milenio hemos tenido el privilegio de asistir a una magnífica expansión del conocimiento sobre la reproducción humana, que hace prever posibles aplicaciones de intervención. Como sucede siempre con la ciencia, las aplicaciones de los maravillosos descubrimientos científicos se pueden transformar, sin fuertes cuestiones morales, en instrumentos de opre-



sión contra los seres humanos. El conocimiento de la reproducción humana se encuentra ahora frente a una expansión paralela de la amenaza de manipulaciones sobre la vida humana.

Se efectúa ya la eliminación de embriones, producidos en exceso con el fin de incrementar la probabilidad de logro de la fecundación in vitro. El conocimiento genético está aumentando el número de las condiciones por las que es posible una diagnosis pre-implante, con la consiguiente selección genética y eliminación de los embriones. Es posible que en futuro la llamada fisión gemelar se volverá una rutina, con el fin de obtener un embrión gemelar para usar en las investigaciones diagnósticas y para crear un banco de tejidos homólogos.

Resumiendo, al inicio del milenio parece que el médico corre el riesgo de perder un acercamiento holista y personal con el paciente y que tiene dificultad para administrar el flujo de las informaciones. Es un médico cuya actividad es cada vez más dependiente de la tecnolo-

gía y cada vez más condicionada por las decisiones del ministerio de la salud y de las políticas sociales. La relación con el paciente se vuelve más difícil, no sólo debido a los problemas de comunicación, sino también a una latente confrontación conflictual y a un menor carisma, mientras que el paciente pretende una mayor autonomía y la satisfacción de sus deseos personales, no estrictamente vinculados con la conservación y la recuperación de la salud. Es necesaria una profunda revisión de los programas educativos para que pueda obrar más fácilmente en una sociedad con demasiados ancianos y pocos niños, para prepararlo a trabajar fuera del hospital y a curar enfermedades crónicas y deshabilitantes. Al inicio del nuevo milenio, los médicos parecen no estar equipados para resistir a la presión de medicinas alternativas, a la presión cultural en favor de prácticas contrarias a la vida y a los sistemas políticos que quisieran que fuese neutral frente a las desigualdades de nuestro tiempo.

### **2. Responsabilidad de los médicos católicos**

Si este es el escenario, ¿qué podemos hacer como médicos católicos del tercer milenio para enfrentar estos retos, ser profetas, resistir a la tentación del dinero y de la falta de compromiso, y prevenir a la sociedad y a nuestros pacientes ante riesgos peligrosos?

#### *a. Nivel personal*

Pienso que la primera respuesta es a nivel de actitudes personales. No podemos vivir simplemente teniendo como base la cultura y los valores propuestos por los media. No debemos buscar el conflicto de por sí, sino ser orgullosos de nuestra diversidad, convencidos de que somos la sal de la tierra y que nuestra propuesta es más gozosa y plena de vida.

Apremiados por una idea utilitarista de la sanidad, que reconoce sólo algunos derechos sanitarios considerados socialmente útiles y las ideologías sanitarias que proponen prácticas

médicas como una forma de culto para una especie de nueva religión, por la cual la muerte parece ser casi inevitable y la salud y el fitness modernos dioses, no podemos simplemente retirarnos en la línea de un ideal comercial de la medicina en la que el provecho (personal e institucional) es el metro de lo que es justo. Además, debemos colocar al sujeto en el centro de nuestra atención y promover una red de relaciones humanas basadas en la solidaridad.

Debemos manifestar la valentía de plantear aún las preguntas fundamentales sobre la vida, el sufrimiento y la muerte. La visión pagana que está detrás del culto de la salud tiene temor del sufrimiento, de la vejez, de la muerte e incluso del nacimiento. Frente a esta visión debemos dar testimonio de la perspectiva cristiana mirando el nacimiento, la enfermedad, el sufrimiento, la atención, la curación y la muerte como oportunidades de crecimiento. La experiencia de nuestros límites (*finitud*) nos ayuda a descubrir el infinito y la realidad de nosotros mismos, rompiendo el sueño de omnipotencia e invulnerabilidad.

Estos deberían ser conceptos elementales de nuestra experiencia cristiana, pero nuestro modo de actuar generalmente es distante de lo ideal. Hablar incluso de la posibilidad de encontrar una redención espiritual a través del sufrimiento parece extraño a los oídos modernos, incluidos aquellos de los médicos católicos o de los capellanes de hospital. Hace algunas semanas, después de la muerte en Tunicia de un leader socialista italiano acusado de corrupción, que por años había vivido enfermo y en exilio, he tenido la gracia de escuchar a su hija que leía en televisión un pasaje de una carta escrita por él al Santo Padre.

Debemos estar convencidos de que una experiencia genuina religiosa puede ayudar a los hombres y a las mujeres de nuestra época a mantener juntos la salud física y la salud espiritual y a resolver el aparente conflicto entre la necesidad de la salud personal y los recursos de los sistemas sanitarios, porque la salud (*salus*) y los cuida-

dos forman parte del proceso de salvación (*salus*) y la salvación no puede existir si el hombre no es curado en su totalidad.

Por esta razón, presentar a nuestros colegas y estudiantes al enfermo como verdadera imagen de Jesús (*icona Christi*) no debe ser visto sólo como una actitud devocional de parte de algunas simples almas buenas, sino como el aporte más importante, auténticamente revolucionario, en el proceso de mejora de la profesión médica y de las instituciones sanitarias.

### *b. La responsabilidad de las Asociaciones*

El segundo nivel de respuesta es el de nuestras Asociaciones de Médicos Católicos.

#### *b.1 Crecimiento espiritual*

En un tiempo de pluralismo y secularización, nuestras asociaciones no pueden continuar a ser clubs de algunas personas de buena voluntad que, de vez en cuando se encuentran para discutir sobre algunos interesantes problemas éticos o para una bella celebración. Deben ser lugares de crecimiento espiritual y, si es posible, recibir del Evangelio viviente de Jesucristo una inspiración cristiana a nuestra vida profesional. El Evangelio, la Buena Noticia de Jesucristo, se encuentra siempre vivo en el cuerpo viviente de su Iglesia. Si nuestras Asociaciones quieren seguir siendo fuente de inspiración cristiana dentro de una sociedad marcada por un ateísmo práctico, es necesario que se vuelvan comunidad y oración. Deben ser cada vez más un fuerte sostén para vivir nuestra fe. Los miembros de nuestras Asociaciones de Médicos Católicos deben tener la posibilidad de sentir un espíritu animado por la comunión y por el servicio.

#### *b.2 Comunión*

La comunión es el fundamento de nuestra credibilidad. Jesús predicó que seamos una sola cosa, para que el mundo crea. La comunión no es monotonía, se construye en la variedad que es entendida como complementariedad. Es necesario un espíritu de comunión dentro de nuestras asociaciones

nacionales, entre las asociaciones miembros de la FIAMC y entre nuestras asociaciones y las iglesias locales, aumentando los vínculos con los obispos y las conferencias episcopales.

#### *b.3 Servicio*

El servicio al enfermo y, más en general, a los necesitados. El servicio a la imagen verdadera de Jesús, al *icona Christi*, como demostración visible de nuestro servicio a El, manifestado por signos evangélicos simples pero inequívocos, como la solicitud y la disponibilidad hacia los enfermos, la atención diagnóstica y terapéutica no sólo para el cuerpo, sino también para el alma, la predilección para los últimos y para aquellos hacia los cuales la sociedad no parece tener interés, la atribución de un valor solamente relativo al dinero y la tentativa de vivir la justicia social.

#### *b.4 La nueva evangelización*

La comunión y el servicio son requisitos para ser agentes efectivos de la nueva evangelización. La evangelización es vista con sospecha por las sociedades modernas y está fuera de moda incluso en la misma Iglesia. El axioma subyacente es que no debemos imponer nada a nadie. Sin embargo, este tipo de acercamiento es despistador. No debemos imponer, pero tenemos la misión de presentar nuestra fe. No deja de sorprender, por ejemplo, que en las sociedades europeas en las que el Islam es la segunda confesión y a veces la primera en términos de práctica, no se realiza ningún esfuerzo para presentar la Buena Nueva cristiana. Al parecer, permanecemos indiferentes a la fe de nuestros hermanos. Una vez más, no es un problema de imposición, sino de estar convencidos de la belleza de la vida cristiana para proponerla a otros – nosotros en el campo médico – en otras realidades temporales, con los simples instrumentos de la comunión y del servicio.

#### *c. Testimonio social y político*

El tercer nivel es el del testimonio social y político. Una actitud personal y comunitaria,

como la que he tratado de describir, puede generar una nueva cultura, que requiere que entremos en contacto con las posiciones del otro, convencidos de nuestras propias posiciones, en un diálogo que debe ser competitivo porque, sin atacar la cultura del otro, desea promover nuestro modo de vivir. Pienso en particular en nuestra presencia en las universidades y en la presencia institucional de las universidades católicas. No se nos pide manifestar nuestro catolicismo sirviendo en el altar, sino animando los ambientes temporales de los servicios sanitarios con valores cristianos. Hay una enorme actividad por realizar para infundir los sistemas sanitarios con los ideales de solidaridad y subsidiaridad promovidos por la doctrina social de la Iglesia.

Al respecto, será suficiente presentar cuatro ejemplos

#### *c.1 Hospitales católicos*

Ante todo, podemos trabajar para transformar algunos hospitales católicos reservados a los ricos en hospitales abiertos a todos. Al mismo tiempo, debemos actuar para el reconocimiento y el apoyo gubernamental de las instituciones *non-profit*, católicas o no, que ofrecen un servicio en favor de los necesitados.

#### *c.2 Cooperación internacional*

Segundo, podemos promover la cooperación internacional, en primer lugar como aporte a la justicia y luego como expresión de caridad, es decir, de auténtico amor cristiano. Es bueno que también las organizaciones no cristianas trabajen en el campo de la cooperación internacional, pero debo decir que los médicos católicos no tienen la capacidad de expresar el mismo nivel de actividad, mientras las organizaciones religiosas están abandonando el campo. En efecto, detrás de las buenas intenciones, algunas organizaciones trabajan con una visión reductiva de los problemas sanitarios.

#### *c.3 Campañas educativas*

Tercero, podemos tomar parte en las campañas de promoción de la salud, transformán-

dolas en verdaderos procesos educativos. Las campañas para la prevención de las drogadicciones, de las enfermedades sexualmente transmisibles y de los accidentes de carretera, son ejemplos típicos de una filosofía de la salud fundada en la protección externa, sin petición alguna de un cambio de estilo de vida. Por esta razón, son intrínsecamente amorales. Para ser realmente educativas, las mismas campañas tienen necesidad de personas que den testimonio con una conducta diferente y capaz de estimular un cambio.

#### *c.4 Promoción de una cultura que tiene como centro la vida*

En fin, tenemos el enorme deber socio-político de promover una legislación en favor de la vida. Además de tratar de cambiar la legislación que permite el aborto, la destrucción de los embriones y la eutanasia, o combatir contra la introducción de este tipo de leyes en otros países, debemos comprometernos para promover las condiciones sociales en las que se acepte la vida y se combata contra aquellas situaciones en las que se humillan la dignidad y la santidad de la vida. Dentro de poco se celebrará solemnemente en Roma el quinto aniversario de la grande encíclica *Evangelium vitae*. Deberíamos recordar continuamente esta encíclica a los médicos católicos como el documento más importante del Magisterio en este campo, una especie de *Magna Charta* de nuestra acción en favor de la vida huma-

na. Alguien piensa precisamente que la *Evangelium vitae* debe ser catalogada como una encíclica social de la Iglesia, más que como un documento con enseñanzas morales.

En verdad, el respeto y la promoción de la vida son la base de toda agregación social, digna de ser considerada humana. Desde este punto de vista, trabajar en favor de la vida es para los médicos católicos el aporte más importante a la civilización humana.

### **3. El Jubileo**

Quisiera terminar mi intervención refiriéndome al Jubileo que estamos celebrando, ocasión de nuestro encuentro aquí en Roma. Como muchos hermanos de los siglos pasados, hemos llegado a las tumbas de los apóstoles Pedro y Pablo para redescubrir los orígenes de nuestra fe, para seguir un camino de purificación interior, para abrirnos a una solidaridad y a una fraternidad más grandes.

Quizás más que los peregrinos del medioevo, los hombres y las mujeres que viven en el pasaje del milenio tienen necesidad de iniciar un viaje en búsqueda de lo Bueno y de lo Verdadero, tratando de entender el significado más profundo de nuestra humanidad, algo que sólo Cristo puede revelar.

La peregrinación a las tumbas de los Apóstoles se vuelve entonces imagen de otra peregrinación, aquella que dura toda la vida. Por esta razón, la peregrinación del Jubileo nos puede ayudar a redescubrir el

respeto a la vida, el sentido del sufrimiento humano, la solidaridad con los que están al lado de Cristo en la cruz, el significado de la muerte, que no es una ventana abierta hacia la nada, sino el fin verdadero de la peregrinación humana en la tierra que nos hará ver el rostro de Dios.

La tarea de los médicos católicos es acompañar a los hombres de hoy a lo largo de las estaciones más importantes de su peregrinación terrena, de manera que esto no sea nunca un camino sin sentido.

Hemos examinado algunos de los retos que llegan al corazón de nuestro testimonio cristiano. Como miembros laicos de nuestra Iglesia, estamos llamados a estar presentes dentro de nuestra profesión, tratando de cambiar las estructuras y los comportamientos, de manera que sean una clara imagen del amor sanante de Cristo. Es exactamente el mensaje del Jubileo que nos llama a una renovación de nuestra vida, trabajando por el crecimiento del Reino de Dios en las realidades temporales, por ejemplo en nuestra profesión, en el estudio, en la investigación científica, en la enseñanza.

Esto será posible sólo si renovaremos nuestra fe y participaremos más intensamente en la vida de la Iglesia, de lo contrario no tendremos nada especial que decir a nuestros pacientes y a nuestros colegas.

Prof. GIAN LUIGI GIGLI  
*Presidente della FIAMC*  
*(Federación Internacional de las*  
*Asociaciones de Médicos Católicos)*  
*Italia*

## **Identidad del médico católico**

### **Introducción**

Dentro de la práctica actual, muchas veces nos encontramos con motivaciones para ser médico muy distintas de lo que significaría un médico católico. El factor económico cuenta mucho y también el del

prestigio. Se ven algunos ejemplos de médicos que ganan mucho dinero y que son rodeados de una nube de fama y de prestigio y muchos jóvenes quisieran ser lo mismo. No es raro oír a algunos médicos que han llegado al término de su carrera que dicen, ya tu-

ve un máximo de sacrificios y privaciones, ahora voy a cobrar todo lo que me pertenece. Los pacientes sólo les interesan como meros clientes de los cuales hay que sacar el mayor provecho posible. Les interesan más como carteras abiertas que como personas

necesitadas de ayuda sanitaria.

Por supuesto que no todos son así. Hay muchos médicos que honran profundamente la profesión médica y son dehechados de generosidad y competencia. Y no más de alguno se ha preguntado sobre su propia identidad, no sólo como católico, sino como médico católico. La siguiente reflexión pretende ser un esbozo para responder a esta pregunta de identidad.

Por supuesto que se escribe en un lenguaje incomprensible para quien no tenga fe. Para un médico que no tiene la fe en Cristo y en su Iglesia todo lo que aquí se diga no tiene sentido, más bien es algo absurdo que pareciera para tontos y locos. Y así es como aparece la fe en general, ya San Pablo decía que el anuncio de un Mesías crucificado les resulta ofensivo a los judíos y a los no judíos les parece una locura, sin embargo, es mucho más sabio que toda sabiduría humana; y lo que en Dios puede parecer debilidad, es más fuerte que toda la fuerza humana (*I Cor* 1,23-25).

Supongo toda la significación de la identidad del cristiano que como tal la adquiere desde su Bautismo, y me fijo sólo en la identidad del médico católico en cuanto médico. Me centro pues en la profesión médica. Tomo como base la Carta para los Agentes de Salud que ha publicado el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, que a su vez refiere al pensamiento del Santo Padre Juan Pablo II al respecto y desde la identidad trazada por el Papa y en ella, trato de hilvanar unas cuantas ideas como su interpretación y comentario.

### **Carta de los agentes de la salud**

En la Carta de los Agentes de la Salud se dice lo siguiente del médico católico:

«Su profesión le exige ser custodio y servidor de la vida humana». Debe hacerlo mediante una presencia vigilante y solícita al lado de los enfermos. La actividad médico-sanitaria se funda sobre una rela-

ción interpersonal, es un encuentro entre una confianza y una conciencia. La confianza de un hombre marcado por el sufrimiento y la enfermedad que se confía a otro hombre que puede hacerse cargo de su necesidad y que lo va a encontrar para asistirlo, cuidarlo y sanarlo.

El paciente no es sólo un caso clínico sino un hombre enfermo hacia el cual el médico deberá adoptar una actitud de sincera simpatía, padeciendo junto con él, mediante una participación personal en las situaciones concretas del paciente individual. Enfermedad y sufrimiento son fenómenos que tocados a fondo van más allá de la medicina y tocan la esencia de la condición humana en este mundo.

El médico que se ocupa de ellos deberá ser consciente de que allí esta implicada toda la humanidad y le es requerida una entrega total. Esta es la misión que lo constituye, y es el fruto de una llamada o vocación que el médico escucha, personificada en el rostro sufriente e invocante del paciente confiado a sus cuidados. Aquí se enlaza la misión del médico de dar la vida, con la del mismo Cristo que vino a dar la vida y darla en abundancia (*Jn* 10,10). Esta vida trasciende la vida física hasta llegar a la altura de la Santísima Trinidad, es la vida nueva y eterna que consiste en la comunión con el Padre a la que todo hombre está llamado gratuitamente en el Hijo, por obra del Espíritu Santo.

El médico es como el buen samaritano que se detiene al lado del enfermo haciéndose su prójimo (prójimo) por su comprensión y simpatía, en una palabra, por su caridad. Así el médico participa del amor de Dios como su instrumento difusivo y a la vez se contagia del amor de Dios hacia el hombre.

Esta es la caridad terapéutica de Cristo que pasó haciendo el bien y sanando a todos (*Hch* 10,38). Y al mismo tiempo, la caridad hacia Cristo representado en cada paciente. El es el que es curado en cada hombre o mujer, “cuando estaba enfermo, me fuiste a ver”,

como dirá el Señor en el Juicio final (*Mt* 25,31-40).

De aquí resulta que la identidad del médico es la identidad recibida por su ministerio terapéutico, su ministerio de la vida. Es un colaborador de Dios en la recuperación de la salud en el cuerpo del enfermo. La Iglesia asume el trabajo del médico como un momento de su ministerio, pues considera el servicio a los enfermos parte integrante de su misión; sabe bien que el mal físico aprisiona al espíritu, así como el mal del espíritu somete al cuerpo. De esta manera, el médico con su ministerio terapéutico participa de la acción pastoral y evangelizadora de la Iglesia. Los caminos por los que debe caminar son los marcados por la dignidad de la persona humana y por tanto de la ley Moral. En especial cuando trata de ejercer su actividad en el campo de la Biogenética y la Biotecnología. La Bioética le dará sus cauces delineándole sus principios de acción<sup>1</sup>.

### **La identidad del médico**

En esta posición del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, y que en último término, según aparece por las citas al calce, es la posición del Santo Padre Juan Pablo II, se encuentra una síntesis apretada de la identidad cristiana del médico; como lo había ya mencionado, me esforzaré por reflexionar sobre dicha identidad fijándome en especial en que se trata de una identidad recibida por una vocación y una misión que funda un ministerio del todo especial, el ministerio terapéutico, el ministerio de la vida, el ministerio de la salud.

### *La vocación y la Iglesia*

Empezamos refiriéndonos a la significación de la vocación en la Iglesia. Muchas veces las etimologías ayudan a remontarnos al sentido original de palabras que usamos con frecuencia y que parecen desgastadas por el uso. Una de ellas es la palabra Iglesia. Nos situamos en dos etimologías, la

griega y la latina. Su etimología griega nos lleva al verbo 'EKKALEIN, llamar. La Iglesia, "EKKLESIA", sería el participio plural del verbo 'ekkalein', y significaría los llamados.

Ahora, situándonos en la perspectiva etimológica latina, la Iglesia es el efecto de la "Vocación"; La "vocación", etimológicamente hablando, es la acepción latina sustantivada del verbo latino VOCA-RE, llamar, (lo mismo que "ekkalein") significaría así la misma llamada que congrega a los llamados, esto es, que congrega a la Iglesia. La vocación pues hace la Iglesia.

La única "vocación" o llamada fundamental es la que hace Dios con la Palabra con la que llama a la existencia a todo lo que existe, y esta llamada, esta "vocación" primigenia, es Cristo; que es la Palabra de Dios por la que todo lo que existe y cada uno de nosotros, se llama a la existencia (Cf *Ef* 1,3-10; *Col* 1,15-20). Es en particular interesante constatar que la forma máxima de llamar hoy de parte de Dios a todo lo que existe, la máxima presencia de Cristo en el mundo, tenga su realización en la Eucaristía, pues es el memorial, la presenciarización de Cristo en el hoy de la historia (Cf *Lc* 22,19).

En esta llamada de Dios, descubrimos tres momentos esenciales de la misma que la constituyen y que podemos sintetizar con tres palabras: "SER", "CON", "PARA". Esto es, somos llamados *para ser (existir), con Dios, para los demás.*

Así por ejemplo lo podemos comprobar en la llamada que Cristo hace a sus apóstoles (*Mc* 3,14-15), y muy en especial en la llamada que hace a la Virgen María para que sea la Madre de Dios, el Mesías (*Lc* 1,26-38). Pero se trata de un paradigma que se extiende por toda la historia de la Salvación.

Estas tres palabras de la vocación nos van a servir como pauta para reflexionar sobre la doctrina pontificia acerca de la identidad del médico católico que expusimos en la Carta del Pontificio Consejo.

## 1. "SER"

Cuando hablamos del "ser" en la vocación, hablamos de la existencia total. Dios habla y todo empieza a existir. Dice el Génesis: "Entonces dijo Dios: que haya luz. Y hubo luz... (1,3). Cuando Dios pronuncia su Palabra, ésta es práctica: hace lo que dice, y todo tiene en ella su consistencia, su inicio y su fin, su totalidad.

Cuando hablamos del auténtico médico católico, éste es tal por una verdadera vocación recibida de Dios mismo del cual recibe toda su existencia, por supuesto que sin excluir la colaboración al llamado de parte del mismo médico. ¿Cómo y en qué consiste la



vocación médica, a qué llama Dios al médico? Diseñamos a continuación algunos rasgos del "ser" de esta llamada.

### 1.1 La profesión

En primer lugar diremos que Dios llama al médico para una profesión, que no es lo mismo que para un oficio. Profesiones propiamente se reconocen en la historia tres, la del sacerdote, la del médico y la del gobernante o del juez. Hay que notar que la profesión es algo ligado con la profesión de la fe, es algo religioso. La profesión no es algo propiamente jurídico, pues lo jurídico en sentido positivo puede llevarse a cabo o no, o cambiarse según la voluntad de los que contraen una obligación, en cambio, la profesión es una obligación y una responsabilidad que se contrae con Dios mismo. Es una responsabilidad, y una responsabilidad significa origina-

riamente la capacidad de responder, responder viene del griego "Spenden" que originalmente significa ofrecer un sacrificio de libación a Dios. La responsabilidad profesional médica significa un compromiso (Compromiso es *syngrafein* en griego, significa escribir juntos) que se escribe a partida doble entre el hombre y Dios.

De esta sacralidad de la profesión médica se origina el juramento de Hipócrates, es el juramento de no hacer el mal al paciente, hacerle siempre el bien y estar totalmente por la vida en todas sus etapas, juramento que no es una promesa que se hace al paciente, sino que se hace directamente a Dios. La vocación del médico en este contexto es una vocación que nace del amor de Dios, es a Dios a quien el médico sigue en esta profesión, como el Bien sumamente amable<sup>2</sup>.

### 1.2 El amor de Dios en el médico

Sin embargo, a pesar de lo sublime de esta posición hipocrática, ésta es limitada y defectuosa. Hablábamos del amor de Dios, pero este amor, de acuerdo con la mentalidad griega clásica, la mentalidad de Sócrates y Platón, de la cual participaba Hipócrates, es algo defectuoso pues presupone necesidad y nunca es plenitud. De hecho, para la Filosofía clásica griega, Dios no ama. Es sumamente amable, pero no ama, pues amar significaría carencia y Dios no puede carecer de nada. El amor es propio sólo del hombre necesitado e interesado en saciarse, no de Dios el Omnipotente. En la mitología griega, el amor nace de Poros y Penia en las bodas de Afrodita. Poros representa el expediente, la necesidad, y Penia, la pobreza; juntando necesidad con pobreza, nace el amor como deseo interesado.

Esta mentalidad es totalmente corregida por la Revelación divina: Dios mismo es Amor. Es esta la definición más profunda de Dios. Su amor no consiste en que carezca de algo, sino en la máxima

difusión de su propia bondad, que en tal forma se presenta que Dios Padre llega a amar tanto al mundo al que ha creado por amor difusivo de sí, que le entrega hasta la muerte a su Hijo Unigénito (Jn 3,16).

Por eso la profesión cristiana médica se centra en el amor, pero no en el amor interesado y pobre, hipocrático, sino que imita al amor perfecto de Dios y tiene su paradigma en el Buen Samaritano que en tal manera padece juntamente con el enfermo, en tal forma lo compadece, que provee a todo lo que éste necesita para su curación. En esta forma el Buen Samaritano viene a ser el ejemplo a imitar por el médico cristiano. El Buen Samaritano es la figura de Cristo que se ha compadecido de toda la humanidad enferma y caída, y la ha levantado hasta su deificación; es el amor infinito y está tanto en el que ama como en el que es amado, está en ambos como plenitud. Y así el Buen Samaritano es la figura que identifica al médico que se compadece hasta tal punto del paciente que hace todo lo que está de su parte para devolverle la salud, por amor de plenitud<sup>3</sup>.

Hablando del amor que el médico debe tener a Dios y así a sus pacientes, el Papa Pío XII nos habla de los mandamientos de la ley de Dios en el ámbito de la medicina. Nos habla del primer mandamiento que es amar a Dios sobre todas las cosas y del segundo que es amar al prójimo como a uno mismo y en este amor hace consistir la identidad del médico cuando sus relaciones con el paciente están rodeadas de humanidad y comprensión, de delicadeza y solicitud.

El mismo Papa Pío XII complementa los rasgos del ser del médico aludiendo a otros dos mandamientos en especial, al quinto, “no matarás” y al octavo, “no mentirás”<sup>4</sup>.

### 1.3 Respeto y defensa de la vida

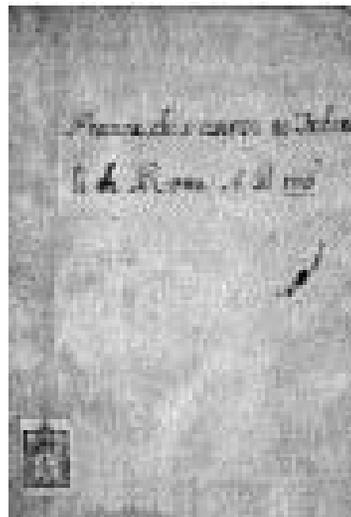
En cuanto al quinto mandamiento nos recuerda cómo la identidad del médico cristiano consiste en que por el amor que está obligado a tener a Dios y a su paciente, está to-

talmente obligado a defender la vida en cualquier etapa en la que ésta se encuentre, pero en especial en las etapas en las que más débil se sienta, como son las iniciales y terminales. Su personalidad se diseña desde un claro y absoluto no al aborto y no a la eutanasia. En el quinto mandamiento se comprende toda la significación de la vida humana, como un don dado por Dios en mera administración al hombre y a la mujer, y que sólo deberá tener su origen dentro del matrimonio.

### 1.4 La formación médica

En el octavo mandamiento, “no mentirás”, nos habla del compromiso claro del médico hacia la verdad, tanto a la verdad de la enfermedad y de la salud, como a la verdad de la ciencia médica<sup>5</sup>.

La identidad del médico viene desde la formación que recibe, ahora bien, si atendemos a la que viene dándose en muchas facultades de medicina podemos constatar que ésta tiene muchas deficiencias, en efecto, el curriculum escolástico de la carrera médica tiene dos partes esenciales, la pri-



mera es de los conocimientos básicos y la segunda de los conocimientos que se obtienen por las ciencias clínicas divididas por disciplinas o bien por su consideración de los diversos órganos del cuerpo humano. Es obvio que estas asignaturas deban impartirse, pero lo que a la vez se constata es que hay un reduccionismo bio-téc-

nico; en la exposición de las materias se ha perdido su valor antropocéntrico y los valores éticos, afectivos y existenciales. El médico se entiende desde los requerimientos del paciente y las exigencias de un sistema economicista sanitario con plena indiferencia por las violaciones de los derechos del hombre, en especial de la vida humana.

Muchas veces encontramos como paradigma de las aplicaciones clínicas actuales una fragmentación y reducción del paciente a órganos y funciones biológicas o tecnológicas y a medicamentos; se pretende llegar a un dominio de conocimientos especializados fragmentados sin la perspectiva de totalidad mediante conocimientos y competencias relacionales con otros campos humanos fuera de la medicina; la idea de salud se propone como adaptación pasiva a estímulos patógenos y de naturaleza biofísica; la adaptación de la clínica se hace con referencia tantas veces exclusiva a los requerimientos, incluso económicos, del sistema sanitario nacional; se constata la pérdida de los valores éticos en la medicina y el anonimato de los pacientes; incluso se ve que se da poco valor a los aspectos existenciales de la profesión médica, a la persona del paciente, del médico y de la enfermera.

Frente a esta problemática del “ser” médico desde sus inicios en la formación que se recibe, se han formulado una serie de métodos que han sido concebidos para hacer activa la enseñanza, especialmente desde el llamado PBL (Problem Based Learning) y el método de enseñanza orientado hacia la comunidad que entiendo al médico como una persona necesariamente competente a nivel relacional y científico, inserto en una realidad comunitaria, capaz de colaborar con otras figuras sanitarias y administrar los recursos a disposición en un continuo aprendizaje, como abogado siempre de la salud del paciente, capaz de conjuntar los conocimientos con la práctica médica, y por ello, en formación continua.

Esta clase de formación médica daría una nueva comprensión de la salud y de la enfermedad, atendería a la prevención y manejo de la enfermedad en el contexto de la individualidad del paciente que se complementa por su propia familia y la sociedad entera; desarrollaría así un aprendizaje basado más en la curiosidad e investigación continua que en adquisiciones pasivas; reduciría la carga de la información; propiciaría el contacto directo con los pacientes mediante el análisis personalizado de sus problemas y de todo su currículum.

Se debería pues elaborar un programa que se basará en los siguientes principios: 1. Existencia de un significado comprensivo y último del saber médico. 2. Definición de su orientación epistemológica. 3. Definición de los valores, de las motivaciones, de la madurez psicológica, de la calidad de los conocimientos objetivos y de las capacidades metodológicas, relacionales, técnicas, aplicadas al ejercicio de la profesión. 4. Definición de los valores, de las motivaciones y de las capacidades y de la calidad de la formación de los docentes. 5. Definición de los objetivos generales y parciales de la formación. 6. Definición de los métodos didácticos. Estos principios acogen los conocimientos epistemológicos de la medicina actual que consideran la salud como una construcción psico-biológica determinada por la posibilidad y la calidad de los recursos de la persona y finalizada en dar una respuesta unitaria a las preguntas fundamentales de la existencia humana<sup>6</sup>.

### 1.5 La formación permanente

La identidad del médico no se forja una vez por todas en su formación inicial, sino que debe prolongarse en su formación permanente. Exige la preparación muy cuidadosa de los estudiantes de medicina, pero a la vez requiere la preparación continua y progresiva de los profesores que imparten cualquier asignatura médica, preparación que nunca debe

de faltar. Los profesores en especial tienen la responsabilidad de la promoción de los nuevos médicos, la que nunca facilitarán si no les consta en conciencia de la capacidad de cada alumno para llevar a cabo tan delicada misión.

En virtud del mismo octavo mandamiento les obliga a todos los médicos el secreto profesional, y como lo hemos ya repetido, poseer una sólida cultura médica que debe constantemente perfeccionarse mediante la formación permanente<sup>7</sup>.

## 2. "CON"

Decíamos que el segundo rasgo de la vocación cristiana se expresa por la preposición "con", con Dios. Esto es, toda vocación es para estar con Dios nuestro Señor, que es quien capacita al hombre para llevar a cabo una misión que sin su fuerza sería inútil emprenderla. Leemos en el libro del Exodo que dice Moisés a Dios en el monte Horeb: "*Y quien soy yo para presentarme ante el Faraón y sacar de Egipto a los israelitas, y Dios le contestó: Yo estaré contigo...*" (Ex 3,12).

### 2.1 Transparencia de Cristo médico

En este apartado esbozamos los más profundos valores que deben configurar la identidad del médico católico. La personalidad del médico cristiano se identifica así como transparencia de Cristo médico. Cristo envió a sus apóstoles a curar toda dolencia y enfermedad y les dijo, yo estaré con ustedes hasta que se acabe el mundo (Mc 16,17; Mt 28,20), el ministerio terapéutico lo ejerce así el médico, al lado de los apóstoles, como una continuación de la misión de Cristo y como su propia transparencia.

Hay que entender esta transparencia en toda su amplitud, el médico debe transparentar toda la vida de Cristo, ésta es la presencia de Cristo en el médico. Pues Cristo cura toda dolencia y enfermedad con toda su actuación tomada inte-

gralmente. Los milagros de curaciones que efectuó, incluso la resurrección de los muertos, no eran algo definitivo en su lucha contra el mal que existe en la humanidad, contra su dolencia y muerte, sino sólo un signo de la realidad profunda que entraña su propia muerte y resurrección.

### 2.2 El Dolor

El tomó todos los sufrimientos, todas las dolencias, todas las enfermedades, sin excepción y las resumió en su propia muerte como la muerte del Dios hecho hombre, de manera que nada de dolor quedase fuera; y desde su muerte hizo explotar a la misma muerte, la venció en la plenitud de su resurrección. Uno de los grandes interrogativos del médico es siempre el problema del dolor, esta interrogación tiene sólo aquí su respuesta, cuando el dolor no aparece como algo negativo, sino como una positividad que culmina es verdad en la muerte, pero en una muerte fecunda de resurrección.

Así el médico debe de curar, transparentando la muerte y la resurrección de Cristo. Para esta transparencia es necesaria una identificación del médico como tal, como sanador, con Cristo sanante. Esta identificación hoy se lleva a cabo en especial en la Eucaristía y en los demás sacramentos. Los sacramentos son la presencia histórica de Cristo en el hoy, en el momento concreto que atravesamos en la vida.

### 2.3 La Salud

Consecuentemente el médico deberá darse cuenta que la salud es complexiva y no se debe hablar de la salud corporal como algo radicalmente distinto de la salud completa que llamamos salud eterna o bien salvación. Por eso el ministerio del médico es un ministerio eclesial que se dirige a la salvación misma del hombre desde su cuerpo, pero que entraña sus demás aspectos.

Así describimos la salud como una tensión dinámica hacia la armonía física, psíquica, social y espiritual y no só-

*lo la ausencia de enfermedad, que capacita al hombre para llevar a cabo la misión que Dios le ha encomendado, según la etapa de la vida en la que se encuentre.*

La misión del médico es por tanto ocuparse de que se tenga esta tensión dinámica hacia la armonía integral, tal como se requiere en cada etapa de la vida de este hombre concreto que es su paciente, de manera que pueda llevar a cabo la misión que Dios le ha encomendado. De aquí la incongruencia de reducir la función médica al sólo aspecto físico-químico de la enfermedad, su función es integral y además no puede ser estática, sino que debe insertarse dentro del dinamismo del paciente que tiende hacia su propia armonía.

En este contexto, la muerte no aparece como la frustración del médico, sino como su triunfo, ya que ha acompañado a su paciente de manera que éste haya podido hacer rendir sus talentos al máximo en cada etapa de la vida y cuando ésta llega a su final, cesa la función médica, no en un grito de impotencia, sino en la satisfacción de la misión cumplida, tanto de parte del paciente, como de parte del mismo médico.

Así el médico verdaderamente está con Cristo y se identifica su profesión en esta comunión con Cristo mismo y entonces el médico se une con nuestro Padre Dios como un hijo con su Padre, y su amor profesional se vuelve la acción del Amor de Dios en sí mismo, que es el Espíritu Santo. Por eso el médico cristiano es aquel que es guiado siempre por el Espíritu Santo. Desde el Espíritu Santo y con el Espíritu Santo se entiende toda la simpatía que deba existir entre el médico y el paciente, toda la debida humanización de la medicina y toda la exigencia hacia la actualización y formación permanente, pues el Amor del Espíritu Santo hace al médico una persona esencialmente abierta para los demás, es a lo que se ha obligado ante Dios por su profesión de Fe que significa su profesión médica. Así llegamos a delinea-

ar ahora el tercer rasgo de la identidad médica, ser para los demás, es el "PARA" de su vocación y de su identidad profesional.

### 3. "PARA"

Cuando Dios ha elegido a Moisés, es muy claro que lo ha hecho para que saque a su pueblo del poder de los egipcios, dice Dios, "*He bajado para salvarlos del poder de los egipcios*" (Ex 3,8).

El médico no puede encerrarse en sí mismo. No puede simplemente pensar que ya tiene suficiente dinero, que ya no necesita trabajar, y que por tanto ahora se retira de su profesión, un verdadero médico es médico para toda la vida, si verdaderamente ha recibido esta vocación, la tendrá para siempre y la deberá ejercer para la humanidad como una misión precisamente recibida para bien de todos, y de la cual deberá dar cuenta a Dios cuando El le diga "estuve enfermo y me fuiste a ver" (Mt 25, 36.43).

#### 3.1 Apertura al paciente

Decíamos que el amor de la profesión médica se calca en el amor de Dios que es difusivo de sí. No puede encerrar sus conocimientos en puras teorías y laboratorios, sino que debe de expandarlos en favor de la comunidad. Ha recibido el don de vigilar y hacer crecer la vida. Su vocación es para la vida, nunca para la muerte, sería cegar la misión que Dios le ha encomendado a cada persona humana. Al ministerio religioso se acopla hoy, dice el Papa Juan Pablo II, el ministerio terapéutico de los médicos en la afirmación de la vida humana y de todas aquellas singulares contingencias en las cuales la misma vida puede estar comprometida por un propósito de la voluntad humana. En su más profunda identidad llevan consigo el ser ministros de la vida y nunca instrumentos de muerte. Esta es la naturaleza más íntima de su noble profesión. Están llamados a humanizar la medicina y los lugares en los que se

ejerce, y a hacer que las tecnologías más avanzadas se usen para la vida y no para la muerte; teniendo siempre como supremo modelo a Cristo, médico de los cuerpos y de las almas<sup>8</sup>.

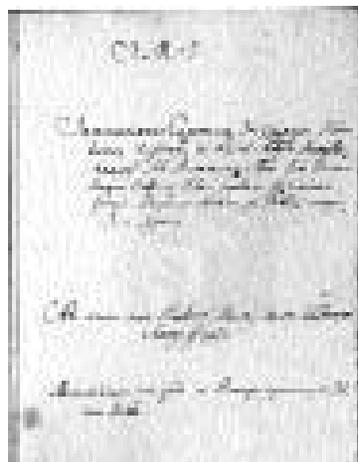
El médico católico, dice el Papa Pío XII, debe poner a disposición de los enfermos su saber, sus fuerzas, su corazón y su devoción. Debe comprender que él y sus pacientes se encuentran sujetos a la voluntad de Dios. La medicina es un reflejo de la bondad de Dios. Debe ayudar a que el enfermo acepte su enfermedad, y él mismo debe cuidarse del encandilamiento de la técnica y hacer fructificar los dones que Dios le ha dado y no ceder a las presiones para realizar atentados contra la vida. Debe permanecer fuerte frente a las tentaciones del materialismo<sup>9</sup>.

El buen médico debe tener así las virtudes dianoéticas y las políticas y hacer de ellas una virtuosidad, esto es, un hábito, de manera que tanto las virtudes que ven a las ciencias teóricas como aquellas que ven a las prácticas, se encuentren en él como si fueran su segunda naturaleza<sup>10</sup>.

#### 3.2 Cualidades fundamentales del médico

Así se han llegado a tipificar las cualidades fundamentales del médico en 5 renglones: Conciencia de responsabilidad, humildad, respeto, amor y veracidad. La conciencia de responsabilidad lo lleva a trabajar con el enfermo y ser consciente de que el médico es el que da la dirección; la humildad le dice que el médico vale por sus enfermos y no al revés, la humildad lo hace reconocerse como deudor del enfermo; el médico no puede hablar de "sus" pacientes, sino más bien los enfermos hablarán de "su" médico. El médico debe recibir a sus enfermos como está escrito en el dintel de un viejo hospital alemán: "recipere quasi Christum", debe recibir a sus enfermos como si fueran el mismo Cristo. El respeto y el amor al enfermo, del que hemos ya hablado, fundamentan su humildad, se sabe depositario de una mi-

sión para la cual no tiene las fuerzas necesarias, sino que las recibe de quien lo envía para la misma. La veracidad entraña ser consciente de la gran confianza que le tiene el enfermo al revelarle sus intimidades; se exige veracidad en el diagnóstico y en la terapia, no sólo en el plano corporal sino integral, mental, social, psíquico, espiritual; nunca debe de experimentar en el enfermo si en ello se encuentra un peligro desproporcionado al bien que se pretende alcanzar, que esto sea absolutamente necesario y que el enfermo esté de acuerdo; debe comunicar al enfermo el desarrollo de su enfermedad, decirle la verdad de su estado cuándo y cómo sea más oportuno. Debe complementar su acción con la acción del sacerdote pues ambas misiones, la del sacerdote y la del médico, se encuentran estrechamente enlazadas<sup>11</sup>.



### 3.3 Retrato del Médico

No deja de tener actualidad el "Retrato del perfecto médico" que en la España del siglo XVI, con el lenguaje florido de aquella época describió Enrique Jorge Enriquez y que dice así: "*El médico ha de ser temiente del Señor y muy humilde, y no soberbio y vanaglorioso, y que sea caritativo con los pobres, manso, benigno, afable y no vengativo. Que guarde el secreto, que no sea linguaraz ni murmurador, ni lisonjero ni envidioso. Que sea prudente, templado, que no sea demasiado osado..., que sea continente y dado a la honestidad y recogido; que*

*trabaje en su arte y que huya de la ociosidad. Que sea el médico muy leído y que sepa dar razón de todo*"<sup>12</sup>.

En la actualidad hablaríamos de la excelencia médica, sería lo que Aristóteles llamaba el "Teleios iatrós" (perfecto médico), o Galeno, "Aristós iatrós" (Médico mejor).

### 3.4 Moral y Derecho

Habíamos dicho en un principio que la profesión médica es algo que excede al Derecho y se sitúa dentro de los marcos de la Moral, y es cierto, pero no por eso puede prescindir del Derecho médico. Un Derecho médico sin una Moral adecuada, sería una arbitrariedad fundada en intereses inconfesables; una Moral sin un Derecho médico quedaría en principios generales sin aplicación directa. Las normas del Derecho médico deben ser suficientemente claras y breves para facilitar la acción del médico. El principio conductor siempre es el mismo: *la finalidad del médico es socorrer y sanar, no hacer el mal ni matar*.

Mención especial merece pues el campo de la Ética, el campo de la Moral, en el que el médico debe ser competente, pero en el que tantas veces no es un especialista; por eso se exigen los comités de Bioética en cada centro de salud, y también su erección en los centros docentes, en franco diálogo con los especialistas en las diversas materias implicadas.

De esta manera el médico se capacita para dar testimonio de Dios en todos los ambientes médicos, sindicales, políticos, etc., incluso, pueden ser válidos portadores del diálogo ecuménico y con otras religiones, ya que la enfermedad no conoce las barreras religiosas. Así el médico activamente pertenecerá a la Iglesia como persona individual y como grupo<sup>13</sup>.

### 3.5 Trabajo en equipo

Para llevar a cabo esta misión tan exigente, el médico no puede quedarse encerrado en su propia individualidad,

debe abrirse en primer lugar a otros médicos y tener la humildad suficiente para trabajar en colaboración y en equipo; tanto en cuestiones estrictamente fisiológicas, como en especial en aquellas relacionales que tienen que ver con campos que no necesariamente domina y que en cierto modo caen fuera de su competencia, vgr., aspectos sociológicos, antropológicos, políticos, de campos técnicos más allá de su profesión, vgr., todo lo referido al campo estricto de la informática.

En cierta forma, dentro de esta apertura, en el campo español de la medicina se diseña lo que dos autores llaman el decálogo del nuevo médico y lo expresan así: 1. Trabajo en equipo multidisciplinar y con un responsable final único. 2. Cuanto más científico sea el profesional, mejor. 3. Se reforzarán los aspectos humanos en el ejercicio profesional. 4. Se ajustará la actuación a protocolos diagnósticos y terapéuticos científicos consensuados. 5. Tendrán conciencia del gasto. Utilizará además de los protocolos, guías de buena práctica. 6. Facilitará la convivencia y la solidaridad con los compañeros de trabajo y con los enfermos. 7. Pensará que todo acto asistencial puede comportar una actuación preventiva, e incluso, de promoción de la salud. 8. Tendrá presente en todo momento la necesidad de cuidar de la satisfacción del usuario del servicio. 9. Se reforzarán las Unidades de Atención al paciente, difundiendo las quejas y sugerencias que se produzcan entre las personas a quienes afecte. Se realizarán frecuentes encuestas de opinión. 10. Será fundamental aplicar los principios éticos a las actividades profesionales<sup>14</sup>.

## Conclusión

Ser médico católico es un ministerio que surge de una vocación en la Iglesia. Es el ministerio terapéutico. Está ligado fuertemente a Dios nuestro Padre, transparentando a Cristo médico, lleno del Amor que es el Espíritu Santo. Ser

médico es un camino para llegar a la plenitud del ser humano. Comporta una proximidad e intimidad especial con Dios, a la vez que significa una apertura y una donación total a los demás. Esta es la identidad católica del médico, ser la transparencia de Cristo sanante.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO  
BARRAGÁN  
Arzobispo-Obispo emérito  
de Zacatecas,  
Presidente del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud.  
Santa Sede

## Notas

<sup>1</sup> Cf PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD, *Carta de los agentes sanitarios*, Cd. Del Vaticano, mayo de 1995, 1-7.

<sup>2</sup> Cf GRACIA DIEGO, *El Juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina*, *Dolentium Hominum* (31) 1996, 12-14.

<sup>3</sup> Cf CAPELLETTI VINCENZO, *Donde hay amor por el arte médico hay amor por el hombre*, *Dolentium Hominum* (31) 1996, 22-28.

<sup>4</sup> Cf Pio XII, *Discorsi ai medici...*, 46-54.

<sup>5</sup> Cf Pio XII, *Discorsi ai medici*, *Orizzonti medici*, Roma (1959) 46-54.

<sup>6</sup> BRERA GIUSEPPE RODOLFO, *La formazione dei medici del terzo Millennio. La scuola medica come scuola di uomini e di umanità*, Conferenza inaugurale dell'anno accademico 1998-1999. Uni-

versità ambrosiana di Milano, inaugurazione della scuola di Medicina.

<sup>7</sup> Cf Pio XII, *Discorso ai medici...* (oc).

<sup>8</sup> Cf JUAN PABLO II, Al XV Congreso dei Medici Cattolici, AMCI, Cinquant'anni di vita per la vita, *Orizzonti Medici* (1994) 105-114.

<sup>9</sup> Cf Pio XII, Radio Messaggio al VII Congresso internazionale dei Medici cattolici (11-9-56) *Discorso ai medici*, 503.

<sup>10</sup> Cf GRACIA DIEGO, *El Juramento de Hipócrates...*, 12-14.

<sup>11</sup> Cf MARTINI P., *Arzt un Seelsorge*, en LTK (1).

<sup>12</sup> Citado por GRACIA DIEGO, *el Juramento de Hipócrates...*, oc., 26.

<sup>13</sup> Cf LEONE SALVINO, *Orizzonte medico* (6) Nov-dic.1996, 10-11.

<sup>14</sup> ASENJO MIGUEL ANGEL-TRILLA A., *Necesidad de nuevos profesionales para las nuevas situaciones sanitarias*, *Todo hospital* (149), sept.1988, 497-499.

## Identidad del enfermero católico

A los enfermeros católicos les gusta afirmar que tienen su propia identidad; por esta misma razón, a menudo se encuentran en oposición con su ambiente que no aprecia que ellos quieran afrontar su tarea profesional con preocupaciones específicas. Según los más indulgentes, esto quiere decir apropiarse de la mentalidad de otros tiempos. Pero a menudo se pone en discusión la legitimidad de su misma pretensión. Algunos les reprochan su derecho a pretender una originalidad como católicos ya que, afirman, que son las exigencias del servicio profesional las que deben determinar el comportamiento de cada persona, prescindiendo del sexo, de la raza o de la fe; otros, en cambio, ven en la reivindicación de una identidad propia una actitud contraria a la evolución del mundo que quiere esconder nuestras diferencias y unirnos para construir una nueva sociedad.

La contestación de la que es objeto el personal de enfermería católico debemos examinarla con lucidez y valentía; es posible que debamos cambiar ciertos modos de pensar y de expresarnos pero, en el fondo, no podemos renunciar a afirmar que ser católicos incide en el comportamiento que nosotros adoptamos en la sociedad y en nuestra actividad profesio-

sional. El hecho que se quiera negar esta especificidad nos obliga a reflexionar no sólo acerca de las razones que nos mueven para considerarnos católicos, sino más bien y sobre todo, sobre las consecuencias que puede tener en nuestras actividades profesionales la reivindicación de una identidad propia.

De las sociedades presentes, algunas ya no ven más al Cristianismo como base del orden público, otras son extrañas a esta visión de la existencia. Todas contestan a los cristianos el derecho de comportarse de manera diferente de la mayoría de los que las componen. Ya sea que se trate de las sociedades nacidas de la civilización occidental o de las demás, los católicos se sienten sociológicamente en minoría, incluso son tratados como extranjeros en su mismo país. Pero ellos deben darse cuenta que, desde el punto de vista humano y religioso, son una mayoría; su dificultad nace porque la religiosidad de los movimientos populares aún no han tomado conciencia de la fuerza que representan o aún no han encontrado los caminos para una cooperación entre las religiones. Esta es la perspectiva en la que quisiera tratar de precisar la identidad del personal de enfermería católico e insistir en lo que se refiere a la responsa-

bilidad del CICIAMS, que puede representar la aspiración religiosa de la humanidad.

Mi intervención se dividirá en tres partes: 1. El reto de la identidad; 2. La legitimidad de la reivindicación de una especificidad católica en la sociedad; 3. Las consecuencias que derivan para los profesionales sanitarios católicos. Este punto es el más delicado porque ellos deben mantener cerrado el legado recibido del pasado y, al mismo tiempo, adaptarse a las nuevas perspectivas de la sociedad actual.

### 1. El reto

La respuesta de los creyentes a la oposición que encuentran en la sociedad debe adaptarse a los retos propios de su época, y que hoy se refieren a la crisis de los valores en la sociedad civil y a las instancias de nuevo tipo que se instauran entre las religiones. No se trata aquí de analizar estas causas en profundidad sino solamente de recordar los retos que el personal católico de enfermería debe afrontar debido al pluralismo de las sociedades occidentales, a la crisis de los valores en las sociedades no occidentales y a las perspectivas creadas por el acercamiento de las diferentes familias espirituales y religiosas.

*a. La contestación que deriva del pluralismo de la sociedad civil occidental*

Existe una tensión en las sociedades que se remiten al modelo occidental entre los católicos apegados a ciertos valores y los detentores de una laicidad militante/estrecha que ejercen una influencia determinante sobre la opinión pública a través de los medios que controlan.

Las sociedades occidentales ya no se fundan en los valores del Cristianismo; aunque una u otra siguen teniendo como referencia en sus textos constitucionales, todas viven bajo lo que se llama el régimen del pluralismo. En este sistema, el Estado ya no es garante de una interpretación de la vida y menos aún de una religión, sino árbitro entre las diferentes corrientes de pensamiento. Como hace notar el cardenal Pavan, así como el Estado no tiene la competencia para definir lo Bello, tampoco lo tiene ni siquiera para decir cuáles son las verdades religiosas en las que se debe creer<sup>1</sup>.

La llegada del pluralismo incide en la forma según la cual el personal sanitario católico vive su identidad. Cuando se fundó el CICIAMS, era posible limitar la reflexión sobre la identidad católica a los problemas referentes a la competencia profesional y a las buenas disponibilidades ante a los enfermos o los colegas cuando la sociedad aceptaba ver en el Cristianismo la visión fundante de su unidad. La adhesión de las poblaciones a los ideales que proponía el cristianismo justificaba la jerarquía de valores que la ley establecía en dichas sociedades; este tipo de sociedad estable hacía que se insistiera sobre el contenido de las actividades del personal de enfermería en lo referente a la competencia profesional, los cuidados a los enfermos, la atención a las familias y las relaciones en el servicio hospitalario.

Hoy, ya no es así. Se han añadido nuevas responsabilidades a las actividades del personal de enfermería. Las sociedades que durante siglos han vivido bajo la influencia exclu-

siva o casi del cristianismo, han tenido que abrirse al pluralismo; esto quiere decir que los gobernantes tienen la obligación de conceder iguales derechos para todos, cualquiera sea su credo. Desde el momento en que los sentimientos colectivos ya no tienen como centro los valores espirituales trascendentes cuya aceptación general aseguraba la unidad de las sociedades, se debe buscar esta unidad en otros caminos: el de la "politically correct", que impone un modo de pensar y margina a quienes la rechazan; el del diálogo, con el fin de definir el contenido del bien común hic et nunc. Los enfermeros católicos tienden por este último porque les permite construir la unidad de las sociedades respetando las opiniones de todos. Este acercamiento es el que adoptó el Concilio Vaticano II y también por los últimos pontífices. Pablo VI y Juan Pablo II han hablado de la necesidad de construir una "civilización del amor" que se debe contraponer a la de un materialismo práctico y deshumano que parece prevalecer hoy. De este modo, la reivindicación de una especificidad católica es la consecuencia de nuestra antropología social; ésta, exaltando la libertad responsable, no puede contentarse de la normalización intentada por algunas fuerzas de presión.

*b. La crisis de los valores en la sociedad no occidental*

Gran número de sociedades no acepta la noción de persona o, situándose en la corriente islámica, no está de acuerdo con el papel innovador que se le reconoce en Occidente. Los países asiáticos, por ejemplo, que se remontan al confucianismo, al hinduismo o al budismo<sup>2</sup>, fundan su unidad en valores que no tienen vínculos con la cultura cristiana. De esto deriva que los cristianos muy a menudo aparecen como extranjeros en su comunidad nacional. Una situación parecida existe en los países islámicos donde el Corán es considerado el único inspirador de los comportamientos sociales, e incluso ley fundamental del Estado.

Los valores que predominan en las sociedades asiáticas son los que ponen al hombre en el grupo social y hacen de él un servidor de la colectividad; en efecto, la noción de persona y de su destino sobrenatural resultan incomprensibles para ellas. Ciertamente, el Islam tiene la noción de persona, pero coloca la responsabilidad del hombre no en las iniciativas que inscriben el plan de Dios en la realidad, sino en la observancia de las reglas que contiene el Corán. Si el Cristianismo está abierto al pluralismo (lo que también en Occidente no deja de plantear problemas de adaptación) introduce en sus civilizaciones un elemento nuevo. Durante siglos la presencia cristiana ha sido considerada como una agresión extranjera; hoy amplía las posibilidades de concertación entre las fuerzas espirituales en vista que la globalización impone una revaloración de las tradiciones y de los modos de pensar recibidos del pasado; no se trata de abandonar las antiguas tradiciones como si fuesen un vestido viejo, sino de enriquecer abriéndolas a nuevos aspectos de la experiencia humana<sup>3</sup>.

Es así que los cristianos de Occidente y los que pertenecen a otras tradiciones culturales se encuentran frente al mismo problema; el reto que deben afrontar es fundamentalmente del mismo tipo. Esta es la angulación desde la cual se debe considerar la identidad del personal de enfermería católico en un mundo en que las diferentes culturas se fundan en valores diferentes de los propios.



### *c. La crisis que deriva de la diversidad de las familias espirituales y religiosas*

El análisis que acabamos de hacer, a menudo ha hecho hablar de cristianos que se han vuelto o que eran minoría en la sociedad. Esta expresión se puede justificar desde un punto de vista cuantitativo porque ellos no son o ya no son mayoría como antes y pueden tener la impresión de estar dominados, incluso discriminados; sin embargo, esto no es exacto. Una de las características de la modernidad es liberar las fuerzas espirituales; éstas ya no se identifican con un régimen político, dan menos importancia a su dimensión sociológica y, de este modo, logran una convicción más clara de su misión específica en la sociedad, esto es, de ser los abogados de una visión de la existencia abierta a valores superiores, que para nosotros cristianos significa abierta a la trascendencia divina.

Cada tradición religiosa obtiene de su sentido del devenir humano las consecuencias sobre el comportamiento moral de sus miembros en la sociedad. Todas tienen en común no encerrar al hombre en un espacio sólo político o económico; todas tienen la vocación para desarrollar esta dimensión espiritual presente en cada hombre. Esta preocupación común explica porque se entablen relaciones de buena vecindad y de diálogo, sobre todo en la base, es decir, en los equipos profesionales, entre los hombres espirituales de las diferentes tradiciones religiosas.<sup>4</sup> El sentido de la vida, el sentido de una responsabilidad moral que lleva a reconocer la dignidad de cada hombre, acercan unos a otros, cualquiera sea su religión. A partir del Vaticano II, existe una dimensión ecuménica de la acción, que desde ya debe ser incluida por los agentes sanitarios católicos en sus comportamientos: no son los únicos que se preocupan de la vida o de la dignidad de los enfermos. Las asociaciones que han constituido y que tienen como centro de sus actividades estas preocupaciones, atraen a los no católicos que

solicitan formar parte de ellas. El enfermero católico o las asociaciones a las que pertenecen deben constituir la base de una contracultura. Si la cultura puede definirse como un bloque integrado y jerarquizado de valores alrededor de los cuales se encuentran los miembros de una sociedad, si esta síntesis es exclusiva de los demás e impone un “*politically correct*” o un pensamiento único dentro del área geográfica en la que domina, la contracultura será la que buscará realizar una nueva integración de valores alrededor de aquellos de la persona.

Este es el reto frente al cual se encuentra hoy el personal sanitario católico; ¿cómo captarlo? El pensamiento correcto en el mundo de enfermería a menudo impone vivir en la contradicción: por un lado el tema que se tiene es universalista y generoso, pero, por otro lado, se calla sobre la lógica económica que regula la profesión y hace que los ricos sean los que reserven para sí la posibilidad de cuidados sofisticados; por otro lado, se cuida al enfermo pero se favorece una cultura de la muerte.

## **2. Legitimidad de la reivindicación de una identidad católica**

A menudo se ha denunciado el peligro de un indiferentismo causado porque las afirmaciones doctrinales presentan contornos desenfocados. Un verdadero equívoco tiene lugar en el significado de la palabra verdad. La filosofía clásica, tomista y aristotélica, ve en la verdad que una tesis sea conforme al Bello, al Bien, a lo Verdadero y a lo Justo. Todos los juicios remiten a estas nociones trascendentes los casos particulares que deben examinar. La verdad no es subjetiva, lo que cada uno percibe es una comprensión parcial de una verdad objetiva. La existencia es un dato sobre cuyo significado se interrogan todas las culturas.

El católico cuenta con una interpretación de la existencia que lo distingue de todos los demás. No la pide a una teoría

intelectual o a una doctrina filosófica o a una religión que ha construido en su sabiduría para tratar de comprender lo incomprendible. El cristiano es aquel que sigue a Cristo; ve en El un modelo y lo imita, no tanto copiando en la vida de hoy las formas de aquella de hace 2000 años. Se conforma a Cristo, se impregna de sus sentimientos; camina siguiendo el camino donde caminó Jesús (1 Jn 2, 6): Tened con vosotros, dice San Pablo, los sentimientos de Jesucristo. El se inspira, pues, en su método para hacer descubrir a los demás lo que pueden ser las relaciones profesionales vividas por los creyentes.

Recuerdo la visita que hicimos durante el seminario africano en diciembre pasado a la basílica de Yamousoukro en Costa de Marfil, donde se encuentra la imagen de una Virgen esculpida en la madera por un prisionero; se nos dijo que era musulmán; pero él logró impregnarse de modo tal del sentimiento de María para realizar su trabajo que, al final, llegó a la fe y se convirtió. El proceso a través del cual pasó este artista nos aclara la forma con la cual el cristiano da testimonio de Cristo en su vida profesional. Al dejarse conocer por lo que lo rodean como enfermero o enfermera que han entrado en la civilización del amor, ellos les permiten descubrir a través de su contacto que se puede ser del mundo y, al mismo tiempo, habitar en otro lugar y vivir según una lógica gracias a la cual las dificultades y las penas de la vida corriente son superadas; ser cristianos no libera en esta tierra de los males que acompañan a la vida de cada uno, pero hace posible librarse espiritualmente dominándolos, adoptando una perspectiva nueva que proviene del apego a aquel Señor de la vida que es Cristo.

Puede suceder que la secuela de Cristo lleve a asumir decisiones difíciles y penosas; son la ocasión para demostrar que la nueva lógica en la que entra el creyente no se puede reducir a un argumento abstracto sino corresponde a la realidad y se encarna. Este es el

origen de la contracultura de la cual el cristiano y el personal de enfermería católico son los agentes; ella capta que la escuela de Cristo no se logra mediante la observancia de prescripciones como si hubiese dejado a sus discípulos un código o un ritual que seguir. La liberación aportada por Cristo es la de la conciencia; ella le invita a sentirse responsable de hacer que el mundo sea más humano con las iniciativas asu-



midas con plena responsabilidad, al llamado de Cristo. Aquel que vive estas verdades mueve a los demás a la libertad; los desafía para que pongan en relación con el Evangelio de Cristo en las diferentes situaciones en que se encuentran, descubriendo cuáles son sus obligaciones y juzgando el modo para responder, para el cristiano según la enseñanza de la Iglesia, para el no cristiano aceptando abrirse a las exigencias de una civilización del amor. Ver, juzgar, actuar, para retomar las palabras del cardenal Cardijn, son las columnas en las que se apoya cada participación en la vida de la sociedad.

La explicación de la vida cristiana que hemos presentado corresponde a la realidad de la vida humana. El conocimiento no es sólo intelectual; se basa también en la experiencia; existe una comunicación mediante los gestos y no los discursos. Nuestros actos revelan los sentimientos profundos que nos animan. Una reacción espontánea en lo co-

tidiano de la profesión a menudo es ocasión para el no creyente de percibir la profundidad en la que se radica una vida profesional. Aquel que quiere vivir en su vida profesional como cristiano, debe saber que sus comportamientos de cada día son también señales que él envía a los están cercanos a él, mensajes que les dirige.

Es necesario examinar las condiciones en las que el católico decide inscribir su imitación de Cristo en la realidad; no combate por una sociedad alternativa propuesta por un programa político o por una ideología sino, como cada hombre, prisionero de un conjunto de condiciones que pesan sobre él, su finalidad es hacerlas "más humanas", según la expresión de la *Populorum Progressio*.<sup>5</sup> El cristiano afirma que los criterios impuestos por él son los más adecuados para hacer progresar la sociedad en donde vive y demuestra lo justo de ello no tanto con razonamientos que raramente son accesibles a los que trabajan con él, sino haciendo perno en aquel instinto de verdad presente en cada individuo y que lo empuja hacia el Bien, lo Bello, lo Verdadero, lo Justo. El profesional católico realiza sus obligaciones y, al realizarlas, se esfuerza para mejorar la sociedad en la medida de sus posibilidades.

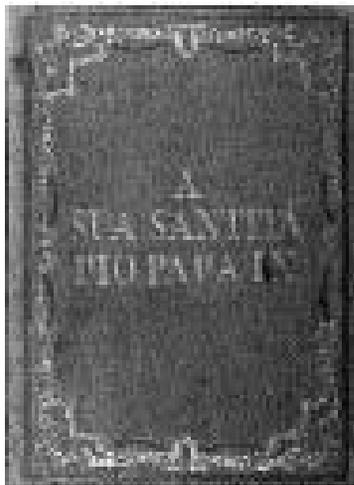
El cristiano afronta la comparación de su fe con sus experiencias de vida en condiciones difíciles; estas son nuevas para él, ya que está sumergido en la sociedad pluralista. Obligado a reconocer la legitimidad de la posición de los demás y el valor que ella puede tener, se pregunta cuál sea la justificación de su fe. Le puede parecer que no sea indispensable para practicar el Bien porque parece que la única razón o la simple razón natural lo pueden suplir. ¿Acaso no ponemos en primera plana hoy el valor de las culturas tradicionales? ¿No damos la impresión de ponerlas todas en un mismo plano con los comportamientos sociales que se inspiran en el cristianismo? De este modo, se inserta de manera insidiosa, en la mente

de nuestros contemporáneos, la idea que frente a ellos se abre una época nueva en la cual las religiones ya no deberán cubrir el papel fundador que han desarrollado en el pasado.

El profesional católico no es el único que desea hacer progresar la sociedad o que quiere detenerla en el camino en que le parece que va adelante. Los representantes de otras fuerzas sociales tienen la misma ambición. La estructura de los comportamientos de los unos y de los otros es la misma; para ambos se trata de inscribir en la realidad su representación del orden ideal del mundo y de su sistema interpretativo de la existencia. De este modo el católico encuentra a otras personas que, sin tener su fe y su visión del mundo, comparten su preocupación de dar prioridad a la dimensión religiosa de la existencia. Como creyente, debe vivir en un nuevo contexto; durante siglos su encuentro con las demás visiones del mundo ha sido conflictual, a menudo violento. Se pensaba que la verdad fuese de un lado y el error del otro. Cada una de las partes era en buena fe condenando a la otra pero concebía la solución del conflicto sólo imaginando la victoria de uno sobre el otro. "Verdad de los Pirineos para acá, error más allá", escribía Pascal. Un conocimiento mejor de la condición humana ya no permite que hoy se sostenga esta dicotomía; si cada hombre, si cada civilización está a la búsqueda de la verdad, esto quiere decir que no la poseen totalmente, sino sólo en parte y no logran alcanzarla en su totalidad. Todos tienen las mismas aspiraciones a estos bienes superiores trascendentales, lo Verdadero, el Bien, lo Justo, lo Bello, pero los captan solamente en función de su fineza espiritual, de su coraje para hacerlos concretos y de su libertad de acción. Todos son prisioneros de la herencia cultural recibida dado que no están acostumbrados a distinguir lo que es la sustancia esencial de los aportes de la historia y están tentados de conferir un mismo absoluto a unos y a otros.

### 3. El enfermero católico frente a lo cotidiano de la existencia

Parece que cuatro líneas directivas influyen en el comportamiento del personal sanitario católico deseoso de practicar su actividad profesional con un espíritu de testimonio cristiano; dos se refieren a los valores mientras las otras dos a los medios.



#### *Los valores*

##### *El respeto de la vida*

La vida es el bien más precioso que posee el hombre pero no todos le dan la misma definición. Para el cristiano, la vida es un don recibido de Dios, es el momento en el que cada uno realiza su destino personal dándole un sentido; es sagrada ya que esta facultad no se le puede quitar a nadie porque interferiría entre su conciencia y Dios. De aquí el rechazo para los cristianos del aborto y de la eutanasia.

La lucha por la vida ha asumido hoy una nueva amplitud. El desarrollo de la tecnología permite soñar una transformación profunda de las condiciones de la existencia humana; es así que la tendencia a los experimentos sobre el hombre, a la clonación, a la aceptación de las madres en alquiler, a las inseminaciones post-mortem... ya ha penetrado en las profesiones sanitarias de algunos países. Dichos "progresos", como sostienen algunos, han sido facilitados porque el personal de enfermería está incluido hoy en un

equipo que, a su vez, es instrumento de una política definida desde fuera; se siente aliviado de la responsabilidad para consigo mismo, así como también frente a la sociedad; ya no hay cabida para la búsqueda de un fin trascendente en sus actividades.

Está en acto una lucha sobre el significado de la existencia entre la Iglesia y las corrientes de opinión dominantes de la sociedad contemporánea. Los enfermeros católicos lo saben: varias veces han escuchado hablar de la oposición absoluta de la Iglesia a un cierto número de prácticas.

– La primera cuestión es saber si cada persona ha emprendido iniciativas para transformar este conocimiento en convicción. Detrás de las afrentas como las que han tenido lugar en El Cairo o que se verifican cada día en numerosas clínicas o laboratorios, se pone en juego la civilización del amor del cristianismo. No es suficiente decir que todos los hombres son hermanos, que deben ayudarse y amarse; es necesario mover esta exigencia hasta los límites más extremos viendo en cada atentado contra la vida, por tenue que sea, una limitación a la unión universal de todos los hombres querida por Cristo.

– El segundo problema es saber qué hacemos para que nuestro ambiente sea más respetuoso de la vida. No somos los únicos que consideramos la vida como algo sagrado, es decir, que no puede ser manipulada a nuestro placer para reconstruirla según nuestra idea. Muchas otras corrientes de pensamiento consideran que tenga un valor en sí misma; es en este terreno que nos encontramos. Nuestra actitud profesional debe revelarles que su aprecio de la vida puede ser más profunda. Junto a nosotros deben aprender a discernir en qué cosa las nuevas escalas de valores difundidas por la civilización moderna favorecen o no el desarrollo de la vida. El valor del hombre no proviene de lo que consume; de lo contrario tendría valor sólo según lo que posee o lo que puede com-

prar. El pobre, el minusválido, el niño que debe nacer, el anciano... verían que su derecho a la vida es puesto cada vez más en discusión cuando respetarlo se convertiría en un disturbio para los que detienen el poder.

#### *La dignidad de la persona humana*

La exigencia del respeto de la vida no es un slogan; se repercute en el trabajo cotidiano del personal sanitario al que le pide mediar para que lo sea en favor de un número cada vez mayor de personas.

– Entre otros, ella exige que el personal de enfermería la respeten en su vida profesional sin renunciar a su derecho de poseer un juicio moral sobre sus condiciones de trabajo y de vivir consecuentemente. La reivindicación de un status para el profesional objeto de conciencia deriva justamente de este principio. Como recita la Declaración sobre la libertad religiosa, *Dignitatis humane*, ninguno debe ser obligado a actuar contrariamente a su conciencia; cada uno tiene el derecho de actuar según las justas prescripciones de su conciencia. Encontramos una posición parecida en la Declaración universal de los derechos del hombre de 1948.

– El personal sanitario debe respetar en su trabajo el derecho de los demás a vivir de acuerdo a la dimensión religiosa de la existencia: se debe interrogar sobre su responsabilidad para asegurar la asistencia religiosa a los enfermos, para poner a disposición cuidados de calidad posiblemente al número más grande, para ayudar a aquellos con los cuales está en contacto para desarrollar el sentido de la familia, célula fundamental de la sociedad; en pocas palabras, debe impregnarse de la idea que su misión es conducir a los que encuentra para comprender mejor su dignidad y crecer en humanidad. El personal sanitario contribuye a través de su misma actividad profesional cuando ésta es asistencia material, espiritual y psicológica de los individuos, lo cual constituye el fundamento de la civilización.

*El compromiso en las estructuras*

Servir a la vida requiere asumir una parte activa en el desarrollo de estructuras sanitarias adecuadas. Los que curan, ya sea en el hospital o privadamente, mejor que cualquiera se pueden dar cuenta de lo que no funciona en los servicios sanitarios. Deben hacerlo presente y al mismo tiempo hacer lo posible para modificar las condiciones en las que deben ocuparse de los enfermos.

La identidad se manifiesta en lo concreto de las ocupaciones. Es necesario saber discutir acerca del respeto de la vida, de las buenas relaciones de trabajo, de la atención a los más pobres... pero el personal cristiano es el que se preocupa realmente en su comportamiento; por tanto, él se interrogará: ¿en esta situación puedo hacer algo y qué es lo que hago para promover la vida, para crear condiciones acogedoras de la vida?; ¿las instituciones en las que trabajo son sensibles a estas preocupaciones? ¿Qué puedo hacer sólo o en grupo para mantener, defender o cambiar las condiciones existentes? El personal sanitario es católico según como se compromete personalmente y según como imprima mayor benevolencia en su vida profesional a través de las instituciones.

*... En particular a través de las asociaciones profesionales*

La participación activa en la transformación de los cuida-

dos sanitarios puede parecer algo utópico a numerosos miembros del personal sanitario. Este objetivo está por encima de las fuerzas de un individuo aislado sobre todo cuando no ocupa una posición de mando y está integrado en un equipo de cuidados o de investigación en el que las tareas de cada uno son fijadas sin que haya la posibilidad de tomar parte en la definición de la política general de servicio.

Lo que no es posible para un individuo lo es para los que unen sus esfuerzos con el fin de obtener el cambio de las instituciones o de las prácticas. Nunca se insistirá lo suficiente sobre la importancia de las asociaciones estrictamente profesionales en materia de sanidad y sobre el deber de tomar parte en ella. Estas interpretan los deseos y las reivindicaciones de los trabajadores de la base; es dentro de ellos que se pueden estudiar las quejas sobre el mal funcionamiento y elaborar propuestas. Deben recordar que las políticas sanitarias tienen como fin el desarrollo de cada hombre y de todo el hombre; pero la filosofía de la vida que difunden no es – y no puede ser – en un mundo pluralista la que anima a los hombres y a las mujeres de religión. Aislados, nada pueden; por esto deben reunirse en asociaciones capaces de darles una voz.

La cuestión de la colaboración del personal sanitario católico con los no cristianos que comparten una visión cercana a ellos no puede ser eludida. Desde varios países provienen noticias que enfermeros pertenecientes a religiones diferentes del cristianismo toman parte en las actividades de nuestras asociaciones. Cuando se producen dichos contactos, estos deben ser vistos como una ocasión ya que aumentan las posibilidades de realizar nuestros objetivos para con los enfermos y porque hacen que las asociaciones miembros del CICIAMS, en este campo, sean los pioneros de una contracultura de la vida. De este modo se puede satisfacer la necesidad de representar las aspiraciones religiosas. Los contactos con los no católicos amplí-

an la representatividad del CICIAMS en el ámbito profesional. No obstante sus asociaciones miembros no sean organizaciones de tipo sindical, deben tender igualmente a tener una audiencia en los ambientes profesionales sanitarios, en los que representan la voluntad de la mayoría de los hombres de ver reconocida la dimensión religiosa de su existencia.

La cuestión de la identidad del personal sanitario católico se plantea en particular en las sociedades del siglo XX que no tienen la fe en Dios como fundamento de sus instituciones sociales. En la respuesta que se les proporcionará, será necesario que se defina una nueva cultura cristiana, la que hace treinta años el Concilio Vaticano II definía mediante su Constitución sobre la Iglesia en el mundo contemporáneo. Teniendo en cuenta las nuevas condiciones en las que los cristianos se encontraban (o se habrían encontrado) para ser testigos de Cristo, el Concilio hacía un llamado a una vida mucho más profunda con el fin de hacer percibir a través de las acciones cotidianas el sentido de la dignidad del hombre que nos da el Evangelio. Esta misión será la del tercer milenio; para que se realice, presupone que las asociaciones católicas sean minorías fuertes que actúan dentro de las sociedades para ayudar a sus miembros a afirmar su fe en Jesucristo y a comunicarla a los demás.

P. JOSEPH JOBLIN, SJ  
*Consejero eclesiástico de CICIAMS  
(Comité Internacional de Enfermeros  
y Asistentes Médico-Sociales)  
Francia*

**Notas**

<sup>1</sup> Cardenal PAVAN, *Attualità della Pacem in Terris* en F. BIFFI, *I diritti fondamentali de la persona umana e la libertà religiosa*, Ed. Vaticano/Lateranense 1985 pp. 149-154.

<sup>2</sup> El caso de las religiones tradicionales es diferente ya que cada una de ellas no constituye la razón de ser de los Estados modernos.

<sup>3</sup> PIO XII, Radiomensaje, Navidad de 1956.

<sup>4</sup> A. DUPRE - LATOUR, *Théologie des religions non-chrétiennes et l'Islam* en *Studia Missionalia* 1999/48 pp. 215-230.

<sup>5</sup> *Populorum Progressio* §§ 19-21



# Retos para el tercer milenio

## 1. Introducción

En calidad de Secretaria General de CICIAMS, es para mí un gran placer intervenir en este Encuentro y darles la bienvenida

Es la primera vez que el personal sanitario, y en particular nosotras enfermeras, comadronas y asistentes médico-sociales, nos reunimos en esta gran sala del Nuevo Sínodo en Vaticano.

Doy la bienvenida a Roma, a esta ciudad magnífica, histórica y corazón del catolicismo, a los que vienen de lejos para participar en este importante e histórico Congreso.

En todo el mundo ya se mira al tercer milenio y, al igual que numerosas asociaciones internacionales católicas, también los miembros y responsables de CICIAMS han efectuado varias lecturas de las tareas y de los retos del nursing para el tercer milenio. La asociaciones miembros de CICIAMS conocen sus tareas y en general los retos que les esperan y, como ha dicho Mons. Lozano Barragán durante el XVI Congreso Mundial de CICIAMS en Taipei en 1998, conocen la *misión* y la *responsabilidad* de las enfermeras, de las comadronas y de las asistentes médico-sociales católicas. Al concluir su mensaje, Mons. Lozano exhortó a CICIAMS para que se difundiera especialmente en aquellos países en los que aún no está presente, para que adhiriera el mayor número posible de enfermeras, comadronas y asistentes médico-sociales católicas y la cultura de la vida brille en el campo del nursing en todo el mundo.

El interrogante es el siguiente: ¿cómo aplicar esta magnífica idea en una estrategia efectiva y eficaz, cómo animar a los colegas para que se unan y sean miembros del CICIAMS? ¿Esto es algo nuevo para el siglo XXI? Los dispensadores de cuidados sanitarios enfrentan

retos enormes en todo el mundo, pero en realidad siempre lo han hecho, como lo confirmara el Dr. Shirley Dooling en Taipei en 1998.

La salud de una nación está fuertemente vinculada a su situación económica, a su influencia política, a las condiciones de paz y a la calidad de la vida. El sistema de los cuidados sanitarios de una cultura, sociedad o nación está muy vinculado con sus valores y su religión y, por tanto, con todo cambio que podría tener lugar.

¿Cuáles son los cambios para el siglo XXI?

1. Explosión del conocimiento y de la información
2. Desarrollo de la tecnología, de la comunicación y de los viajes
3. Impacto del ambiente en los individuos y en las sociedades
4. Cambio del papel de la mujer y de la familia
5. Nuevas enfermedades e infecciones (*Megatrends 2000*: J. Naisbitt y P. Aherdene, 1970).

¿De qué modo los miembros de CICIAMS pueden enfrentar estos cambios?

Como dijo el Revdo. P. Joblin, Consejero Eclesiástico de CICIAMS, en Taipei en 1998, estamos invitados para efectuar el pasaje del segundo al tercer milenio como signo de los retos de nuestro tiempo.

Como miembros del CICIAMS estamos llamados a reflexionar sobre nuestros deberes y a asegurar que cada uno de nosotros pase de condiciones de vida menos buenas hacia condiciones mejores. Nos anima el Papa para afrontar la crisis en el sector de los cuidados sanitarios debida al progreso en el campo médico. Estamos llamados para reexaminar los conceptos tradicionales de cuidado y adoptar nuevos valores en las propias culturas y sociedades.

Debemos afrontar las presiones de la opinión pública, sin aceptar las innovaciones técnicas sin interrogarnos acerca de su impacto en la vida humana. Debemos afrontar la difusión de los valores que comprometen a la dignidad del hombre. El CICIAMS debe tener el valor de proclamar su propia visión cristiana del hombre.

Poner todo esto en la práctica en el nursing es un reto importante.

La profesión de enfermería y de obstetricia ha asumido mayor importancia y los progresos tecnológicos y científicos la han transformado con mucha rapidez (25 años).

Tradicionalmente, las enfermeras eran las asistentes principales del médico, pero su imagen y la de las comadronas ha cambiado totalmente. Ya no se consideran más como asisten-



tes de los médicos, sino como sus colaboradoras.

No se puede detener la tendencia actual. El mundo del nursing/obstetricia se encuentra frente a un enorme desafío: unir e integrar los conocimientos técnicos y las aptitudes al hecho de “estar cercanos”, a los cuidados de los pacientes, al compromiso (para algunos incluso la vocación) y todo teniendo en cuenta los principios cristianos.

En los últimos años, los problemas económicos se han vuelto cada vez más importantes tanto en Europa, como en Africa, Asia, Sudamérica y Oceanía. Es evidente que los hospitales no pueden sobrevivir si no se toma en consideración el aspecto económico. Sin embargo, la realidad económica se puede aplicar sólo bajo ciertos aspectos: las consideraciones éticas y humanas limitan el acercamiento económico. Los agentes sanitarios siempre se han encontrado frente a una enorme tarea y así será también en el próximo siglo.

Los que forman parte del personal sanitario son privilegiados en el sentido de que pueden poner en práctica valores como la solidaridad, la generosidad y la espiritualidad. En un mundo secularizado, deben comportarse como cristianos, ahora y en el futuro, con una actitud profesional y religiosa.

La autenticidad del nursing constituirá el mayor imperativo del personal sanitario ya que se basa en la autonomía del nursing y en su bondad ética. El personal sanitario no puede quedarse indiferente ante sus límites y ciertamente tampoco ante los que sufren. Sus semejantes se apelan a su verdadera bondad.

La autenticidad tiene un precio pero el hombre se vuelve mejor mostrando la bondad. En los últimos años, el personal sanitario ha afrontado grandes dificultades y esto sucederá también en el futuro, en lo que respecta el ambiente de trabajo, las reglas sociales, las leyes y las interferencias de parte de las autoridades, en todos los continentes. La autenticidad del nursing requiere también un desarrollo de la visión del ma-

nagement: estar más involucrados en los procesos de los cuidados a nivel directo de los cuidados a los pacientes y de la organización.

## **2. Retos del nursing con relación al modo de vida del siglo XXI**

### *a. Especialización y fragmentación del servicio de los cuidados sanitarios*

En numerosas sociedades y culturas estar en buena salud es considerado por muchos como la bendición más grande. La disminución de los recursos financieros y la creciente demanda en lo que se refiere a las implicaciones éticas requiere una mayor reflexión. Como respuesta a esto, constatamos un sistema sanitario aún más eficiente y la creación de todo tipo de especialidad médica y de nursing. Pero especialidad implica independencia. Cada especialidad funciona con estructuras propias, un modo de pensar propio, métodos propios y una propia tecnología. Ya no es el paciente el personaje central sino el especialista.

El especialista se convierte en el factor central de los cuidados al paciente, determina el modo de pensar, los métodos y la tecnología referentes a los cuidados sanitarios (p.e. *Patterns of Self Care of OREM, Integrating Nursing*). Los cuidados ofrecidos deben integrarse, no sólo en el personal sanitario sino en la persona del paciente.

Desde siempre, una colaboración interprofesional es la característica más importante del trabajo de equipo. El paciente es el personaje central y realmente la razón de ser del equipo.

El tercer concepto muy importante es la interdependencia.

### *b. Posición de los agentes sanitarios-comadronas en un equipo multidisciplinario*

Los miembros del equipo son capaces de trabajar juntos y con igual título en el interés del paciente, definir los aspectos específicos de su profesión al encuentro de tres mundos: colegas, médicos y personal auxi-

liario médico y pacientes. Son numerosas las diferencias entre estos mundos en lo que respecta el poder, los intereses, el conocimiento, las habilidades y las opiniones.

### *b.1 Problemas de relaciones con los médicos*

a. El personal de enfermería está subordinado al médico en los campos organizativo y profesional. A veces puede actuar de modo autónomo en lo que se refiere a los cuidados por administrar al paciente.

b. Los médicos controlan las informaciones referentes a los cuidados al paciente y al personal de enfermería. Este debe esperar las informaciones o insistir mucho para que se les proporcione. Esto muestra la importancia que tiene la posición del médico.

c. El personal de enfermería está siempre “cercano al paciente”. Esta aproximación no se limita a ciertos ritos y se accede con más facilidad a su campo de actividad.

### *b.2 Problemas de relaciones con los pacientes*

El paciente debe ser considerado como “cliente real” y objeto de cuidados. Existe cierta discordancia en lo que se refiere a la posición frente al paciente. El personal de enfermería debe estar implicado emotiva y socialmente con los pacientes y asistirlos siempre en sus tratamientos.

El personal no puede mantener las distancias necesarias propias de una actitud profesional. Corre el riesgo de dejarse implicar demasiado, sufrir de stress, así como también el peligro de desgaste constituye una amenaza real.

### *b.3 Problemas de relaciones con los colegas*

Aquí se debe subrayar el método del nursing y el modo como funciona. Existen dos tipos de nursing diferentes entre sí: el nursing de las tareas y el nursing integrado. En el *nursing de las tareas* cada uno conoce su tarea y trata de realizarla en el mejor modo posible. En el *nursing integrado* cada uno actúa como experto autónomo y, luego de una consulta, coordina los cuidados neces-

rios en favor del paciente.

Tiene lugar cuando el personal de enfermería no está bien implicado frente a los demás o si la cohesión del grupo es demasiado fuerte. El papel aquí del jefe de grupo es de suma importancia. El método de la *leadership*, centrado en el grupo es un factor favorable para el compromiso del personal sanitario.

### c. Cambio del concepto "cuidados humanos"

¿En qué consiste el cuidado? En nuestros tiempos, el cuidado es un concepto pero también una práctica. La atención califica la relación entre paciente y donador. En determinadas circunstancias, es un medio para entrar en contacto entre nosotros.

Por tanto, el acercamiento del "cuidado" en términos de un producto de mercado y del "paciente" en términos de cliente o consumidor entra en la problemática. El cuidado es una práctica diferente si lo comparamos al comercio. Recibir cuidados es diferente de comprar un coche. El cuidado es un proceso complicado. Las necesidades del paciente son el perno en este proceso y el paciente participa en él de modo activo. La finalidad no es el provecho o un producto sino la disminución del sufrimiento y, si es posible, la recuperación de la salud. Esto significa que al proporcionar cuidados modernos existen características y cambios:

#### c.1 Ambivalencia fundamental

Por un lado, podemos considerar los cuidados a los necesitados como un valor esencial, vital y moral, indispensable en una sociedad humana. Por el otro, a partir del siglo XVIII en que en Europa los cuidados fueron ante todo una práctica benévola y luego una caridad bien organizada y ahora un cuidado profesional, este género de cuidados tiene un aspecto fundamentalmente negativo en el sentido de que el paciente se encuentra en una posición de menor respeto de sí mismo y de su dignidad. ¿Cómo vencer esta ambigüedad?

#### c.2 Ante todo los cambios sin los cuidados sanitarios humanos

a. En numerosos países europeos (p.e. Bélgica y Holanda), el paciente decide por su cuenta el tipo de cuidados según un precio convenido. Los pacientes y su familia, especialmente en campo geriátrico, compran los cuidados en institutos y clínicas elegidos por ellos.

La especialidad y la profesionalidad de cada tipo de servicios de cuidados hacen que un gran número de estos colaboren en la planificación y en la valoración del tipo proporcionado de curas. El paso hacia este tipo de contraste de cuidados es evidente.

b. Cambiar la empresa de cuidados en Europa

Los hospitales, las instituciones, los centros sanitarios, etc. en Europa funcionan de acuerdo a mecanismos de mercado. El que ofrece cuidados responde a la demanda y a las necesidades del paciente, aunque éste sea el centro de dicho acercamiento.

c. Cambiar las nociones de cuidado

El vocabulario moral del personal sanitario ha cambiado. Las nociones religiosas, como por ejemplo amor-caridad-reconocimiento, ya no forman parte de ello. Dichas nociones están personalizadas y forman parte de la motivación profesional del personal de enfermería. Las nociones políticas han cambiado: ¿que hay de la calidad y de la solidaridad? Este vocabulario moral y estas nociones ya no se pueden aplicar a la política. Esto afecta la actitud del personal de enfermería frente a los pacientes. La sumisión del paciente y su gratitud han desaparecido. Las normas y los valores actuales son una cuestión complicada, la resolución están en "hacer ética". De este modo, para muchas enfermeras, comadronas y asistentes médico-sociales se puede aplicar el leit-motif del NVKVV (miembro de CICIAMS), por ejemplo la diferencia entre vocación y profesión.

La profesión exige que hagamos un trabajo pagado en el mejor modo posible, la voca-

ción es hacer el propio trabajo basado en el amor-caridad y la fe en la Sagrada Escritura.

Podemos decir que leit-motif de NVKVV se basa en la visión del Premio Nobel Madre Teresa, con esta diferencia: todos los miembros de CICIAMS son profesionales. Es evidente que la noción de amor-caridad-*fe* no está en contradicción con los cuidados profesionales sino forma la base de los valores fundamentales y de las actitudes del personal sanitario católico.

Antes de cerrar este capítulo con las posibilidades y propuestas de retos para dispensar humanamente los cuidados, quisiera regresar a la ambigüedad arriba mencionada: cuidados y disminución del respeto de sí y de la dignidad del paciente. Para aclarar esta ambigüedad debemos distinguir entre dos dimensiones de los cuidados: los cuidados en cuanto actividades y los cuidados como escucha del sentido del ser humano. El personal sanitario otorga cuidados humanos, como dice el título de esta intervención. Los cuidados como actividades aparecieron en los últimos siglos en Europa. En muchas culturas los cuidados son una parte holista e integrada de la vida, a menudo conexas



con actividades sagradas. El cuidado es una cuestión de familia y por consiguiente de todos los miembros de la familia y de las personas sagradas. Me refiero aquí a casi todas las sociedades africanas y a los precedentes sistemas de cuidados en el mundo occidental, en

América Latina y también en Asia. A partir del siglo pasado, los sistemas sanitarios en el mundo occidental definen los cuidados como una actividad y el otorgamiento de los mismos como actividad que tiene una compensación.

El sector social, en el que entran los cuidados, ocupa el tercer puesto en el mundo occidental. Cifras y tendencias indican que subirá al segundo lugar al comienzo del próximo milenio.

Estudios realizados en Holanda muestran que el 11% de la población de ese país trabaja en el sector sanitario lo que representa el 10% del producto nacional. En Holanda y en Bélgica, países vecinos con la misma lengua y una cultura parecida, el 60% de los cuidados es otorgado por mujeres. De todas las mujeres entre los 30 y 60 años, una de cada tres dispensa cuidados. Estas cifras incluyen al personal sanitario profesional y voluntario, el 20% de ellos reciben una especie de salario que depende de las condiciones de trabajo de la reglamentación del sistema social, etc.

Podemos concluir que en Occidente los cuidados en cuanto actividad son aceptados como cuadro de referencia.

¿Que hay de los cuidados como escucha del significado de la vida humana? Ahondan sus raíces en la tradición. En efecto, se trata de la elaboración de la dimensión ontológica de los cuidados, lo cual significa que:

a. la existencia humana es una existencia encarnada

b. la existencia encarnada se manifiesta de dos formas, por ejemplo, vitalidad-pasión, fuerza, energía, frente a fragilidad-dependencia-vulnerabilidad. Todo esto caracteriza a la existencia humana

c. los cuidados en cuanto escucha son la forma recíproca de responder, dialogar y comunicar. Fundamentalmente son un proceso social ya que se basa en el interés superior del otro.

Podemos afirmar que la Madre Teresa, la más pobre de los pobres, había comprendido muy bien esta base fundamental de los cuidados, por ejemplo un interés permanente hacia el otro.

¿Cómo podemos nosotros, profesionales de los cuidados sanitarios de todo el mundo, interpretar la dimensión de los cuidados en cuanto escucha en el concepto de cuidados en cuanto actividad?

#### 1) *Finalidades de la actividad sanitaria*

A menudo el personal de enfermería orienta sus actividades hacia la dependencia, la vulnerabilidad, la enfermedad o la pobreza. Los agentes sanitarios católicos asocian los cuidados a las actividades de las personas para proporcionar un sentido a su existencia, a su enfermedad y a su pobreza. Con la Madre Teresa me refiero a la carta pastoral *Salvificis doloris* de S. S. Juan Pablo II.

#### 2) *La responsabilidad de los pacientes*

Al recibir los cuidados, los pacientes pueden expresar el sentido de la independencia y de la falta de gobierno de los demás y pueden interpretar la enfermedad, el handicap, la edad e incluso la muerte como parte de la vida. La dignidad y la responsabilidad de los pacientes deberían estar comprendidas en el otorgamiento de los cuidados.

#### 3) *Opción posible: cuidados éticos elaborados por el filósofo Friedrich Nietzsche.*

4) *Pequeña salud:* un ser humano resiste a la enfermedad, al handicap, al sufrimiento y a la muerte. Toda la energía tiende a evitar estos ataques a la vida.

5) *Gran salud:* esta actitud no valora el sufrimiento pero permite ser controlado. Dominar el temor del sufrimiento establece la condición de verificar el valor de la vida en todas sus expresiones. Lo que hablando desde un punto de vista médico, es un handicap, en esta perspectiva puede llevar a una gran salud.

Cuando esta concepción de la salud será aceptada en la práctica médica y del nursing, entonces habrá lugar para un acercamiento que una el sentido de los cuidados al sentido de la vida.

Para concluir este capítulo sobre los cuidados humanos: todo el personal de enfermería debe encontrar su propia identidad profesional y su perfil debe ser el pensamiento católico. Me refiero a lo que dijo S.S. Pablo VI y más tarde Juan Pablo II: una civilización del amor.

Teniendo como referencia las organizaciones sanitarias católicas, como CICIAMS, una misión extraordinaria es la fuerza de profesionalidad basada en los principios cristianos. Las organizaciones profesionales católicas ofrecen a la dimensión religiosa la posibilidad de tener un lugar válido y de integrarse en el conjunto de los cuidados sanitarios.

### 3. Emancipación de la profesión

#### a. *El personal sanitario debe desarrollar su propia identidad profesional*

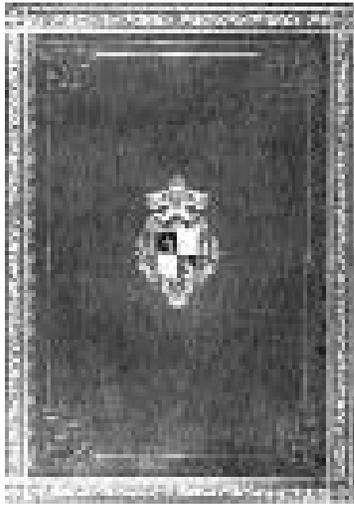
Un modelo de cuidados sanitarios, como nursing integrado, ofrece posibilidades que conducen a la emancipación de la profesión así como también a la demarcación del propio territorio con respecto a los demás agentes sanitarios.

a. El modelo que defiende el paciente con respecto a los cuidados ofrecidos es una respuesta a la fragmentación del sistema sanitario.

b. En su papel de mediador, el personal de enfermería es el brazo derecho de los médicos y el abogado del paciente.

c. Es necesario que el personal sanitario efectúe negociaciones, es decir, valore su trabajo y el de los demás.

d. Los líderes del personal de enfermería deben combinar dos estilos de leadership. Un estilo orientado hacia el trabajo que tiende al rendimiento de los miembros del equipo y a su eficacia y límites de autonomía. Un estilo orientado hacia la persona que subraya una relación recíproca. El personal de enfermería/obstetricia debe ayudar al paciente a permanecer lo más posible independiente. Los cuidados sanitarios requieren que el personal se identifique con la perspectiva del paciente. Esto implica identifi-



carse con lo que ayuda al paciente en la vida que habrá elegido.

*b. Formación del personal sanitario, comadronas y asistentes médico-sociales*

La formación debe proporcionar personal experto y plenamente calificado.

No sólo habrá necesidad de adquirir conocimiento, la habilidad y las aptitudes en la propia profesión, sino también los principios básicos del contenido profesional de los agentes sanitarios. Una convicción de la propia identidad profesional y de los instrumentos de trabajo adecuados, contribuirá a la autonomía y a la emancipación de la profesión.

En lo posible, los agentes sanitarios deben aprender a ser los más eficaces en todas las circunstancias. Durante su formación y sus actividades diarias, deben afrontar problemas de bioética en todos los niveles: muerte del cerebro, trasplante de órganos, SIDA, etc. Es tiempo de que se desarrollen sus *standard éticos* de conformidad con su cultura.

La enfermeras, las comadronas y los asistentes médico-sociales deben aprender a escuchar a la persona humana. Esto es posible solamente si todos tendrán en cuenta de modo sistemático los problemas religiosos. No podemos esperar que todos sean capaces de mantener una conversación religiosa, pero sí encontrar una apertura a través de la cual se expresen cuestiones religiosas. La formación del nursing/comadro-

nas debe ofrecer referencias holistas de toda dimensión, incluida aquella religiosa, a través de las cuales se proporcione la ayuda necesaria a los pacientes.

A veces, el personal sanitario siente que esto no le compete y muestra poco entusiasmo para expresar plenamente su vocación. Cristo ha dicho "la mies es mucha pero los operarios pocos"; su respuesta es siempre válida hoy: "Rogemos al Señor para que envíe operarios a su mies".

**Sugerencias para la educación y la formación de las enfermeras, comadronas y asistentes médico-sociales**

Como dijo Martín Luther King, el defensor de los derechos civiles: "El progreso social no llega nunca por el camino de lo inevitable".

¿Cómo establecer un plan que ponga en marcha cuidados sanitarios adecuados al tercer milenio?

El sector de los cuidados sanitarios debe asegurar una *leadership* que nos permitirá modelar nuestra visión en un mejor sistema de cuidados. Como ha dicho el Prof. P. Maraldo (EE.UU.), la cosa que más necesitamos y de la que tienen necesidad las naciones, es una revolución tranquila de los cuidados sanitarios en todo el mundo, concebida y actuada por el personal de enfermería. Nosotros tenemos mucho que ofrecer a los sistemas sanitarios. Enfermeras, comadronas y asistentes médico-sociales deben participar en todos los niveles del sector de los cuidados sanitarios.

La revolución debe ser tranquila, porque existen ya numerosas teorías y modelos que pueden revolucionar este sector. Desde hace tiempo se dispensan cuidados sanitarios a los pobres, primero de parte de los religiosos y luego gracias al personal de enfermería.

Debemos ofrecer una estrategia sólida y actuable desde el punto de vista político para poner en marcha una revolución tranquila; el prof. Maralda (EE.UU.) sugiere que para al-

canzar este objetivo se siga la siguiente estrategia formada por cuatro puntos:

1. Como personal de enfermería del mundo, ante todo debemos invocar lo que Thailard de Chardin llamaba el Evangelio del esfuerzo humano. Debemos desarrollar en los que creen en Cristo y en los que no creen, la plena convicción del universo que nos circunda y, más en particular, de nuestro poder de influir su desarrollo mediante nuestra acción. Nuestra pasión espiritual colectiva según la cual debe prevalecer un mundo en buena salud, debe ser fuerte y sistemática.

2. El personal de enfermería de todo el mundo tiene la responsabilidad de buscar seriamente un status profesional y lugares de independencia, de autoridad y de responsabilidad que lo acompañen. Lugares de *management superior*, de funcionarios ejecutivos y de gobierno, harán progresar los paradigmas y los modelos del nursing.

Asimismo, se recomienda que toda nación emprenda una revaloración de los recursos invertidos en el personal de enfermería. Los Estados deben invertir recursos en la educación y en el reforzamiento de la *leadership* del personal de enfermería/comadronas. Los *leaders* deben tener un conocimiento de la economía de la salud y del desarrollo de las políticas sanitarias para poder contribuir a la solución del problema de los recursos humanos en su país, y asumir un papel de consultación y de *mangement* en el más alto nivel gubernamental y del sector privado. Una colaboración regional dentro de los *leaders* del nursing (en particular en los países en vías de desarrollo en los que los grupos de *leaders* son pequeños y relativamente aislados) es una estrategia eficaz y efectiva en el desarrollo de *leaders* del nursing en estos países.

Una mejora de las oportunidades de educación así como también una compensación, un reconocimiento de las condiciones de trabajo del personal de enfermería y de las comadronas es importante para mantener un equipo de enfermeros en todo el mundo.

Programas de educación en todos los países deben preparar a los estudiantes para que trabajen y supervisen a los "ayudantes del nursing" que se ocupan de cuidados formales, tradicionales e informales como asistentes, curanderos, herboristas, familias y amigos.

La educación básica del nursing debe preparar al personal no profesional. Una educación adelantada bajo forma de especialidad clínica a nivel post-básica dada por los programas tradicionales y por una educación "a distancia" es fundamental para los educadores y los profesionales.

Se debe asegurar una continua educación para el personal de enfermería. Se trata de un instrumento de progreso para los grupos minoritarios, la educación es vital para el adelanto del nursing.

3. Nuestras naciones nos piden siempre más personal de enfermería capaz de proporcionar un servicio de cuidados complejos. De esto resulta que la educación del nursing ha alcanzado un punto crítico. La educación debe dirigirse hacia los estudiantes, más que hacia un plan sanitario internacional; el personal de enfermería de cada nación debe abrir el camino para que la prevención de las enfermedades constituya una prioridad.

Es esencial una política internacional de prevención de la enfermedad que tienda a combatir el abuso de drogas, de alcohol, el embarazo en las adolescentes, la mortalidad infantil, etc. Una política nacional de prevención tendría un impacto en los programas de impuestos y de beneficios para los empleados y en la estructura financiera del sistema de los cuidados sanitarios.

No sólo una política nacional de prevención realizaría lo que es evidente, sino mejoraría los cuidados y el bienestar de la nación y tendría como beneficio la reducción de los costos de los cuidados sanitarios.

4. Como ha dicho Br. I. Perkins (Kentucky), durante siglos nosotros, en calidad de personal de enfermería, hemos dado prueba de nuestra competencia y nuestro compromiso para proporcionar cuidados donde-

quiera que hubieran enfermos: hospital, casa, escuelas, calles, campos de batalla, en los metro y en nuestros centros. Sin embargo, no podemos hacer una reforma sistemática por cuenta nuestra. Podemos educar a los demás, en particular a nuestros colegas y mostrarles el camino para la humanización de los cuidados como proceso y cambio a través del cual una nueva y radical forma de cuidados sanitarios puede ser apreciada por todos.

Al educar a los demás a la humanización de los cuidados sanitarios, es importante comprender lo que son los cuidados sanitarios. En el contexto de un nuevo paradigma, los cuidados sanitarios son un sostén emotivo positivo y una respuesta a las condiciones y a las situaciones de otra persona, una respuesta que debe afirmar nuestro compromiso a su bienestar, nuestra inquietud, nuestra sensibilidad, devoción y paciencia. Como afirma Callahan (1990), debe haber el empeño de no mirar hacia atrás, de abandonar o desinteresarse de los que sufren, de los minsuvalidos o de los retrasados mentales, de los marginados o de los enfermos de SIDA.

Nuestra misión, en calidad de personal de enfermería, educadores, investigadores y administradores, es la humanización del sistema de los cuidados sanitarios mediante la humanización de nuestros valores judío-cristianos de justicia, compasión, calidad, gestión y colaboración con los que curamos, nuestros pacientes, nuestras familias y comunidades. En este proceso, seremos una nación de personal curante dedicado a aliviar los sufrimientos de todos nuestros hermanos y hermanas en todas partes. ¿Esto no forma parte de nuestra vocación de cristianos? Para aplicar las reformas necesarias y desarrollar nuestra misión, debemos ayudarnos, y en especial ayudar a nuestros colegas y a los miembros de las demás profesiones sanitarias, para que tengan la valentía de ver y descubrir el rostro de Cristo en el rostro de un niño deforme congénito cuya madre hace uso de crack, en el rostro de un joven negro alcoholizado y que no encuentra

trabajo, de un homosexual enfermo de SIDA, de una mujer sin casa y mentalmente minusválida que duerme en los túneles de los metro bajo la ciudad, de un agricultor estacional, de un anciano frágil y solo.

Como ha dicho S.E. Mons. Lozano Barragán, las enfermeras católicas, las comadronas y las asistentes médico-sociales deben ser formadas para que desarrollen su fe en su ambiente y en particular en la ética del nursing.

Las enfermeras católicas deben comprender que su fe les pide proteger los principios básicos de su profesión, comenzando con:

- el principio de la beneficencia: ayudar siempre al paciente

- el principio del no hacer daño: no causar nunca daño al paciente

- el principio de autonomía: dejar que el paciente decida lo más que se pueda

- el principio de sinceridad: el paciente debe ser informado honestamente

- el principio sagrado de la vida: se debe defender siempre la vida humana

- el principio de la justicia: todas las personas deben ser tratadas de manera igual y deben recibir lo que les corresponde por derecho.

Las enfermeras, comadronas y asistentes médico-sociales enfrentan la sublime tarea de proclamar la cultura de la vida. Deben mostrar que la vida y los cuidados son un don de Dios, que nosotros debemos servir en cuanto tales.

#### **4. CICIAMS: Organización católica de enfermeras, comadronas y asistentes médico-sociales**

##### *Origen e historia*

1928. Con ocasión de una reunión internacional en Bali, los Presidentes de las Asociaciones Católicas de varios países decidieron crear una organización profesional católica internacional.

1933. Se realiza en Lourdes el primer Congreso que reunía a enfermeras de diez países. En esa ocasión, se fundó el "Comité de estudio de las asociacio-

nes de enfermeras católicas”, del que se aprobaron los estatutos y se eligió un Comité.

1933-1939. El Comité internacional extendió su trabajo en varios continentes y reunió a un número importante de Asociaciones católicas de nursing.

1946. El Comité reinició sus actividades y se difundió rápidamente en la mayoría de los países. Frente al desarrollo complejo de la medicina preventiva y social y a la aparición en cada país de personas calificadas en el sector médico-social, junto a aquellos comprometidos en los cuidados del nursing, el Comité asumió el título de “Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Médico-Sociales – CICIAMS”

#### *Objetivos del CICIAMS*

a. Animar en todos los países la organización y el desarrollo de Asociaciones profesionales católicas capaces de dar un sostén moral y espiritual a las enfermeras católicas (y enfermeras de la salud pública) y ayudar a perfeccionar su técnica.

b. Coordinar los esfuerzos de las Asociaciones profesionales católicas respetando su autonomía con el fin de estudiar y representar el pensamiento cristiano en la profesión en general.

c. Participar en el desarrollo general de la profesión del nursing y promover las medidas sanitarias y de bienestar social según las líneas del progreso científico siguiendo los principios cristianos, asegurando de este modo la salud y el bienestar al que cada ser humano tiene derecho, respetando al mismo tiempo las convicciones religiosas de cada individuo.

El CICIAMS está dirigido por:

**Consejo General.** El Consejo General está formado por los Presidentes o delegados oficiales de las Asociaciones miembros.

**Consejo de Administración.** El Consejo de Administración es elegido por el Consejo General.

**Secretariado Internacional.** Los asuntos corrientes son seguidos por un Secretariado Internacional.

RED DE CICIAMS	
NACIONES UNIDAS/DIP Agencias: UNICEF OMS DIP ECOSOC OIT	CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LAS OIC  ANTIGUO MEMBRO DEL COMITE DE CONTINUIDAD
CONSEJO PARA EUROPA	PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD  PONTIFICIO CONSEJO PARA LOS LAICOS  PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA  COR UNUM

ESTRUCTURAS DE CICIAMS	
CONSEJO GENERAL ESTATUTARIO	
CONSEJO EJECUTIVO	
EJECUTIVOS	
PRESIDENTE INTERNACIONAL	
PRIMER VICE-PRESIDENTE INTERNACIONAL	
SECRETARIO GENERAL	
TESORERO	
PRESIDENTES REGIONALES	
CONSEJO EJECUTIVO DIARIO	
SECRETARIADO GENERAL	
SECRETARIADOS REGIONALES	
ELECCION DE LOS DELEGADOS EN:	
OMS	
NACIONES UNIDAS/DIP	
UNICEF	
ECOSOC	
OIT	
CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LAS OIC	
COMITES DE CICIAMS	
COMITE TECNICO	
COMITE DE FINANZAS	
COMITE DE ESTATUTOS	
COMITE COMADRONAS	
COMITE EDITORIAL	

#### **Actividades de CICIAMS**

##### CONGRESOS

Los congresos internacionales son organizados cada cuatro años. Se organizan congresos regionales para estudiar de manera más específica los problemas sanitarios referentes a cada región.

##### ESTUDIO

Efectuado por el Comité Técnico y diferentes Comisiones con el fin de redactar informes y documentos para los miembros y las organizaciones internacionales.

##### PUBLICACION

Publicación de la revista *CICIAMS NOUVELLES-NEWS- NOTICIAS-NACHRISCHTEN* y de cartas circulares.

##### PARTICIPACION

Los delegados de CICIAMS participan en numerosas reuniones y trabajos de varias organizaciones internacionales a las que está asociado.

##### FONDO DE SOLIDARIDAD

Ayuda para constituir y participar en las actividades de las Asociaciones de Enfermeras católicas en los países en vías de desarrollo.

## GUIAS EN MATERIA ETICA

Textos estudiados y preparados por el Comité Técnico con la asistencia de expertos.

### Secretariados generales se han consituido en

#### AFRICA

Región de habla francesa

Región de habla inglesa

#### ASIA

#### EUROPA

#### AMERICA DEL NORTE

### Relaciones oficiales de CICIAMS

CICIAMS mantiene relaciones oficiales con las siguientes Organizaciones Inter-gubernamentales:

#### OMS

Estatuto consultivo con la Organización Mundial de la Salud desde 1954

#### ECOSOC

Registro del Consejo económico y Social desde 1954

#### OIT

En la lista de la Organización Mundial del Trabajo desde 1956

#### UNICEF

Registro del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia desde 1956

#### CONSEJO PARA EUROPA

Estatuto consultivo Cat. II para los problemas sociales y sanitarios desde 1956

CICIAMS es miembro de la Conferencia Internacional de las Organizaciones Católicas (CIOC) y mantiene contactos regulares con numerosas Organizaciones Internacionales.

### Actividades futuras

Para enfrentarse a los retos del año 2000 es necesario reaccionar ahora ante los problemas encontrados por el personal de enfermería.

a) El personal de enfermería debe reaccionar y es importante que comprenda su identidad profesional y que se ponga en evidencia la idea católica para las enfermeras, las comadronas y las asistentes médico-sociales.

Para comenzar, podemos tener como referencia las pala-

bras de S.S. Pablo VI y las de Juan Pablo II: "la civilización del amor".

b) La reacción colectiva puede estar asegurada por las organizaciones profesionales católicas, en este caso por CICIAMS.

Más que antes, las organizaciones profesionales católicas tienen la misión extraordinaria como fuerza motora y/o piloto de la profesionalidad de los miembros de este sector, todo lo cual teniendo en cuenta los principios cristianos.

Durante el XV Congreso Mundial de CICIAMS, en septiembre de 1994, todos los oradores pusieron bien en claro que, mediante una cohesión de los grupos y la acción colectiva, las ideas deben afirmarse mucho más a través de las actividades profesionales del personal de enfermería, comadronas y asistentes médico-sociales.

El personal de enfermería católico, las comadronas y las asistentes médico-sociales no son diferentes de los demás colegas en lo que se refiere a su profesionalidad. La calidad de los cuidados y el nursing difieren según la sociedad y la cultura; en los países industrializados el nursing y la profesión de las comadronas son de altísima calidad. Las organizaciones profesionales católicas ofrecen a la dimensión religiosa la posibilidad de tener un lugar válido e integrarse en el conjunto de los cuidados sanitarios.

Aunque aparezca difícil animar a los colegas para que sean miembros de una organización profesional católica, la necesidad de unirse es más grande que nunca ante el aumento del laicismo y de la pérdida de los valores fundamentales.

Los miembros de una organización profesional católica encuentran la fuerza de continuar en la organización, pero también la fuerza de ayudar a los demás.

Esta es la esencia del nursing y de la profesión de las comadronas.

Es evidente que todos los miembros del CICIAMS son conscientes del hecho que la organización forma parte de la

Iglesia. El fuerte nexo tradicional existente entre CICIAMS, la Iglesia y el Vaticano debe ser mantenido e incluso reforzado. El reto de CICIAMS es diferenciarse de las demás organizaciones profesionales no confesionales en base a los principios católicos.

Nuestra vocación como organización profesional católica se basa en la evidencia de la fe y en el apego a la Iglesia. Esto es lo que afirma el significado de CICIAMS en el mundo, ahora y en el futuro.

CICIAMS debe realizar también las esperanzas en caso de que los miembros individuales esperen una *percée* colectiva y pública del *etouffement* de los problemas éticos difíciles y de este modo ser el testigo de la grandeza de Dios.

Las organizaciones del personal de enfermería reunidas en CICIAMS constituyen un catalizador de energía a nivel local, regional y mundial. Son:

*Lugares de encuentro:* abiertos a los que se preocupan de la humanización de las profesiones de los cuidados sanitarios. Es necesario compartir con otros las preocupaciones y las reacciones con el fin de crear una conciencia común con respecto a los problemas de la vida profesional y contribuir iniciando y promoviendo movimientos de opinión para cambiar nuestro mundo profesional.

*Lugares de reflexión:* la amistad es importante, es la base de cada grupo sólido, pero no es suficiente. El personal de enfermería católico tiene necesidad de reflexionar de conjunto sobre los problemas que se encuentran durante el ejercicio de su profesión, porque no es suficiente el intercambio de comentarios superficiales. Haciendo frente a los cambios propuestos o impuestos, debemos recordarnos que un servicio de cuidados realmente humano debe incluir a los pobres y la reinserción social de las víctimas de enfermedad ligadas a los problemas de droga, a las rupturas familiares, etc. y que son rechazados por la sociedad. Las asociaciones del CICIAMS deben saber cómo y cuándo hablar de estos problemas. Con este

objetivo encontrarán en la doctrina social de la Iglesia las enseñanzas con las cuales forjar su compromiso y las razones de la actitud que se espera de ellas.

*Lugares de oración:* al respecto, cada asociación tiene su propia tradición que corresponde al ambiente en el que se ha desarrollado. Esto debe ser mantenido como algo fundamental que los miembros del CICIAMS logran con Dios la familiaridad que les corresponde. Se trata de un punto esencial. Por esto nosotros tenemos este sentido de Dios que numerosos enfermos con los que estamos en contacto descubrirán el sentido trascendente del sentido de su vida, confrontarán su enfermedad y un día su muerte movilizándolo todas sus energías espirituales, aceptando la verdad de su condición humana, se sentirán objeto de un amor infinito y por lo mismo tendrán un valor infinito.

*Lugar de solidaridad:* Nosotros decimos que los cristianos están unidos con los que material, psicológica y espiri-

tualmente son más pobres. La solidaridad es el signo de nuestra fe que no damos al mundo; es nuestro carnet de identidad. Nuestra solidaridad se expresa dando atención a las víctimas de la vida, a los drogodependientes, o a las víctimas del SIDA. Nosotros nos preocupamos de los que no tienen acceso a los cuidados.

Nuestra solidaridad se extiende hacia las familias para hacerlas más fuertes o reconstruirlas, ya que nuestra experiencia religiosa nos dice que ellas son la estructura fundamental de la sociedad; en lo posible las asociamos a las terapias que estamos por proporcionar.

En el momento de superar el umbral del tercer milenio, las asociaciones miembros de CICIAMS deben medir el reto que les espera. Como miembros de la sociedad civil, comparten sus esperanzas pero saben que el camino elegido no siempre es adecuado. Su fe en Cristo les da la medida de las transformaciones que tienen lugar en la sociedad; no pro-

ponen imponer un modelo para aplicarlo como tal en la realidad; presentan un catálogo de logros hacia los cuales debería tender toda sociedad: la dignidad humana, el respeto de la libertad de conciencia, cuidados para todos, solidaridad, una solidaridad que una el tejido humano que a menudo es destruido por las políticas sanitarias, todos son el signo de la integración de la masa humana en la vida económica y social.

Los ojos puestos en Dios, fuente de piedad y de salvación para todos, el personal de enfermería católico se acercará al tercer milenio consciente de su misión.

El Evangelio dice que el amor, el afecto y los cuidados tienen un efecto sanante. Quizás esto es vivido por las enfermeras, comadronas y asistentes médico-sociales y lo que les da el valor para seguir adelante.

Sra. AN VERLINDE  
Secretaria General CICIAMS  
(Comité Internacional de Enfermeros y Asistentes Médico-Sociales),  
Bélgica

## La identidad del farmacéutico católico en los umbrales del tercer milenio

El tema que deseamos examinar y profundizar al mismo tiempo, no requiere una discusión o una investigación en torno a un problema particular que ha surgido en tiempos recientes en el ámbito del desarrollo de una actividad, sino que toca profundamente la existencia de cada uno como *Hombre* profesional en un calificado y delicado sector de la sociedad humana, con la libre elección de vivir injertado en Cristo (cfr. *Ga* 3, 27) en una progresión cotidiana para conformarse a El siempre y en todo lugar (cfr. *Rm* 8, 29).

Creo que todos los presentes estamos convencidos de que el "el Gran Jubileo no consiste en una serie de cosas por hacer, sino en vivir una gran expe-

riencia. La iniciativas exteriores sólo tienen sentido en la medida en que son expresiones de un profundo compromiso que nace en el corazón de las personas"<sup>1</sup>.

De manera insistente e inequívoca, Juan Pablo II indica la meta de este extraordinario acontecimiento histórico y espiritual que estamos viviendo: "Todo deberá mirar al objetivo prioritario del Jubileo que es el *fortalecimiento de la fe y del testimonio de los cristianos...* a suscitar en cada fiel un fuerte deseo *de conversión y de renovación personal...*"<sup>2</sup>.

Al celebrar el Gran Jubileo y la VIIIª Jornada Mundial del Enfermo en comunión con los enfermos y con los que se dedican al mundo de la salud y

de la sanidad, los farmacéuticos católicos encuentran bien delineado en el mensaje del Santo Padre el camino por seguir, con la plena convicción de que la ocasión providencial que "...verá a la comunidad cristiana comprometida en reconsiderar la realidad de la enfermedad y del sufrimiento en la perspectiva del *misterio de la Encarnación del Hijo de Dios*, para sacar de dicho acontecimiento extraordinario una *nueva luz* acerca de estas experiencias humanas fundamentales"<sup>3</sup>.

Nuestro encuentro, por tanto, no consistirá en una exploración de los "no se puede... está prohibido..." etc., sino en una búsqueda y una confrontación con la *Historia de la Sal-*

vacación, irrupción de Dios que “envió al mundo a su Hijo único para que vivamos por medio de El” (1Jn 4, 9)

Seguiremos estos pasajes:

Significado de ser *católico*

Promoción y defensa de la vida

El Buen Samaritano

Antes de continuar, deseo poner de relieve la “presencia” del *Farmacéutico* en la Sagrada Escritura y el “aprecio” de la Iglesia hacia esta profesión.

#### *En la Sagrada Escritura*

En el libro del Sirácida leemos que “El Señor puso en la tierra medicinas, el varón prudente no los desdigna... El mismo dio a los hombres la ciencia para que se gloriaran en sus maravillas. Con ellas cura él y quita el sufrimiento, con ellas el *farmacéutico* hace mixturas... Hay momentos en los que en sus manos está la solución, pues ellos también – (*médicos y farmacéuticos*) – al Señor suplicarán que les ponga en buen camino hacia el alivio y hacia la curación para salvar tu vida ” (Cap. 38, 4.6-7.13-14).

#### *Aprecio de la Iglesia*

Con respecto al “aprecio de la Iglesia”, me complace presentar un pensamiento de veras importante de Pío XII, de venerada memoria, que luego de haber citado algunos versos de Virgilio decía: “Vosotros pertenecéis a aquella realmente benemérita categoría de ciudadanos que, consagrando tiempo, inteligencia, fuerzas y todo sí mismos, para aliviar las miserias humanas, curan con la terapia las enfermedades presentes y alejan, con sabia y metódica profilaxis, las que amenazan la salud. Vuestra tarea es pesada, por la atención que exige y la responsabilidad que impone. Y sin embargo, vuestra diligente actividad, escondida a los ojos y al aplauso del público, confinada en los recónditos de un laboratorio, silenciosa y testigo fiel de vuestra abrumadora fatiga, está como velada por el silencio. A vosotros les faltan aquellas consolaciones que endulzan la obra a menudo penosa de los médicos y de los enfermos

cuando ven que sus pacientes y enfermos mejoran”.<sup>4</sup> Y luego de haber dicho que Cristo Redentor es “médico de toda la humanidad”, afirmaba: “A vosotros *Farmacéuticos* ha encargado en particular el estudio teórico y práctico del cuidado de los cuerpos”.

Es un aprecio que ha sido confirmado por los pontífices hasta nuestros días, y es particularmente bello recordar que Juan Pablo II considera a los farmacéuticos como “*evangelizadores*, justamente porque vuestra profesión presupone confianza en vuestra arte y en vuestra humanidad”<sup>5</sup>.

#### **Ser católico**

En la búsqueda de las palabras dirigidas por los Papas a los farmacéuticos en los últimos cincuenta años, con frecuencia nos encontramos ante el llamamiento a “*ser católico*” en el cumplimiento de este servicio profesional.

Es particularmente insistente Juan Pablo II cuando afirma: “Las formas de agresión a la vida humana y a su dignidad son cada vez más numerosas, en particular a través del empleo de medicinas, cuando éstas nunca deben emplearse contra la vida, directa o de manera subrepticia. Es por esto que el *farmacéutico católico* tiene el deber – de conformidad con los principios inmutables de la ética natural propia de la conciencia del hombre – de ser atento consejero para los que compran los remedios... Para el *farmacéutico católico*, la enseñanza de la Iglesia sobre el respeto de la vida y de la dignidad de la persona humana, desde su concepción hasta sus últimos momentos, es de naturaleza ética y moral. No puede estar sometida a las variaciones de opiniones o ser aplicada según opciones fluctuantes”<sup>6</sup>.

Pero ¿es posible una “*ciencia médica cristiana*”? se preguntaba Pío XII. Y respondía que “sí” en sentido lato, ya que “no tanto en la ciencia en sí misma, sino sus representantes y estudiosos en los que vive, se desarrolla y manifiesta”<sup>7</sup>. Y en contra de la opinión de quienes quieren vincularla sólo con las

leyes inmanentes, observaba que los destinatarios y los objetivos de cualquier ciencia no están en el vacío, “sino forman parte del mundo universal de los seres; están permanentemente en contacto con los objetos de las demás ciencias y de manera particular están bajo la ley de la inmanente y trascendente finalidad, que los une en un todo ordenado”<sup>8</sup>.

Aquí tenemos el cruce angustiante de este tiempo que nos hace pasar del final de un milenio al comienzo del nuevo: el drama de la separación entre fe y razón, que Juan Pablo II afronta en la *Fides et ratio*, denunciando el abismo nefasto que se proyecta para la humanidad<sup>9</sup>.

Es oportuno releer un pasaje que se refiere a la actividad profesional: “En el ámbito de la investigación científica se ha ido imponiendo una mentalidad positivista que, no sólo se ha alejado de cualquier referencia a la visión cristiana del mundo, sino que, y principalmente, ha olvidado toda relación con la visión metafísica y moral. Consecuencia de esto es que algunos científicos, carentes de toda referencia ética, tienen el peligro de no poner ya en el centro de su interés la persona y la globalidad de su vida. Más aún, algunos de ellos, conscientes de las potencialidades inherentes al progreso técnico, parece que ceden, no sólo a la lógica del mercado, sino también a la tentación de un poder demiúrgico sobre la naturaleza y sobre el ser humano mismo”<sup>10</sup>.

El farmacéutico católico está de lleno en el reto y en el nuevo milenio se encontrará aún más involucrado en dramáticas situaciones para su conciencia.

Injertados en Cristo, podemos afirmar con S. Pablo: “Todo espero en Aquel que me da la fuerza” (*Flp* 4, 13). La fuerza con la cual se puede afrontar y vivir coherentemente dichas situaciones no está presente dentro de nosotros, sino que se encuentra por encima de nosotros. El *hombre tecnológico* no sabe y no logra aceptar semejante visión, porque todo quiere examinarlo y demostrarlo *científicamente* y es-

tá tentado de sentirse el *verdadero señor de este mundo*.

San Pablo, en cambio, reconoce con franqueza su dependencia radical de Dios y lo considera como referencia de manera absoluta. Esto da una nueva fuerza que deriva de la fuerza primordial divina de la creación presente en el universo. También en su tiempo existía un reto sobre el modo de concebir la vida porque escribe: “No os acomodeis al mundo presente, antes bien transformaos mediante la renovación de vuestra mente, de forma que podáis distinguir cuál es la voluntad de Dios: lo bueno, lo agradable, lo perfecto” (*Rm 12, 2*).

El farmacéutico católico que, imitando a San Pablo, depone su fuerza en Cristo, afrontará con valentía y coherencia, sin aprensión, los retos del *tercer milenio*. En la era de la técnica y del temor ancestral de quizás qué desastrosas incógnitas nos reserve el futuro próximo, el cristiano abierto hacia el *mundo*, sacando fuerza de Dios, cumple fielmente la misión creadora que El le ha confiado.

El farmacéutico *católico* puede considerarse con razón “ayudante de Dios” en la obra de alivio y de reconstrucción del *hombre enfermo*<sup>11</sup>.

Incorporados en la Iglesia mediante el Bautismo, los *farmacéuticos católicos*, al igual que todos los cristianos, “están obligados a confesar delante de los hombres la fe que recibieron de Dios mediante la Iglesia” (*LG n. 11*), y fortalecidos por el sacramento de la confirmación con una fuerte presencia del Espíritu Santo, “quedan obligados más estrictamente a difundir y defender la fe, como verdaderos testigos de Cristo, por la palabra juntamente con las obras” (*Ib*).

Bajo la guía del Magisterio de la Iglesia los *farmacéuticos católicos* deben acogerla “no como palabra de hombre, sino cual es en verdad, como Palabra de Dios (Cfr. *1Tes 2, 13*)” (*Ib n. 12*), permaneciendo incorporados a ella no sólo con el cuerpo sino con el corazón (cfr. *Ib n. 14*).

Ser *farmacéutico católico* no exige un recorrido lleno de

hitos y de carteles negativos, sino un *rejuvenecimiento de fe, una renovación personal* – incluso una conversión, si fuere necesario, para dar testimonio al mundo de creer en Jesús el Salvador que ha asegurado: “Si os mantenéis fieles a mi Palabra, seréis verdaderamente mis discípulos, y conoceréis la verdad y la verdad os hará libres” (*Jn 8, 31-32*).

### Defensa y promoción de la vida

En lo que se refiere a la defensa de la vida y a los atentados contra ella, el papel del farmacéutico no es marginal, sino esencial junto con otros que también se dedican a este bien existencial del hombre, en el que la confrontación no es tranquila porque “el mundo de la sanidad es un lugar de lucha en favor del hombre, donde la tecnología tiende a lograr cada vez más espacio y no siempre lo es en salvaguarda de los derechos de la persona, El sufrimiento, la enfermedad, la muerte son acontecimientos “humanos” fundamentales, y la preocupación esencial de todos debe ser colaborar para resolver recíprocamente los problemas del mundo humano.

Ayudar al enfermo para que supere con dignidad su prueba es ciertamente el servicio que la humanidad espera de la ciencia, de la tecnología y de la farmacología. Pero esto no será posible sin una visión clara del respeto absoluto hacia el ser humano, que trasciende el valor de todas las realidades materiales. Este es el punto constante de referencia, que nunca debemos perder de vista, si queremos evitar consecuencias que degeneran en la tragedia de los grandes males sociales, objeto de vuestro compromiso de estudio.

Según la concepción cristiana, el hombre, creado a imagen de Dios, es la expresión más elevada de la vida del universo. Está finalizado a Dios y el universo está finalizado al hombre. Como el Creador de toda cosa ha puesto en los secretos de la naturaleza fuerzas escondidas que se deben descubrir para sacar los medios de

protección y de desarrollo de la vida, del mismo modo ha escrito también en la misma naturaleza humana los principios de las normas universales de comportamiento, que no están sometidas a la interpretación del arbitrio subjetivo ni a las variaciones de la mentalidad corriente”<sup>12</sup>.

Nueve años antes de la *Evangelium vitae* Juan Pablo II expuso el pensamiento y la posición de la Iglesia con respecto al tema que estamos tratando. De sus palabras sacamos las siguientes pautas:

El mundo de la sanidad es un lugar de lucha en favor del hombre

Los derechos de la persona y su dignidad están atentados por la tecnología

Dios ha escrito en la naturaleza humana los principios de comportamiento que no están sujetos a interpretaciones arbitrarias adelantadas por la fluctuante mentalidad corriente, y en el secreto de la naturaleza también están escritos los remedios para su salud (Cfr. *Si 38, 4*).

Esta es la realidad de los retos que se plantean al farmacéutico católico. La invitación para descubrir una nueva luz sobre estas experiencias humanas fundamentales en el año del Gran Jubileo en la perspectiva del Misterio de la Encarnación del Hijo de Dios<sup>13</sup>, exige un comportamiento coherente. Una *nueva luz* que la *Evangelium vitae* difunde ampliamente con argumentos de fe y de razón. Se trata de un documento que cada católico que trabaja en el ámbito de la Salud y de la Sanidad debería poseer y estudiar sus contenidos. Trazamos algunas referencias.

### *La vida es sagrada e inviolable*

Cualquier hombre abierto a la verdad y al bien, si se pone sinceramente a la escucha de ellos, con la luz de la razón puede llegar a los principios inalienables inscritos en la naturaleza del hombre. San Pablo afirma que “Cuando los gentiles, que no tienen *ley*, cumplen naturalmente las prescripciones de la *ley*, sin tener *ley*, para

sí mismos son *ley*; como quienes muestran tener la realidad de esta *ley* escrita, atestiguándolo su conciencia con sus juicios contrapuestos que les acusan y también les defienden” (*Rm* 2, 14-15).

Ahora bien, uno de los valores intocables que el hombre siempre ha tenido presente es que *la vida es sagrada*, y que el derecho a este bien primario es el fundamento de toda convivencia y de la misma comunidad política.

Para el creyente en Cristo este pilar de la sociedad humana es elevado a verdad sagrada en el misterio de la *Encarnación del Verbo de Dios*, que – como afirma el Concilio Vaticano II – inunda de “verdadera luz el misterio del hombre... manifiesta plenamente el hombre al propio hombre y le descubre la sublimidad de su vocación...” (*GS* n. 22).

El acontecimiento histórico de nuestra salvación ha revelado el amor infinito de Dios que “tanto amó Dios al mundo que dio a su Hijo único” (*Jn* 3, 16). En El la vida de cada persona humana es elevada a un valor incomparable e intocable (cfr. *EV* n. 2).

La vida del hombre nacida de la omnipotencia de Dios – “Hagamos el hombre a imagen nuestra, según nuestra semejanza” (*Gn* 1, 26) – tiene su sacralidad e inviolabilidad en El. Cuando la vida de Abel fue violada por Caín, Dios le pidió cuentas y lo condenó: “¿Qué has hecho? Se oye la sangre de tu hermano clamar a mí desde el suelo. Pues bien: maldito se-

as, lejos de este suelo que abrió su boca para recibir de tu mano la sangre de tu hermano...” (*Gn* 4, 10-11).

Y después del diluvio Dios confirma a Noé su señoría absoluta: “A todos y a cada uno reclamaré el alma humana pediré cuenta de la vida” (*Gn* 9, 5), y el fundamento está en Dios “Porque a imagen de Dios hizo El al hombre” (*id.* 9, 6). Dios es el Señor absoluto: “Yo doy la muerte y doy la vida” (*Dt* 32, 39)<sup>14</sup>.

#### *En el misterio de la Encarnación la inviolabilidad desde el inicio*

En la irrepentible ocasión histórica de celebrar los 2000 años de la Encarnación del Verbo de Dios, la exaltación de la sacralidad de la vida aún no nacida tiene lugar en el encuentro entre Elizabeth y María de Nazareth: “...Apenas llegó a mis oídos la voz de tu saludo, saltó de gozo el niño en mi seno...” (*Lc* 1, 44).

Son temas de fe, de aceptación de la Palabra revelada por Dios, que pueden hacer que el diálogo se vuelva aún más incommunicable con quien está en el otro lado. Nos chocamos con quien proclama una “libertad individual” de reconocer y proteger como verdadero y propio derecho, señor absoluto de la propia vida y del otro por nacer, considerado como un injusto agresor.

Pero la “razón” ¿no se interroga sobre la *absurda contradicción* de la sociedad humana que al final de milenio apenas

concluido, mientras se enorgullece por haber proclamado solemnemente los derechos inviolables de la *Persona* y públicamente el *valor de la vida*, y pone en marcha iniciativas y promulga legislaciones a nivel mundial de *promoción de la salud y defensa de la vida*, codifica la eliminación de la *persona humana* desde los inicios de su existencia, y justifica y protege al que ayuda a realizar la eutanasia?

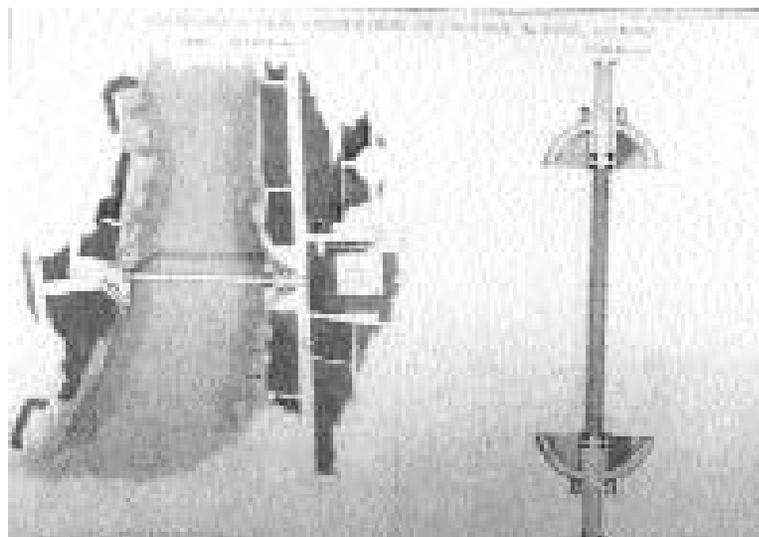
¿Cómo se puede ilusionar a quien quiere confiarse sólo en la *razón*, embebida de actitud prometeica, de apropiarse de la vida y de la muerte decidiendo de ellas, cuando diariamente acumula derrotas y siente el peso de una muerte sin ninguna perspectiva de sentido y de esperanza?

Incluso con la única *razón* se puede reconocer que en el hombre existe una ley natural (v. *Rm* 2, 14-15) que convence a la comunidad política de los hombres que el fundamento del *vivir en paz*, sin injusticias y desigualdades, encuentra su fundamento inviolable sólo en el reconocimiento y en la afirmación del *derecho a la inviolabilidad de la vida de cada uno de sus miembros*<sup>15</sup>.

“En medio de las voces más dispares, cuando muchos rechazan la sana doctrina ¡sobre la vida del hombre sentimos como dirigida también a nosotros la exhortación de Pablo a Timoteo: ‘Proclama la Palabra, insiste a tiempo y a destiempo, reprende, amenaza, exhorta con toda paciencia y doctrina’ (*2Tm* 4, 2)... No debemos temer la hostilidad y la impopularidad, rechazando todo compromiso y ambigüedad que nos conformaría a la mentalidad de este mundo (cf. *Rm* 12, 2). Debemos estar en el mundo pero no ser del mundo (cf. *Jn* 15, 19; 17, 16), con la fuerza que nos viene de Cristo, que con su muerte y resurrección ha vencido el mundo (cf. *Jn* 16, 33)”<sup>16</sup>.

#### **Buen Samaritano**

Uno de los objetivos que el Santo Padre indica para este *Gran Jubileo* es el descubrimiento y el renovado testimo-



nio de “solidaria acogida del prójimo, especialmente del más necesitado”<sup>17</sup>.

En el mensaje para esta *Jornada* ha escrito: “A los que están comprometidos, profesional o voluntariamente, en el mundo de la salud, dirijo una calurosa invitación para que fijen su mirada en el *Divino Samaritano*, para que su servicio sea la prefiguración de la salvación definitiva y anuncio de nuevos cielos y de nueva tierra “en los que morará establemente la justicia” (2P 3, 13)... El ejemplo de *Cristo, Buen Samaritano*, debe inspirar la actitud del creyente estimulándolo a ser “prójimo” a los hermanos y a las hermanas que sufren, a través del respeto, de la comprensión, de la aceptación, de la ternura, de la compasión, de la gratuidad...”<sup>18</sup>.

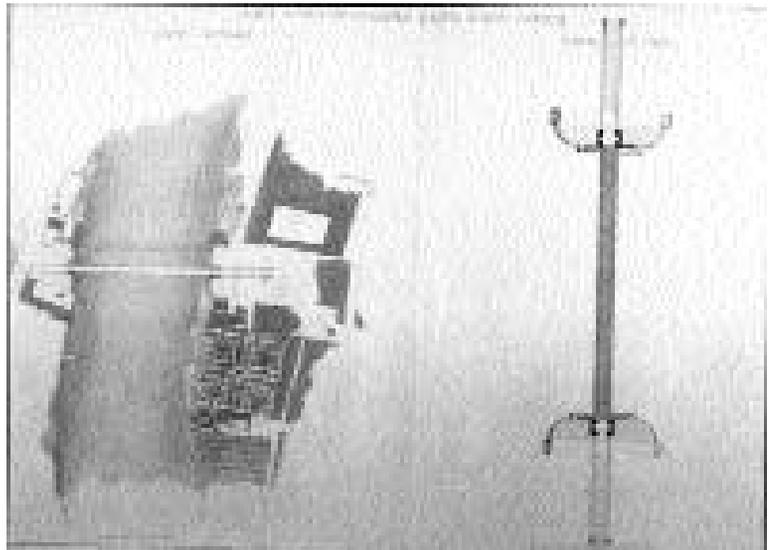
El ámbito de compromiso profesional del farmacéutico es amplio y pasa por los diferentes estadios de la investigación, de la preparación y de la fabricación, para llegar a través de la distribución en el territorio, a la *farmacia* del hospital y del ejercicio privado. Este último, es un *real y personal* punto de contacto con el enfermo

Quisiera recordar aquí nuestra reflexión sobre la *farmacia* que está en los caminos y en las plazas de nuestras ciudades, sin ninguna intención de disminuir la importancia de aquellas que se encuentran en las estructuras sanitarias públicas y privadas, porque considero que sobre todo aquí el mensaje del *Buen Samaritano* encuentra su máxima y privilegiada aplicación.

No es algo nuevo lo que digo, pero deseo poner de relieve que la vista de una *farmacia* genera un sentido de tranquilidad en el ánimo y nos asegura que hay *alguien* en quien podemos confiar en caso de necesidad. Es como un ancla de salvación lista para eventuales e imprevistas necesidades de la salud. Es un punto de referencia seguro en el barrio y para el forastero que por cualquier razón se encuentre en una tierra que no es suya.

Además, en los pequeños centros donde las estructuras hospitalarias son extra-habita-

do, las farmacias constituyen un presidio sanitario de emergencia “salva vida”. Dado por descontado que en estas *farmacias* la profesionalidad del farmacéutico es competente y elevada, es de esperar que se dedique también a una “formación permanente”. “...El farmacéutico es y debe ser el profesional de la salud. Estando a contacto continuo con los ciudadanos, puede y debe fungir como educador, como informador y como promotor de una *conciencia sanitaria* con el oportuno consejo profesional sobre el consumo de los medicamentos. Y de esto vosotros entendeis qué formidables



responsabilidades y qué inmensos problemas morales comporta vuestra obra, para que la *farmacia* absuelva con lealtad y nobleza de intenciones su *delicada misión*”<sup>19</sup>.

Sobre estas cualidades indicadas por el Santo Padre, las cualidades del *Buen Samaritano* no sólo se deben auspiciar sino que constituyen “conditio sine qua non”. Esto no es sólo para los creyentes, sino también para los que se denominan *laicos*, para los que se confían en la “razón pura”.

El personaje que es involucrado en la parábola de Cristo Jesús, es un erético de su tiempo de quien uno generalmente podía esperar odio y no el obsequio a la ley de la caridad. Aquí el maestro divino ha querido exaltar la ley de la *compasión* y de la *solidaridad* inscrita en la naturaleza del hombre, y su acto lo ha elevado como

*parámetro universal del amor al prójimo* (v. *Lc* 10, 29-37).

Para el *farmacista católico* Juan Pablo II indica un horizonte más amplio y de elevadas dimensiones: “Vuestro trabajo, sin embargo, no se limita a dispensar productos destinados al bienestar psico-físico. Como agentes católicos, que actúan en el ámbito de la sanidad, vosotros estais llamados a desarrollar una importante tarea humana, social y ética. A través del contacto con quienes recurren a vuestra competencia, vosotros podeis ser también consejeros e incluso evangelizadores, justamente porque vuestra profesión pre-

supone confianza en vuestro arte y en vuestra humanidad. La consolación moral y psicológica que podeis ofrecer es grande, si es fruto de una madurez humana y de una riqueza de valores que derivan de los principios inmutables de la ética natural y evangélica. A vuestra profesión podeis añadir así una dimensión de auténtica solidaridad cristiana, teniendo presente la imagen del *Buen Samaritano*, que no ofrece sólo una ayuda inmediata, sino acepta la perspectiva de ocuparse también del hermano (Cf. *Lc* 10, 29-37).

Queridos farmacéuticos. La profesión que ejercéis exige profundas cualidades humanas, éticas y espirituales; exige sabiduría y prudencia unidas a un vivo sentido de honestidad y de probidad. Vuestro lugar de trabajo no es la parte final de una cadena de producción,

donde llega la competición mercantil de grupos industriales. Antes bien, debe ser un lugar donde el sufrimiento encuentra remedio para el cuerpo y comprensión para las heridas del alma<sup>720</sup>.

Tener presente la imagen del Buen Samaritano significa tener como referencia a Cristo que es el Amor del Padre encarnado en nuestra historia. El amor es la ley fundamental de la Iglesia y del cristiano. Está en la Iglesia y para la Iglesia siempre en modo actual, siempre solicitado, siempre incompleto, siempre sometido al encuentro-choque con los nuevos retos del mundo. *Ser cristiano significa estar vivo en el amor de Cristo*, y no existe otra vida sino la del Amor. Sin el Amor no podemos desarrollarnos de conformidad con Cristo Jesús.

En un “mundo que va cada vez más hacia la unificación” (*Gaudium et spes* n. 24) el amor al prójimo es de gran importancia para el desarrollo de la paz y de la justicia y para la tutela de los derechos de la persona humana (v. *Idem* nn. 25-32), y es camino seguro porque “no puede encontrar su propia plenitud si no es en la entrega sincera de sí mismo a los demás” (*idem* n. 24).

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

El buen Samaritano de la parábola de Cristo no se queda en la mera conmoción y compasión. Estas se convierten para él en estímulo a la acción que tiende a ayudar al hombre herido. Buen Samaritano es, pues, *el que ofrece ayuda en el sufrimiento*, de cualquier clase que sea. Ayuda, dentro de lo posible, eficaz. En ella pone todo su corazón y no ahorra ni siquiera medios materiales. Se puede afirmar que se *entrega a sí mismo*, su propio ‘yo’,

abriendo este ‘yo’ al otro. Tomamos aquí uno de los puntos clave de toda la antropología cristiana<sup>721</sup>.

Aquí nuestra reflexión debe comprender todo el arco farmacéutico, desde la industria hasta el punto de entrega de la medicina al destinatario, es decir, al enfermo.

En el mismo día de la divulgación del Mensaje del Santo Padre para esta *Jornada del 2000*, los medios de comunicación dieron realce sólo a un aspecto presente en el párrafo 4: “Pienso en particular en las graves desigualdades sociales para acceder a los recursos sanitarios, tal como todavía se encuentran hoy en amplias áreas del planeta, especialmente en los *países del Sur* del mundo. Dicha injusta desigualdad acosa con creciente dramaticidad, el sector de los derechos fundamentales de la persona: enteras poblaciones no tienen la posibilidad de gozar ni siquiera de *medicinas de primera y urgente necesidad*, mientras en otras partes se abusa y despilfarra incluso *medicinas costosas*”.

Se trata de una denuncia de parte de los media finalizada a sí misma, porque a ella no siguió ninguna evidenciación de los remedios que el Santo Padre indica también con energía en el *mensaje* para resolver las graves desigualdades. Tomamos acto de ello y lo filtramos a través de la *comunidad de los bienes* de la primera comunidad cristiana.

Los *Hechos de los Apóstoles* narran que “Todos los creyentes vivían unidos y tenían todo en común; vendían sus posesiones y sus bienes y repartían el precio entre todos, según la necesidad de cada uno” (*Hch* 2, 44-45)<sup>722</sup>.

Esto era el fruto de la comparticipación del Evangelio y de todos los bienes recibidos de Dios a través de Jesucristo, como nos narra todo el pasaje. Ciertamente no era una ayuda recíproca limitada al aspecto social y ni siquiera por una ideología *comunitaria* o por un sentimiento de solidaridad humana. Era *vivir a Dios en medio de ellos*. Esto es tan verdadero que la tentativa de los cónyuges Ananías y Safira, de

retener parte de la venta de un poder, se concluyó con la dramática muerte de ambos ante la comunidad reunida, provocando gran temor en todos<sup>723</sup>.

Su culpa fue mentir al Espíritu Santo a través de los apóstoles por amor del dinero. No habían adherido plenamente a la comunión en el Espíritu Santo o, quizás, querían adoptar un compromiso entre el cielo y el mundo.

Al difundirse la Iglesia, por evidentes razones la *comunidad de los bienes* tuvo que adecuarse a los cada vez más nuevos modos de ejercicio, pero siempre está fundada en la fe que el “El Espíritu Santo, El mismo produce y urge la caridad entre los fieles, unificando el cuerpo por sí y con su virtud y con la conexión interna de los miembros. Por consiguiente, si un miembro sufre en algo, con él sufren todos los demás o si un miembro es honrado, gozan conjuntamente los demás miembros (1Co 12, 26)... (y que) vivimos unidos en una misma caridad para con Dios y para con el prójimo y cantamos idéntico himno de gloria a nuestro Dios. Pues todos los que son de Cristo por poseer su espíritu, constituyen una misma Iglesia y mutuamente se unen en El (cf. Ef 4, 16)”<sup>724</sup>.

El *farmacéutico católico* – desde el que produce hasta el que entrega el fármaco al enfermo – que realmente quiere vivir el *Gran Jubileo*, está invitado a “reconsiderar en la perspectiva del *misterio de la Encarnación*”<sup>725</sup> el mandato del Señor “de solidaria acogida al prójimo, especialmente de aquel más necesitado”<sup>726</sup>, y pida al Espíritu Santo que le haga comprender que “un signo de la *miser cordia de Dios*, hoy especialmente necesario, es el de la *caridad*, que nos abre los ojos a las necesidades de quienes viven en la pobreza y la marginación... situaciones que hoy afectan a grandes áreas de la sociedad y cubren con su sombra de muerte a pueblos enteros”<sup>727</sup>.

La Iglesia siempre ha mostrado su sensibilidad hacia los pobres y siempre ha llamado la atención sobre este aspecto. Decía Pío XII: “Sabemos

cuánto acumen de inteligencia se requiere de parte de los hombres de ciencia para la confección cuidadosa de medicinas, cuán larga fatiga requieren vuestras fórmulas, cuán raros son los elementos que empleais. Pero en la balanza con la que pesais las gotas de vuestros medicamentos, poned también las gotas del sudor de la gente que en las minas, en las canteras, en la oficinas o en otro duro trabajo ganan el alimento para sí y para sus seres queridos. Poned las lágrimas de los padres dispuestos a dar todo con tal de arrancar de la muerte a sus hijitos, y procurad que vuestra exigencia sobre la merced no sea más pesada de lo justo... Nos perdonareis, si de nuestra boca ha salido algo poco delicado: pero es nuestro deber apostólico tratar y defender siempre la causa de los pobres”<sup>28</sup>.

Nuestro Pontificio Consejo ha realizado su *XIV Conferencia Internacional* en noviembre pasado sobre el tema “Economía y Salud”. Su Excelentísimo Presidente, Mons. Javier Lozano, ha editado en estos días un libro titulado “Teología y Medicina” en el que dedica el capítulo XIV a este argumento. Invito a la consultación de estas importantes publicaciones para tener un conocimiento más amplio y profundo de lo que logremos hoy en nuestro encuentro.

Como ya se ha afirmado, desde siempre la *Farmacia* es un centro de inmediata asistencia sanitaria. Pero en los re-

querimientos “los farmacéuticos pueden ser estimulados hacia fines no terapéuticos, susceptibles de ir contra las leyes de la naturaleza, en contra de la dignidad de la persona. Por tanto, es claro que la distribución de medicinales – así como su elaboración y empleo – se debe regir por un código moral riguroso, que sea observado con atención. El respeto de este código de comportamiento presupone la fidelidad a algunos principios intocables que hacen de particular actualidad la misión de los bautizados y el deber de testimonio cristiano”<sup>29</sup>.

Ya hemos hablado acerca de la conducta que el *farmacéutico católico* debe tener en defensa de la vida. Sólo queremos recordar que ser *Buen Samaritano* implica también la obligación de conciencia de salvaguardar la salvación – en el sentido pleno, del cuerpo y del alma – propia y de los demás, porque “la vida que Dios da al hombre es mucho más que un existir en el tiempo. Es tensión hacia la plenitud de vida, es *germen de una existencia que supera los mismos límites del tiempo*. “Porque Dios creó al hombre para la incorruptibilidad, le hizo imagen de su misma naturaleza” (*Sb 2, 23*)”<sup>30</sup>.

Ciertamente la coherencia a este estilo de vida procura en algunos ámbitos y países, problemas y complicaciones no simples. No es nuestra intención abrir un debate sobre la casuística, simplemente quere-

mos recordar que el “Dar a César lo que es de César y a Dios lo que es de Dios” (*Mt 22, 21*), está profundamente enraizado en la construcción de la ciudad terrena y que no puede ser excluido como si no mereciere entrar en el ámbito del diseño operativo y asociativo del hombre.

El hombre puede intentar de realizar la pretensión blasfema de construirse un mundo sin Dios, pero se volverá contra el mismo hombre<sup>31</sup>.

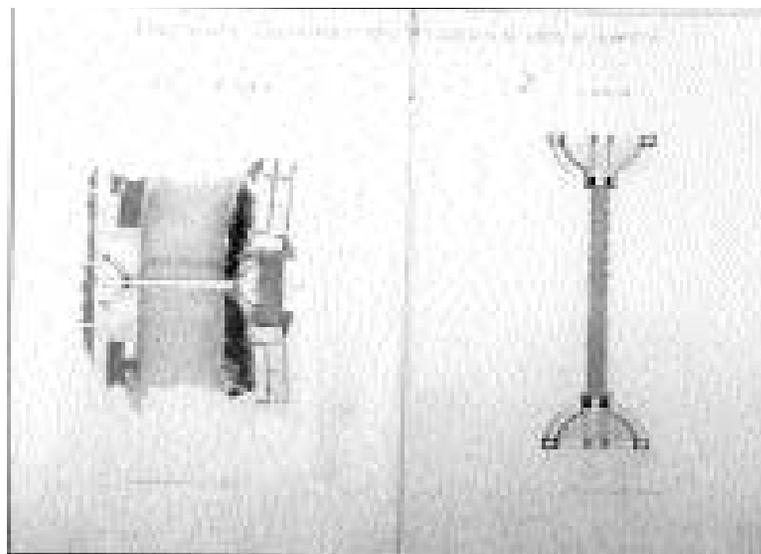
## Conclusión

Ciertamente lo que hemos expuesto hasta ahora es de un lenguaje incomprensible para el que no tiene fe. Para el *farmacéutico* que no tiene fe en Cristo y en su Iglesia, lo dicho no tiene sentido, antes bien, es absurdo e incluso podría dar lugar a consideraciones poco benévolas.

Pero nosotros lo hemos expuesto para el que cree – para el *farmacéutico católico* – y está en línea con la visión de san Pablo que anunciaba a Cristo crucificado desafiando la mentalidad del *mundo* siempre igual en el tiempo, porque creía con energía que la cruz “es fuerza de Dios. Porque dice la Escritura: *‘Destruiré la sabiduría de los sabios, e inutilizaré la inteligencia de los inteligentes’*” (*1Co 1, 12-25*).

Y no tememos las confrontaciones. También Pablo en el Aerópago de Atenas se sintió despedido con burla y con un “Sobre esto ya te oiremos otra vez” (*Hch 17, 32*).

Toca a nosotros acoger las palabras del Santo Padre que nos dice: “No me queda pues sino invitar calurosamente a toda la comunidad cristiana a ponerse idealmente en camino para la *Peregrinación Jubilar*... Todos debemos realizar igualmente ese viaje interior que tiene como finalidad despegarnos de lo que, en nosotros y alrededor de nosotros, es *contrario a la ley de Dios*, para ponernos en la capacidad de encontrar plenamente a Cristo, *confesando nuestra fe en El*, y recibiendo la abundancia de su misericordia...”<sup>32</sup>. “Invito a los pastores, a los sacerdotes, reli-



giosos y religiosas, fieles y hombres de buena voluntad a *afrontar con valentía* los retos que se presentan *en el mundo del sufrimiento y de la salud*<sup>33</sup>.

P. FELICE RUFFINI, M.I.  
Vice-Secretario  
del Pontificio Consejo para la  
Pastoral de la Salud  
Santa Sede

## Notas

<sup>1</sup> JUAN PABLO II, Carta sobre la *Peregrinación a los Lugares vinculados con la historia de la salvación*, Vaticano 29 junio 1999, n. 1 (PLS)

<sup>2</sup> Carta Apostólica *Tertio Millennio Adveniente*, Vaticano 10 noviembre 1994, n. 42.

<sup>3</sup> JUAN PABLO II, Mensaje con ocasión de la *VIII Jornada Mundial del Enfermo*. Castel Gandolfo, 6 agosto 1999. Transfiguración del Señor, n. 1 (8JME).

<sup>4</sup> Audiencia a los participantes en el

*Congreso Internacional de Historia de la Medicina*, Castel Gandolfo 11 setiembre 1954, en "Pío XII - Discursos a los Médicos", por S.E.R. Mons. F. Angelini, Ed. Orizzonte Medico, 6ª ed. Roma 1960, pp. 343 ss (OM).

<sup>5</sup> Audiencia con ocasión del Congreso Nacional de la *Unión Católica Farmacéuticos Italianos*, Vaticano 29 enero 1994, n. 3.

<sup>6</sup> Audiencia a la *F.I.P.C.* con ocasión del 40 aniversario de Fundación, Vaticano 3 noviembre 1990, n. 3, 4.

<sup>7</sup> Audiencia a los miembros de la *Unión Italiana Médico-Biológica de "San Lucas"*; Vaticano 12 noviembre 1944, en OM p. 50, I (ref. nota 4).

<sup>8</sup> *Ibidem*

<sup>9</sup> Carta encíclica *Fides et ratio*, Vaticano 14 setiembre 1998, Cap. IV - La relación entre la Fe y la Razón, n. 36-48 (FeR).

<sup>10</sup> *Idem* n. 46.

<sup>11</sup> Cf. Pío XII a los participantes en el *Simposium sobre enfermedades coronarias en S. Giovanni Rotondo*, Vaticano 9 mayo 1956, en OM p. 448 (ref. nota 4).

<sup>12</sup> JUAN PABLO II, Audiencia a los Participantes en el Congreso de la *Federación Orden Farmacéuticos Italianos*, Vaticano 26 abril 1986, n. 3-4.

<sup>13</sup> Cf. 8 JME, n. 1.

<sup>14</sup> V. JUAN PABLO II, Carta encíclica *Evangelium vitae*. Vaticano 25 marzo 1995, n. 39-43 (EV).

<sup>15</sup> Cf. *Idem*, n. 2, 15, 18-24, 45.

<sup>16</sup> *Idem*, n. 82.

<sup>17</sup> TMA, n. 42.

<sup>18</sup> 8ª JME, n. 9.

<sup>19</sup> JUAN PABLO II, audiencia a los miembros de la *Federación de las Ordenes de los Farmacéuticos Italianos*, Vaticano 2 mayo 1981, n. 4.

<sup>20</sup> Audiencia a la *UCFI* del 29 enero 1994, n. 3 (ref. en nota 5).

<sup>21</sup> Juan Pablo II, Carta apostólica *Salvifici Doloris*, Vaticano 11 febrero 1984, n. 28.

<sup>22</sup> V. *Idem* 4, 32-37.

<sup>23</sup> V. *Idem* 5, 1-11.

<sup>24</sup> *Lumen gentium* n. 7, 49.

<sup>25</sup> 8ª JME n. 1.

<sup>26</sup> TMA n. 42.

<sup>27</sup> JUAN PABLO II, *Incarnationis mysterium*, Bula de convocación del Gran Jubileo del Año 2000, Vaticano 29 diciembre 1998, n. 12.

<sup>28</sup> Audiencia a los participantes en el *Congreso Internacional de Historia de la Medicina*, Castel Gandolfo 11 setiembre 1954; en OM p. 346 (ref. nota 4).

<sup>29</sup> Juan Pablo II, Audiencia a la *F.I.P.C. con ocasión del 40º aniversario de Fundación*, n. 3 (ref. nota 6).

<sup>30</sup> EV n. 34.

<sup>31</sup> Cf. Juan Pablo II, *Reconciliatio et paenitentia*, Vaticano 3 diciembre 1984, n. 14, 18.

<sup>32</sup> PLS n. 12.

<sup>33</sup> 8ª JME n. 15.

# Los retos para el farmacéutico en el tercer milenio

Este tercer milenio que iniciará oficialmente el 1º de enero del 2001 y de algún modo aprovecha este año particular del 2000, Año Jubilar, del que la puerta santa nos ha abierto el paso a un Cristo nuevo...

Este Año Santo del Gran Jubileo debe ser para todos los cristianos y de modo especial para los farmacéuticos un año de celebración, de reflexión y de reconciliación. Al gozo del aniversario debemos unir la esperanza de profundizar el misterio de Dios, para vivirlo mejor. Jesús es el don más grande que Dios ha hecho al mundo. Compartamos este regalo en este aniversario, en el Gran Jubileo del Año Santo 2000.

## ¿Cómo hemos afrontado el Gran Jubileo?

Hemos preparado este Jubileo con el descubrimiento de Jesús, el Hijo, del Espíritu y

del Padre. Es un recorrido de amor y de contemplación trinitaria.

El Amor incluye el perdón y la reconciliación. La reconciliación tiene lugar solamente en la justicia, en la solidaridad, en la fraternidad. Aquí está el mensaje de amor de Jesús a todos los hombres.

Nosotros somos amados y estamos enviados a amar, a amarnos unos a otros para que la historia del hombre se convierta en una sinfonía.

El Jubileo es un reto: reconciliarse consigo mismos para caminar mejor hacia el hermano, al prójimo y en especial a aquel que sufre en la enfermedad.

El Año 2000 es un año particular, un *Año para hacer memoria* y para prepararnos a vivir en la vida cotidiana con el *Cristo de ayer, de hoy y de siempre*.

En el espíritu del Gran Jubileo y en la perspectiva del tercer milenio, *¿cuáles son los*

*retos de deben captar los farmacéuticos*, y en particular los farmacéuticos católicos?

Este año de reflexión debe recordarnos algunos puntos esenciales:

- *nuestra calidad de hijos de Dios*

- Jesús ha venido para darnos la posibilidad de "re-nacer" del agua y del Espíritu Santo mediante el bautismo, y seamos generados a la naturaleza y a la vida divina. "Mirad qué amor nos ha tenido el Padre para llamarnos hijos de Dios, pues ¡lo somos!" (1Jn 3, 1).

- *Nuestra esperanza*

- Es la vida eterna, en la contemplación divina, pues somos hijos de Dios. El siglo XX ha sido un siglo de progreso científico, pero también un siglo de dramas inmundos que han generado un escepticismo en casi todos los ambientes. *Que este Jubileo sea ocasión para sustituir el escepticismo con la esperanza...*

- El año 2000 debe aclarar

nuestro recorrido como farmacéuticos.

– ¿Cómo hemos preparado el Jubileo? ¿Qué trabajo hemos realizado para caminar hasta el Jubileo?

– Hemos *tratado de ser solidarios* no solamente proclamando la necesidad de la *condonación de la deuda de los países del Tercer Mundo*, destinando el equivalente a *programas de salud y de educación*, y también *ayudando directamente con medicinas y asistencia* a varios países como Rumania, Bosnia, Camerún, Burkina Faso, Rwanda, Polonia... así como otras ayudas bien definidas.

– Es en el espíritu de nuestros santos patronos Cosme y Damián, que debemos vivir nuestra solidaridad con los enfermos en la tradición del Juramento de los Farmacéuticos.

Somos conscientes del drama provocado por la ausencia de medicinas básicas y por los efectos dañinos de los medicinales contrahechos, falsificados, que provocan la muerte de muchas personas en los países pobres... y nos esforzamos para desarrollar un programa de *acceso a las medicinas esenciales vitales para todos y en todas partes*. Nuestro gozo será profundo si lograremos realizarlo antes de que termine el Año Jubilar. La esperanza no es en vano.

– También hemos constatado *los riesgos y los desvíos de la experimentación humana* allí donde no existe la ética. Asimismo, hemos desarrollado una serie de sensibilización al *desarrollo de la bioética* para preservar *la dignidad de la persona enferma* sometida a experimentación clínica.

– Hemos ampliado el conocimiento de la *Carta de los Agentes Sanitarios* y de la *Evangelium vitae*, ya sea entre los farmacéuticos como entre el público en general.

– Queremos *dar un alma a los agentes sanitarios, una esperanza a los enfermos*, queremos promover el espíritu del Buen Samaritano en el personal curante.

– En fin, hemos sensibilizado no sólo a nuestros farmacéuticos sino que, a través de

los media, nos hemos dirigido también a toda persona que tiene interés en el *respeto de la vida*, desde su concepción hasta su término natural, dando una información clara sobre el aborto, los fármacos abortivos y la eutanasia y *exigiendo el derecho de recurrir a la cláusula de conciencia* para todos los agentes sanitarios, incluidos los farmacéuticos... *Todo esto que ahora se vuelve legal o técnicamente factible* (aborto, eutanasia, experimentaciones clínicas, tráfico de órganos, etc.) *no es necesariamente moral*. Por esto la *Evangelium vitae* propone *la objeción de conciencia*.

Evidentemente, el desafío para el tercer milenio estará marcado por acciones y reflexiones del pasado, pero *para los farmacéuticos será múltiple* y se referirá a:

- los fármacos
- la orientación de la investigación
- la valoración de los recursos de la flora y de las farmacias locales
- las vías de abastecimiento de las medicinas
- la formación de los expertos en materia, es decir, los farmacéuticos
- la no discriminación de los enfermos según la raza, religión, fortuna, edad, sexo...
- la “comercialización” de la persona humana (clonación, trasplante, comercio de órganos, injertos, sangre, médula, etc.) es el desafío de la ética y de la bioética
- la solicitud para el reconocimiento de la FIPC de parte de las grandes instancias internacionales

### El desafío de los fármacos

Paradójicamente, este reto está unido a la *accesibilidad para todos a las medicinas vitales*. Con 25 medicinas podemos resolver los problemas sanitarios del 80% de los enfermos de todo el mundo. *Existe una gran desigualdad que ve al 15% de la población que consume el 83% de las medicinas y el resto del mundo, es decir el 85% de la población* (cinco mil millones de

personas) *que se dividen el 17% de los medios terapéuticos en medicamentos*. Por ejemplo, Africa que representa el 11% de la población mundial, recibe menos del 1% de las medicinas necesarias...

El problema de los *fármacos huérfanos* se vuelve cada vez más inquietante. Se espera que las instancias de salud pública, las fundaciones, etc. se preocupen del riesgo que las personas afectadas por enfermedades poco frecuentes no tengan acceso a los medios terapéuticos. La igualdad entre seres humanos debe rechazar estas discriminaciones.

Las *medicinas productos de la investigación genética* suscitan las esperanzas más grandes. Pero detrás de estas promesas de éxito, ¿cuál será el costo? ¿quién será capaz de soportar los costos cada vez más elevados que hacen incluso que los países europeos que poseen un sistema de previsión social muy desarrollado, reduzcan los medios de financiación?

Ante el crecimiento continuo de la esperanza de vida desde el nacimiento, las *medicinas destinadas a los ancianos* requerirán afidabilidad y seguridad para añadir la calidad de vida a la cantidad de años. Las medicinas de la tercera edad son un reto para mantener la actividad cerebral, la autonomía y la estructura músculo-ósea...

### El reto de la orientación de la investigación

Sigue desarrollándose la tendencia de buscar portadores de beneficios en espacios bien delimitados. No dejan de plantear interrogantes los grupos de los gigantes farmacéuticos en sociedad cuyas cifras de negocios superan el balance de algunas naciones.

La orientación de la investigación hacia enfermedades que afectan la población del mundo occidental, rico, capaz de financiar terapias costosas, seguirá corriendo el riesgo de ampliar aún más la división del acceso a las medicinas y de acrecentar las discriminaciones.

La financiación cada vez más costosa de la investigación y del desarrollo disminuirá el papel de las universidades y de los centros de investigación públicos, salvo que no estén (parcialmente) financiados por las multinacionales de las medicinas, con el riesgo de dar una determinada orientación a la investigación fundamental y pierda su libertad. *La independencia de la investigación y del desarrollo constituye otro reto.*

Por tanto, es de suma importancia que se eleve la voz de instituciones internacionales como OMS y UNESCO, y la Iglesia, para que se desarrolle cada vez más la investigación sobre las enfermedades huérfanas y para que se fabriquen medicinas básicas vitales de buena calidad.

*La Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948 proclama el acceso a la salud para todos, así como el acceso para todos al progreso científico.* El reto del tercer milenio será poner en práctica estos proclamas sobre todo porque las fundaciones privadas (Bill Gates, Rockefeller, etc.) que disponen de enormes recursos financieros, corren el riesgo de interferir en el camino de la investigación y del desarrollo y en los programas humanitarios.

### **El reto de la valoración de los recursos de la flora y de las farmacopeas locales**

El siglo que se concluye ha visto el triunfo de la química orgánica de síntesis y el final de este siglo que nos deja ha lanzado las bases de las nuevas biotecnologías logradas por la genética. El aporte de estos dos ramos de la investigación es importante y considerable; numerosísimos enfermos deben a ellos su alivio y/o curación.

La biomedicina está haciendo progresos gigantescos pero aún deben ser evaluados según la moralidad, los criterios bioéticos y, para nosotros farmacéuticos católicos, según la enseñanza del Magisterio.

Sin embargo, no olvidemos que desde cuando existe el

mundo, el hombre ha encontrado en la naturaleza remedios que ha adaptado, preparado, etc. Lo atestiguan el Código de Hammurabi, la Biblia, la voz de Ben Sirá el Sabio.

Muchas civilizaciones poseen conocimientos que la mayoría de la gente ignora acerca de las propiedades farmacoterapéuticas de las plantas, de los minerales, de los animales. El reino vegetal, mineral y animal aún pueden aportar mucho a los nuevos progresos farmacéuticos.

No son sólo la aspirina, la quinina, el curaro, los digitales, que provienen de la naturaleza. Recientes medicinas contra la enfermedad de la prostata (*serenoa repens, prunus africanus*) e incluso contra el cáncer (*vincristina, cinblastina, platinum*) provienen de los reinos vegetales y minerales; otros, como algunos enzimas, provienen del reino animal. La naturaleza aún es rica de posibilidades; en efecto, la OMS recomienda actuar programas de investigación para explorar mejor las capacidades de los recursos naturales.

### **El reto a las vías de abastecimiento de los fármacos**

Hasta hace poco, en occidente el enfermo compraba sus medicinas en una farmacia, mientras un habitante del Tercer Mundo – que no encontraba farmacias – se dirigía al dispensario más cercano.

La medicina que se ha convertido en especialidad farmacéutica ha abandonado los lu-

gares de preparación normales y para algunos “charlatanes” o “traficantes” se ha convertido en fuente de rápida y fácil ganancia fundada en la credibilidad de los enfermos y en la esperanza de curación de los mismos. Nunca condenaremos suficientemente estas prácticas.

Al acostumbrado circuito farmacéutico que garantizaba al mismo tiempo la calidad del fármaco y el adecuado consejo sobre el buen uso del mismo, a veces se han sustituido nuevas redes con impactos variables sobre el paciente.

Sucede que obligaciones socio-económicas limitan *la libertad de elección del enfermo.* De este modo, en los Estados Unidos, sistemas integrados (laboratorios de investigación y desarrollo, de producción, distribución, concesión, incluidos los hospitales, seguros sanitarios) obligan a sus asistidos a abastecerse sólo dentro del sistema. La “privacy” (respeto de la vida privada, respeto del secreto médico) y la libertad de elección ya no existen. Si el paciente no encuentra su medicina dentro de este sistema, la ordena (por teléfono, fax o via internet) y la recibe por correo (mail order).

Este sistema no sirve para detener la seguridad del provecho del paciente que va al farmacéutico de la farmacia. *El riesgo sanitario aumenta* e inicia a suscitar numerosas reflexiones internacionales.

En Africa, circuitos de venta de medicinas falsificadas, vendidas, contrahechas, mal conservadas, inundan los mercados públicos. Se trata de las llamadas farmacias subterráneas o también denominadas farmacias de la calle... Algo parecido tiene lugar en los bazares de Asia y del Cercano Oriente. Es el reino de la anarquía, del engaño, del fraude y de la anti-sanidad pública.

Es, pues, urgente que el mundo de la salud reaccione y que personas competentes – los farmacéuticos – se subdividan en un calificado servicio de medicinas, accesible a todo el mundo. En espera de disponer de un número suficiente de farmacéuticos en todos los países ACP, existe una hermosa posibilidad de misiones far-



macéuticas para los jóvenes cohermanos interesados en la ayuda al desarrollo.

El abastecimiento de medicinas debe ser como una cadena, en la que cada eslabón es seguro, que garantice a cada paciente seguridad, eficacia y calidad del fármaco empleado.

### El desafío de la formación

Además de los conocimientos básicos en química, física, analítica, galénica, farmacodinámica, farmacología, farmacoterapia, etc., el farmacéutico también debe tener conocimientos legales y éticos generales y locales.

– Idealmente, cada farmacéutico debería tener conocimientos:

– en comunicación con los enfermos para escuchar mejor al paciente

– en economía sanitaria o en farmacoeconomía para orientar la terapéutica a la mejor relación costo/eficacia

– en enfermedades locales (infecciones, parásitos)

– en cuidados básicos

– en bioética (respetar la dignidad del enfermo cualquiera sea su estado físico o psíquico)

– en trabajo de equipo sanitario (médico/enfermero) en el que se adecúa el fármaco a la diagnosis

– *Para esto recomendamos “escuelas de formación” o “escuelas de aplicación de práctica farmacéutica” para todos los farmacéuticos, no sólo en lo que se refiere a una formación continua permanente, sino también para tener la capacidad de servir mejor a sus pacientes*

– El farmacéutico, experto en medicamentos, debería ser también un experto para aconsejar al paciente en su relación con la farmacoterapia más adecuada y accesible.

### El reto de la igualdad de los enfermos en el acceso a las terapias y a las medicinas; la no discriminación

El Jubileo es ocasión para recordar la solidaridad. Esta debe ser vivida sin discrimina-

ción entre los enfermos. En occidente existen discriminaciones con respecto a la edad (por ejemplo en Gran Bretaña, después de cierta edad algunos fármacos o tratamientos ya no están a cargo de la previsión social).

– Algunas categorías de enfermos, afectados por enfermedades raras, no gozan del tratamiento a cargo de la previsión social (p.e. en Gran Bretaña, los fenilquenotúricos).

– Los pobres, los excluidos no siempre tienen acceso a los cuidados y a las medicinas. Hemos recomendado un mínimo de cuidados para todos, ya que su acceso forma parte de los Derechos del Hombre (cf. Congreso ABPC/NVKA Gent 1998).

– *Son chocantes las cifras de la diferencia Norte/Sur en occidente-resto del mundo: el 1/6 de la población consume el 83%; ¡el 5/6 de la población consume el 17% de las medicinas!* La discriminación afecta también a los enfermos de SIDA, o seropositivos, debido al costo de la terapia.

– Con ocasión del Gran Jubileo del Año Santo, los farmacéuticos católicos ofrecerán al Santo Padre un regalo simbólico y portador de esperanza para miles de recién nacidos. Debemos esforzarnos para interrumpir la cadena de transmisión del SIDA madre-hijo donando al Papa un nuevo medicamento, la nevirapina (viramune) que bloquee este contagio, con el fin el salvar a niños inocentes de esta enfermedad mortal.

– *La última discriminación* se refiere a la actitud de los servicios públicos referentes al estado físico o psíquico, mental, de algunas personas. Vemos algunos regímenes políticos, ciertos Estados que esterilizan a los minusválidos, que practican la eutanasia a los enfermos pseudo-incurables, hacen abortar a las mujeres en “estado de necesidad”, a veces teniendo en cuenta el confort personal, los resultados de los test de embarazo, genéticos, etc.

– *Nosotros farmacéuticos católicos, debemos proclamar el derecho al respeto de la diferencia entre pacientes y la*

*no discriminación cualquiera sea la edad, el sexo, el estado físico, psíquico, psicológico, mental, así como el estado social, religioso, filosófico o socio-económico.*

### El reto de la ética

Junto a los fármacos acostumbrados, se desarrollan también propuestas terapéuticas mediante injertos de órganos homólogos o heterólogos, cirugía, trasplantes, tentativas de clonación, etc.

– *El farmacéutico del mañana debe rechazar la comercialización de toda o de parte de la persona humana. La persona humana es sujeto pero cada vez más se vuelve “objeto”. La “comercialización” y los tráficos de órganos (ojos, riñones, pulmones), de sangre, de médula, enriquecen a individuos sin escrúpulos.*

– *El farmacéutico del tercer milenio debe afirmar el respeto de la persona humana, su inviolabilidad e integridad, la no comercialización, el rechazo de la clonación y debe iluminar también al paciente acerca de los riesgos que cada uno de nosotros corre con la “comercialización” del otro.*

### El reto como consejero sanitario

El farmacéutico, dispensador de medicamentos, tendrá siempre un papel como consejero del paciente, no sólo con respecto al empleo adecuado del fármaco, sino también en lo que se refiere a la prevención sanitaria, la higiene, los pequeños síntomas, la automedicación, la equivalencia de los medicinales...

– Una formación en “ciencias humanas” completará su formación como experto del fármaco.

– En este reto interviene para el *farmacéutico católico el desafío de su papel pastoral.*

– Entre las numerosas personas que visitan cada día una farmacia (promedio en la Unión Europea: 80), algunas tienen problemas en los que el aspecto ético, moral, toca el aspecto sanitario (abortos, eu-

tanasia, enfermedad grave personal o de un familiar). El farmacéutico católico añadirá a su consejo el acercamiento evangélico del Buen Samaritano y se esforzará para poner en práctica una guía, un seguimiento del propio paciente en dificultad. *La aproximación a los cuidados paliativos, en equipo especializado, debe formar parte de la respuesta farmacéutica.*

**Una de nuestras prioridades: el reto para participar en las instancias internacionales por nuestra competencia y nuestra acción humanitaria (OMS, UNESCO, Consejo de Europa, Unión Europea, OUA)**

Ya hemos colaborado en el proyecto genoma (Unesco), en la Convención de Bioética (Consejo de Europa), en la Carta de bioética para Africa (OUA). Este reto es importante ya que 400 ONGs afiliadas a Naciones Unidas han firmado una petición para solicitar la exclusión de la Santa Sede en su calidad de Miembro Observador mientras no admita el aborto!

## Conclusión

Para el farmacéutico del tercer milenio, los retos son múltiples. El conocimiento del fármaco requiere una capacidad cada vez más compleja, lo cual implica una formación continua y una revisión permanente.

Las nuevas tecnologías modificarán los espacios farmaco-terapéuticos acostumbrados, mientras la gestión de los riesgos sanitarios será más preocupante que en la actualidad.

Paradójicamente, la investigación y el progreso tenderá, como sugiere la OMS, hacia los remedios farmacopeicos tradicionales. Futuro y pasado formarán, pues, el presente del farmacéutico del mañana.

Será siempre necesario su papel en el Estado para que no se dejen de lado las enfermedades huérfanas y no sean excluidas por razones discriminatorias de cualquier tipo.

En todas partes el farmacéutico de la investigación y desarrollo, el farmacéutico del hospital, el farmacéutico de la farmacia, el farmacéutico maestro, el farmacéutico que detiene el poder como policía administrativa, el farmacéutico

biólogo, será siempre un portador de esperanza.

En el *Logo del Gran Jubileo está representada la cruz, podría ser la del Cristo farmacéutico.*

Los tres brazos de esta cruz recuerdan la Trinidad: Padre, Hijo y Espíritu unidos en el Amor.

El logo es a colores. Está el verde, color símbolo de la farmacia y de la FIPC. Está el rojo, color símbolo de la medicina, pero también el color episcopal, es decir, cardenal. Hay el azul de las enfermeras y el amarillo que, junto con el blanco, forman los colores pontificios. Y, en fin, el blanco de los agentes sanitarios. El logo, pues, es también un logo de salud corporal y espiritual dedicada a Cristo y a los hombres.

Como desafío, que este logo anime a los farmacéuticos (y a los agentes sanitarios) para que sean actores de solidaridad, de escucha y portadores de esperanza para los enfermos del tercer milenio.

Prof. ALAIN LEJEUNE  
*Presidente de la FIPC.  
Federación Internacional  
de los Farmacéuticos Católicos,  
Bélgica*

## La celebración de la VIII Jornada Mundial del Enfermo en el mundo

La Jornada Mundial del Enfermo ha sido celebrada solemnemente en este Año Santo 2000 como Jubileo de los enfermos y de los agentes de la salud.

En Roma de modo especial, el momento culminante tuvo lugar con la solemne Celebración Eucarística presidida por el Santo Padre Juan Pablo II en el sagrado de la Basílica de San Pedro. La fecha establecida por el Santo Padre para esta celebración, fue precedida en los días anteriores por momentos particulares, como las

Vigilias de oración, los Encuentros con los Obispos encargados de la Pastoral sanitaria de varios países del mundo y el Congreso de las Asociaciones católicas en Pastoral de la Salud.

La Jornada Mundial del Enfermo ha sido celebrada también en varias partes del mundo, de diferentes modos y teniendo en cuenta las costumbres locales, tanto a nivel de estructuras sanitarias como de parroquias. Muchan han sido las iniciativas, ya sea religiosas como culturales y

científicas, que han involucrado a los enfermos y a los agentes sanitarios; la presencia de los párrocos, de los capellanes hospitalarios, de las religiosas que trabajan en los hospitales y de los voluntarios ha contribuido de modo de manera decisiva para alimentar en todas partes una gran comparticipación de oración y momentos fuertes de espiritualidad.

Hay que apreciar vivamente el esfuerzo que se ha debido sostener en algunos países, como por ejemplo Cuba,

Ghana y Kenya, donde están a la orden del día todo género de dificultades que se han afrontado con tal de garantizar la buena celebración de la Jornada.

Las Nunciaturas Apostólicas, así como las Conferencias Episcopales, realizaron un rápido trabajo de difusión del Mensaje del Santo Padre que fue enviado por este Pontificio Consejo con ocasión del 11 de febrero, fecha elegida por el Papa Juan Pablo II para celebrar esta Jornada; asimismo, la inmediata solicitud de los Obispos, especialmente de los responsables de la Pastoral Sanitaria de las varias Conferencias Episcopales, han permitido una eficaz sensibilización en las estructuras sanitarias locales.

Para esta ocasión, a dichas Autoridades religiosas se les envió un dépliant ilustrativo titulado "*Curate Infirmos*", para que sirviera como subsidio para alcanzar la indulgencia jubilar en el ámbito de la pastoral de la salud, en el espíritu de la Bula de proclamación del Gran Jubileo del año 2000 "*Incarnationis mysterium*". En el opúsculo se daban indicaciones y sugerencias para visitar un hospital, una clínica, una casa con un enfermo en familia, etc. para que, sostenidos por la solidaridad y la comunión fraterna, junto con el enfermo se promoviera un espíritu de penitencia en este tiempo favorable de gracias y bendiciones.

El dépliant fue difundido capilarmente en todo el mundo y en algunos países (p.e. Mali, Ecuador, Polonia, Portugal y Hungría) fue traducido en la lengua local.

Se han organizado numerosas iniciativas, respetando siempre las tradiciones locales; a menudo junto a los médicos, los enfermeros y los voluntarios se ha notado la presencia de Autoridades políticas, demostrando su voluntad de subrayar el valor y la importancia del sufrimiento y de los enfermos. Estos últimos, han sido objeto de visitas, encuentros, distribución de dones y realmente se han sentido "protagonistas".

También se ha podido notar

que algunas Conferencias Episcopales han puesto en primer plano una fuerte colaboración con los párrocos que, a su vez, han ayudado a los capellanes de los hospitales en la administración del Sacramento de la Unción de los Enfermos o en la celebración de la Eucaristía y viceversa.

A través de este informe deseamos ofrecer una información general del significado que ha tenido esta Jornada en las varias Iglesias locales; por esto se solicitó a las Conferencias Episcopales una síntesis de sus celebraciones; de la correspondencia recibida hemos elaborado para nuestros lectores la siguiente información.

Como se comprenderá, por razones de espacio no podemos presentar integralmente los informes recibidos, ricos e importantes. Por otro lado, de algunas Conferencias Episcopales no hemos recibido hasta el momento informaciones detalladas; de otras, como por ejemplo Australia, las noticias han sido genéricas en vista de la complejidad para alcanzar una información local completa, por lo que nos limitaremos a indicar brevemente, las noticias inspiradas en el material recibido.

## América

### Canadá

Se preparó un especial "kit" en lengua inglesa y francesa con el Mensaje del Santo Padre para la Jornada, indicaciones litúrgicas y sugerencias para la celebración de la S. Misa y algunas oraciones especiales para recitar con los enfermos. Esta documentación se envió inmediatamente a todos los Obispos de las Diócesis de Canadá y a todos los Hospitales y Clínicas católicas del país.

En la ciudad de Hamilton, la Asociación local de médicos católicos organizó una especial noche de oración en coincidencia con la Jornada; asimismo, tuvo lugar una conferencia acerca de la persona anciana enferma.

## Colombia

Con ocasión del Mensaje del Santo Padre, el Secretario Nacional de la Pastoral para la salud lo imprimió en un opúsculo que fuera enviado a todas las diócesis del país; en otro opúsculo, siempre a cargo de la Sección de pastoral sanitaria de la Conferencia Episcopal de Colombia, se recogieron 10 temas de reflexión, sugeridos para eventuales encuentros de reflexión.

El día 12 de febrero, se realizó en Bogotá el Primer Encuentro de agentes sanitarios para calificar mejor su proceso de formación y para que las personas que trabajan en el mundo de la salud consideren su trabajo como una auténtica vocación cristiana.

## Cuba

La Jornada Mundial del Enfermo se celebró en la isla caribeña con mucho entusiasmo, sobre todo en la capital, con tres momentos salientes: preparación, celebración y resonancia. El aspecto celebrativo tuvo su momento saliente con la S. Misa en el "Sanatorio de Rincón", el 11 de febrero, en La Habana, presidida por su Eminencia el Cardenal Jaime Ortega, junto con numerosos sacerdotes de la Archidiócesis y la concurrencia de más de 2000 personas, entre enfermos, acompañantes y personal sanitario. Se realizaron celebraciones religiosas en todo el país, tanto a nivel parroquial como diocesano, a menudo presididas por los obispos locales y gran participación de enfermos y acompañantes.

También se tuvo muy en cuenta el aspecto cultural, con la organización de Encuentros locales de formación para los voluntarios y los Ministros Extraordinarios de la Eucaristía. Para hacer concreto el deseo del Santo Padre, se realizaron iniciativas prácticas, como las visitas a los hospitales y a los lugares de atención para personas ancianas. De este modo, se trató de acrecentar aún más la solicitud hacia los enfermos en las comunidades y en los barrios, no obstante las dificultades por superar.

Por ejemplo, hay que señalar una escasez de medios para la preparación y la impresión del material de divulgación y la imposibilidad de acceder a los medios de comunicación oficiales.

#### *Ecuador*

En todo el país, tanto a nivel diocesano como nacional, la Jornada se celebró con mucha intensidad y participación. Para los agentes sanitarios se organizó a nivel nacional un Seminario de Estudio para profundizar algunas temáticas de particular importancia, mientras en todas las diócesis el Jubileo de los enfermos tuvo su momento más importante con la celebración de la S. Misa por los Obispos diocesanos y la administración del Sacramento de la Unción de los Enfermos a aquellos que estaban presentes en las Iglesias. En fin, muchos voluntarios, junto con los sacerdotes, dieron su disponibilidad para consolar a los enfermos en sus domicilios o en los diferentes hospitales de las ciudades.

#### *Estados Unidos*

Por las noticias que nos ha enviado S.E. Mons. Charron, Obispo encargado de la pastoral sanitaria en Estados Unidos, gran número de Diócesis y Archidiócesis del país celebró solemnemente la Jornada jubilar del 11 de febrero, respetando siempre las tradiciones culturales y las lenguas locales. La Asociación nacional de Capellanes católicos preparó un *kit* con material divulgativo e ilustrativo que fue distribuido a todos los Obispos y a las Asociaciones nacionales dedicadas a la atención de la salud.

Tampoco se dejaron de lado las escuelas donde, sobre todo en la Archidiócesis de New York, se trató de sensibilizar a los alumnos y a los maestros para celebrar la Jornada como momento de reflexión en favor y con los enfermos.

#### *Venezuela*

La celebración de la Jornada sirvió para sensibilizar mucho

más el amor y la asistencia hacia los enfermos y también para comprender la importancia del Sacramento de la Unción de los enfermos como signo de santificación y purificación. La Jornada fue también ocasión para realizar gestos de solidaridad, como la entrega a domicilio de géneros alimenticios, calzados y ropa para las personas enfermas y sus familias. Lamentablemente las Diócesis que no poseen medios propios de comunicación encontraron mucha dificultad para difundir las iniciativas.

#### **Africa**

##### *Costa de Marfil*

La celebración solemne fue anticipada al domingo 6 de febrero, en Abidjan, en la parroquia *Sainte Famille*, donde se llevó a cabo una procesión con los enfermos, sus acompañantes, sacerdotes y personal sanitario, en representación de otras parroquias de la ciudad.

Antes de la celebración, tanto la radio como la televisión habían efectuado una información capilar, con transmisiones específicas, testimonios y entrevistas.

##### *Ghana*

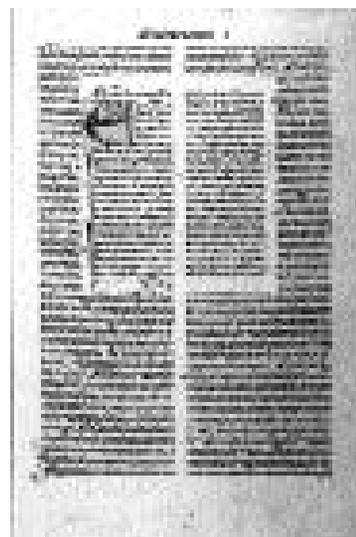
Se realizó una hermosa celebración religiosa en Abease, en la Región de Brong Ahafo, en la que participaron muchos sacerdotes representando a varias Diócesis. Durante la ceremonia se medicó gratuitamente a los pobres y a los niños enfermos presentes. También estaba presente la televisión estatal que transmitió toda la manifestación en un canal de larga difusión nacional. Intervino el Director de los Servicios sanitarios regionales demostrando su aprecio por la obra desarrollada por la Iglesia católica en todo campo de servicio hacia los pobres y los que sufren.

En las parroquias de las diócesis de Navrongo-Bolgatanga, a la Misa se trató de incluir también la visita a domicilio a las personas ancianas y a los enfermos. En la clínica católica de Wiaga intervino también

una representante de las enfermeras que, dirigiéndose a los presentes, puso de relieve la importancia de la prevención y atención de algunas enfermedades mortales para los niños e invitó a las madres para que siguieran los consejos en favor de una mejor higiene del ambiente y de la persona.

En otra grande Diócesis del Ghana, Sunyani, las enfermeras de un gran Hospital de la ciudad visitaron varias escuelas y lugares de atención en las poblaciones limítrofes, para llevar una ayuda concreta a muchas familias con enfermos en casa y también para instruir a los familiares en lo que se refiere a los cuidados que deben brindar diariamente a sus familiares enfermos.

En el hospital "Santa Teresa" se puso particular atención en las futuras madres, especialmente en aquellas muy jóvenes, mediante la organización de un programa educativo y de prevención de las enfermedades más graves que pueden afectar a las mujeres embarazadas.



Asimismo, en la Diócesis de Sekondi-Takoradi la celebración de la Jornada fue muy intensa; se desarrolló un programa en el arco de una semana (del 7 al 13 de febrero) que contó con la participación activa de agentes sanitarios, personal voluntario y enfermos, sobre todo en el hospital San Juan de Dios, en Sewfi-Asafo, administrado por la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios.

## Kenya

El Mensaje del Santo Padre fue impreso en los cotidianos y fue difundido en todos los hospitales; en Nairobi, en la Basílica de la Santa Familia se celebró la Misa para los enfermos, y se ha tratado de sensibilizar a las Diócesis para que formularan estrategias de prevención y atención frente al problema más grave de la salud del país: el SIDA.

## Madagascar

La Jornada Mundial del Enfermo tuvo particular relieve por su coincidencia con el Año Santo 2000. En todos los hospitales de la isla se realizaron manifestaciones incluso de carácter ecuménico con los enfermos, familiares y agentes sanitarios.

La Secretaría de la Comisión para la Pastoral de la Salud aseguró la transmisión por radio de alcance nacional.

En Antananarivo, Su Eminencia el Cardenal Razafindratandra confirmó el Sacramento de la Unción de los enfermos a algunos de ellos; los capellanes de tres hospitales de la ciudad concelebraron con otros sacerdotes de la capital; durante la ceremonia intervino también el Ministro de Salud, la señora Rahantalalao, y una Delegación de la O.M.S.

## República Centroafricana

Del programa que hemos recibido, se ha podido notar el intenso plan de las reuniones organizadas por varios grupos con el fin de sensibilizar a las Comunidades eclesiales a la causa de los enfermos a la luz del Mensaje del Santo Padre. Los medios de comunicación social dieron amplio espacio al acontecimiento.

El 11 de febrero, en todas las parroquias de la Archidiócesis se realizaron celebraciones litúrgicas junto con la administración del sacramento de la Unción de los enfermos. En la Catedral de Bangui se celebró una solemne Eucaristía, presidida por el Capellán diocesano para los enfermos,

con la presencia del Nuncio Apostólico, S.E. Mons. Joseph Chennoth.

## Europa

### Georgia

El 11 de febrero del 2000, se celebró solemnemente la Jornada del Enfermo en todas las parroquias católicas, luego de una cuidadosa preparación en la que los miembros de las diferentes comunidades se confrontaron con los problemas existentes. Particular importancia tuvo la Celebración en la restaurada Catedral de la Asunta en Tbilisi. S.E. Mons. Pasotto, Administrador Apostólico *ad nutum Sanctae Sedis* del Cáucaso de los Latinos, rodeado por un buen número de sacerdotes y ante la presencia de muchas religiosas, presidió la S. Misa confirmando la Unción de los enfermos a algunos de éstos. Por vez primera se contó también con una numerosa presencia de médicos y personal de enfermería, católicos o no. La Jornada fue preparada con encuentros sobre el tema del valor de la vida, de la salud y sobre el significado del Jubileo.

El personal sanitario participó numeroso y con mucha atención al encuentro organizado en el Poliambulatorio camiliano *Redemptor Hominis* de Tbilisi, en el que tomó parte también el personal de la Caritas georgiana.

### Irlanda

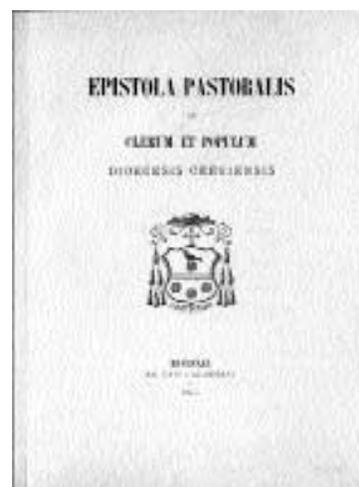
*The Circle of Care* es el título de un libro que fuera publicado en la Diócesis de Dublín con ocasión del actual Jubileo y recoge las diferentes celebraciones litúrgicas desarrolladas durante los años anteriores, caracterizado cada uno de ellos por un tema diferente. La publicación contiene también algunas ceremonias que se han celebrado en ocasiones particulares. Cada hospital y parroquia de la ciudad recibió el Mensaje del Santo Padre con algunas sugerencias referidas al desarrollo de las diferentes ceremonias con el fin de invo-

lucrar a los enfermos, a sus acompañantes y al personal médico.

## Italia

La celebración de la Jornada Mundial del Enfermo sigue afirmándose cada vez más como momento fuerte de la pastoral sanitaria en todas las diócesis italianas y en las varias estructuras y de modo especial en este año jubilar ha sido muy sentida y participada.

En numerosas diócesis la celebración ha tenido lugar con la presencia del Obispo en las iglesias catedrales y en algunos santuarios marianos,



además que en las estructuras sanitarias y en las parroquias y se ha tratado de sensibilizar a todas las comunidades "*En Jesucristo el sufrimiento es redimido*". Con los subsidios preparados por la Oficina nacional para la pastoral de la salud, se celebró el Jubileo de los agentes sanitarios con los enfermos. Como gestos concretos se sugirió formas de "adopción" de parte de comunidades parroquiales de enfermos solos o necesitados y de personas minusválidas.

Todo el material impreso (opúsculos, carteles ilustrativos y el Mensaje del Santo Padre) había sido enviado anticipadamente a las diócesis, justamente para que organizaran la Jornada.

En el Noticiero de la Oficina Nacional para la Pastoral de la Salud, se han publicado algunas noticias sobre el desarrollo de la Jornada en algunas

diócesis italianas. En todas partes se ha podido constatar que el Jubileo de los enfermos ha sido realmente una cita especial del Año Santo 2000, subrayando una vez más que estos hermanos necesitados están justamente en el corazón del misterio de Cristo y de la vida de la Iglesia.

#### *Bélgica*

El Obispo encargado para la pastoral sanitaria de la región flamenca, S.E. Mons. Vangheluwe, Obispo de Brujas, nos dice que en Bélgica no existe una Jornada dedicada al enfermo, mientras que en los días 9-10 del mes de setiembre, en muchas parroquias y hospitales del país se desarrollan celebraciones religiosas y encuentros. Sin embargo, en el artículo que apareciera en un diario local el 2 de febrero, el Obispo exhortaba a los fieles a seguir la solemne celebración de Roma y a unirse espiritualmente con el Santo Padre, aunque fuera realizando justamente en el día establecido, 11 de febrero, un gesto de amor como la visita a una persona minusválida, a un anciano enfermo y solo, para poder ganar la indulgencia jubilar. También el otro Obispo encargado de la pastoral sanitaria, S.E. Mons. Lanneau, Obispo auxiliar de Malines-Bruselas, indicó que, aunque no coincidiera la fecha, el 11 de febrero el Mensaje del Santo Padre fuera difundido en las parroquias mientras en el mes de setiembre se publicó un opúsculo titulado "*A la escucha de las soledades*".

#### *Luxemburgo*

El diario católico *Luxemburg Wort*, que es también el diario más difundido del país, publicó con esta ocasión una página especial sobre la Jornada Mundial del Enfermo que contenía amplios pasos del Mensaje del Santo Padre, así como las palabras de augurio del Arzobispo, S.E. Mons. Fernand Franck. Desde hace más de 65 años, cada jueves la S. Misa, celebrada por los enfermos es transmitida via ra-

dio en todo el país y en la semana que incluye el 11 de febrero se da particular relieve a la iniciativa religiosa.

#### *Polonia*

Interesante y detallado es el informe que ha llegado del Arzobispo encargado de la Pastoral sanitaria, S.E. Mons. Wadislaw Ziòlek. Hace notar numerosas iniciativas, tanto a nivel diocesano como nacional, en las que se puede apreciar tres momentos sobresalientes: el aspecto religioso de la Jornada, aquel cultural y la realización concreta de algunas iniciativas. El domingo precedente a la celebración de la Jornada del Enfermo, en las parroquias se dieron homilías acerca de los temas de la celebración; la prédica del Arzobispo Ziòlek fue transmitida en vivo por la Radio nacional.

Para los responsables de la Pastoral sanitaria se organizaron Conferencias y Simposios, especialmente en Poznam y Varsovia. El mismo 11 de febrero, con el patrocinio del Primer Ministro y del Primado de Polonia, Cardenal Jozef Glemp, se desarrolló en la capital una conferencia sobre "*Dignidad del hombre fundamento de los derechos del enfermo y del paciente*".

En lo que se refiere al aspecto religioso, es preciso decir que la preparación de la Jornada fue capilar y cuidadosa; en las estructuras hospitalarias, a menudo con la presencia de los Obispos locales, se celebraron las Santas Misas con la administración del sacramento de la Unción de los enfermos. En muchas iglesias y lugares de curación se organizaron Via crucis y se dio la Bendición a los enfermos con el Santísimo Sacramento, como se acostumbra en Lourdes. Cuando fue posible, los enfermos fueron acompañados gratuitamente a las diferentes iglesias, de no ser posible esto se buscó efectuar visitas al domicilio de los enfermos, administrándoles los Sacramentos de la Eucaristía, de la reconciliación y de la Unción de los Enfermos.

Se imprimió en lengua pola-

ca el opúsculo preparado por nuestro Pontificio Consejo "*Curate Infirmos*" que fuera distribuido a todos los centros sanitarios del país, junto con una publicación especial de la "Carta a los enfermos" y varias publicaciones temáticas en la revista "Apostolado de los enfermos".

Por consiguiente, la Jornada es para la Iglesia local un acontecimiento que moviliza no sólo a sacerdotes, responsables para la pastoral sanitaria y a enfermos, sino también a los agentes sanitarios, a los maestros y al mundo obrero. La participación ha sido realmente numerosa, gracias también a los mass-media que han permitido conocer las iniciativas en toda la nación.

Han habido también realizaciones concretas fruto de la generosidad de los fieles, como la compra de un vehículo con instrumentos para exámenes diagnósticos.

#### *República Checa*

El Nuncio Apostólico, S.E. Mons. Coppa, estuvo presente en uno de los pocos hospitales católicos de la capital para subrayar los objetivos y las intenciones de esta Celebración hacia la cual el Santo Padre muestra mucha solicitud. Mons. Coppa celebró la S. Misa en el hospital-residencia para personas ancianas de Repy, en la periferia de Praga, administrado por las Religiosas de la Misericordia de San Carlos Borromeo. Además de la comunidad, participó una representación de los enfermos, el Director del Hospital y el personal médico y de enfermería.

#### *República Eslovaca*

La Jornada fue celebrada de manera más solemne en los dos Santuarios marianos de Sastin y de Marianka, pero también se recordó en varias formas el significado de este acontecimiento en todas las iglesias catedrales y parroquiales. Asimismo, el 5 de febrero el Obispo auxiliar de Trnava, S. E. Mons. Stefano Vrabec tuvo a su cargo una ponencia sobre la importancia y el significado de la Jornada,



durante un programa de difusión nacional.

### España

El Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal española invitó a todas las Delegaciones para que el 11 de febrero organizaran una Jornada de oración junto con los diferentes grupos sensibilizados en este campo de la salud, a la luz del Mensaje del Santo Padre Juan Pablo II.

Anteriormente, para los delegados y los agentes sanitarios se organizaron tres días de reflexión y de trabajos acerca del tema: *“El Verbo se hizo carne”*; las actas de estos encuentros han sido publicadas en la revista de la Orden hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios *“Labor Hospitalaria”* n. 254 de 1999 y han sido distribuidas a todos los delegados diocesanos de pastoral sanitaria.

Teniendo en cuenta este material se imprimieron dépliant, carteles y oraciones preparados para la ocasión que se distribuyeron de modo capilar junto con el Mensaje de los Obispos de la Comisión Episcopal para la Salud. Tanto la radio como la televisión

efectuaron numerosas transmisiones, particularmente la S. Misa del 11 de febrero que fue transmitida en vivo en todo el territorio.

Se organizaron visitas domiciliarias a los enfermos y ancianos que no podían asistir a las funciones religiosas en la parroquia, mientras en los hospitales y clínicas se desarrollaron también celebraciones comunitarias para administrar la Unción de los enfermos.

### Asia

#### India

*“Jubileo: una llamada para la renovación”* fue el tema elegido en India para celebrar la *“Health Sunday and Healing Week”*, organizada por la Comisión para el Apostolado y atención de la salud. El Mensaje del Santo Padre fue traducido en los cinco idiomas regionales del país y fue enviado a todas las diócesis, parroquias e instituciones sanitarias. Fue distribuido también un hermoso *“poster”* ilustrativo sobre el tema elegido.

Se organizaron cuatro encuentros regionales para los Coordinadores de la Pastoral sanitaria diocesana y en Nueva Delhi se realizó un Seminario inaugural. La celebración de la Santa Misa constituyó para todos un fuerte momento de encuentro y de renovación espiritual.

#### Corea

La Conferencia Episcopal coreana ha enviado un interesante y detallado informe en el que, además de las particulares iniciativas religiosas en favor de los enfermos, como la administración del sacramento de la Unción de los enfermos y la posibilidad de confesarse

antes de escuchar la S. Misa, menciona que se trató de unificar las iniciativas de orden práctico, como por ejemplo dar asistencia y ayuda a los enfermos, ayudarlos al menos por un día para lavarlos y cuidar su aspecto exterior, regalarles ropa y zapatos, organizar un momento convivial con juegos, escucha de buena música, visión de films elegidos para la ocasión.

De este modo se trató de unir el alivio espiritual que proporciona la oración, el recogimiento y la escucha de la S. Misa, con aquel más práctico de ofrecer una jornada ciertamente diferente para los enfermos e incluso para el personal sanitario.

Para concluir esta breve crónica, podemos decir que, según las noticias que hemos recibido de los diferentes países, en todas partes se ha tratado de dar mucho realce en la Jornada a la persona humana, no sólo con palabras sino con los hechos, especialmente la que se encuentra en condiciones de enfermedad y de discapacidad.

Tratemos de poner en práctica las palabras que el Santo Padre Juan Pablo II dirigiera a todos en su Mensaje con ocasión de esta VIII Jornada Mundial del Enfermo: *“... Así como la resurrección transformó las llagas de Cristo en fuente de curación y de salvación, del mismo modo para cada enfermo la luz de Cristo resucitado es la confirmación de que el camino de la fidelidad a Dios en el don de sí hasta la Cruz vence siempre y es capaz de transformar la misma enfermedad en fuente de gozo y de resurrección”* (n. 7).

Dra. ALESSANDRA CIATTINI  
Oficial del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud

*Seminario sobre  
La enfermedad  
de Hansen  
Realidad  
y Perspectivas*



*Organizado por la  
Asociación Italiana Amigos  
de Raoul Follereau – AIFO  
(Organización para la  
Cooperación Sanitaria  
Internacional) y por el  
Pontificio Consejo para  
la Pastoral de la Salud*

*15 de enero 2000  
Aula Nueva del Sínodo  
Ciudad del Vaticano*

# Saludo de apertura del Presidente de la AIFO

Agradezco por el honor, un honor de veras particular, de abrir los trabajos de esta Jornada.

Debo agradecer sobre todo al Presidente del Pontificio Consejo de la Pastoral para la Salud, Su Excelencia Reverendísima Mons. Javier Lozano Barragán, porque la realización práctica de este encuentro es obra del Pontificio Consejo y de la aceptación, de la carga, del peso de esta organización, de parte de su Presidente.

Es un peso muy importante para la Asociación Italiana Amigos de Raoul Follereau, desde esta sede y en esta situación del Jubileo, decir una palabra importante sobre el problema de los enfermos de lepra.

Ya en el siglo apenas concluido, al inicio y durante muchos años, el problema de los enfermos de lepra era un problema no sentido en nuestro mundo occidental, pero gravísimo. Gravísimo porque estas personas, enfermas, sin posibilidad de cura estaban sobre todo abandonadas, marginadas en sentido activo, ya que su condición era considerada sacrílega, era considerada fuera de la sociedad civil e incluso de la sociedad religiosa.

Follereau nos lo recuerda en sus escritos: "...Los he visto en prisión; los he visto en campos de concentración, los he visto aislados..."

Y las personas que por primeras se han ocupado de ellos han sido los misioneros. Justo en su misión religiosa, encontrando a estas personas, reducidas de este modo, fuera de una condición humana mínima, se han ocupado de ellas, han vivido con ellas, alguno incluso ha compartido con ellos la vida, pagando su misión con la muerte y el sacrificio.

Deseo recordar aquí al Beato Padre Damián, que es también el protector de algunas de



nuestras asociaciones que se ocupan hoy de enfermos de lepra y que ha sido declarado beato hace algunos años por Su Santidad Juan Pablo II, justamente porque, habiendo vivido en medio de estos enfermos de lepra, en las tremendas condiciones del inicio, se enfermó y murió a causa de esta enfermedad.

Pero como él, otros han compartido este sacrificio, este martirio.

Y yo creo que justamente sus sacrificios han sido las piedras fundamentales para que Follereau lanzase su mensaje y su campaña en favor de estos enfermos.

Follereau, la persona que tenemos como referencia, ha transcurrido toda su vida para organizar, para encontrar soluciones a este grande problema y ha sido ayudado por la ciencia con una primera medicina que tenía efectos parciales, pero era el primer paso hacia la curación de estos enfermos; luego la medicina se ha vuelto más fina, más radical.

Hoy los enfermos de lepra se pueden curar. Se sanan rápidamente, se curan definitivamente.

Pero actualmente el problema aún no ha sido resuelto; se

han construido redes sanitarias con centros de salud, con personal profesionalmente preparado para buscar a los enfermos en las fases más precoces; de manera que se evitan mutilaciones, haciendo lo posible para que estos enfermos ya no sean marginados ni siquiera por sus mutilaciones, por su inhabilidad.

En la actualidad, estas organizaciones, estas estructuras, tienen también el apoyo de la sociedad civil, tanto local como internacional.

Hoy, estas novedades benéficas para nuestros hermanos enfermos alcanzan a muchos de ellos y de modo muy precoz.

A cierto punto la venida y la persistencia de muchas otras situaciones de grave dificultad, nuevas enfermedades, el hambre y las guerras, han reducido un poco la atención sobre este problema. Y esta reducción se ha extendido también a nuestros misioneros, a quienes ya desde el inicio de la fundación de nuestra asociación hemos ayudado pero con quienes también hemos trabajado.

Nuestra Asociación nació en Bolonia y tuvo como primer presidente a un misionero

comboniano, delegado de Follereau precisamente para esta actividad.

Y hoy nos encontramos en esta situación. Los enfermos non son muchos; no son más las decenas de millones de años atrás; pero todavía existen.

La tendencia es olvidarnos de ellos.

¿Cuál es, entonces, el punto, el lugar la ocasión para poder dar una contribución a estas realidades, una contribución benéfica?

Nosotros hemos pensado que esta sede, este clima jubilar, fuesen la ocasión y la oportunidad.

Y juntos, hemos logrado te-

ner esta reunión donde, si vosotros asistiréis a las diferentes sesiones, podéis captar el punto de la situación, el punto científico, el punto social, pero sobre todo entenderéis que de ningún modo debemos cerrar el problema.

Muchos centenares de miles, algunos millones de personas aún sufren esta enfermedad que por todos es olvidada o que todos tratan de olvidar.

Nosotros hemos hecho esta elección, elección voluntaria de darles una mano.

Queremos que todos los que trabajan o que mantienen relaciones con nuestros hermanos leprosos sepan que este problema debe ser afrontado, se-

pan que nosotros queremos seguir afrontándolo con la misma voluntad, con la misma disponibilidad que Follereau tuvo en su tiempo y la vuestra ahora.

Nosotros queremos hacer conocer a todos que el problema existe y que queremos resolverlo.

Sólo esperamos que todos los que lograrán escucharnos a través de estas posibilidades de comunicación, estén con nosotros, nos ayuden y ayuden sobre todo a nuestros hermanos leprosos.

Dr. ENZO ZECCHINI,  
*Presidente de la Asociación Italiana  
Raoul Follereau*

## Saludo de Mons. Lozano

Os saludo a todos los que estais reunidos en este encuentro sobre la lucha contra la enfermedad de la lepra en el mundo. Lucha no sólo contra la enfermedad, sino también contra el egoísmo, el consumismo y la idolatría del dinero, que ponen en primer lugar muchas cosas en vez de detenerse en los verdaderos valores: en el amor hacia los demás.

Este Encuentro se realiza en el comienzo del año jubilar, año de gracia, de perdón y de reconciliación, año en que, visitando a Cristo en los más enfermos, en los más necesitados, especialmente en los leprosos, acrecentamos realmente la caridad, el amor asombroso ante el gran misterio de la encarnación del Hijo de Dios, que se prolonga misteriosamente en los leprosos, en este tiempo de Navidad tan particular, justamente al comienzo del Tercer Milenio.

Estamos muy reconocidos por la gran obra desarrollada por el insigne Raoul Follereau que de modo tan admirable dedicó toda su vida al cuidado efectivo de los leprosos, hasta el punto que, como nunca, todo el mundo se interesó de la lucha contra la lepra. Hoy ya

no está más Raoul Follereau, pero están sus secuaces, los jóvenes a quienes decía: "Ahora toca a vosotros combatir, luchar, juventud del mundo. Sed intransigentes en el deber de amar. No cedais, no hagais compromisos... Sobre todo creed en la bondad del hombre. Porque en el corazón de cada hombre hay tesoros prodigiosos de amor...".

Antes de morir, Raoul Follereau decía: "Con la salud que tengo, yo no esperaré el dos mil. No importa. A todos digo: sed ricos haciendo felices a los demás... la riqueza que dejo a vosotros es el bien que no he hecho, que deseaba hacer, pero que hareis vosotros después de mí. Os ayude en esto mi testimonio. Este es mi último deseo, mi testamento. La desgracia más grande que podría acontecerles sería esta: no ser útiles a nadie y no amar y servir a ninguno".

Es verdad, él no pudo esperar el dos mil, murió como cristiano en París el 16 de diciembre de 1977, tenía en el corazón y en la boca a los leprosos, un deseo y un augurio: "Quisiera una sola cosa: ¡que los jóvenes ocupasen mi lugar!".

Esta es la razón por la que estamos presentes en este encuentro, continuar la obra grandiosa de Raoul Follereau: amar a los leprosos, ver la posibilidad de desradicar de la faz de la tierra esta terrible enfermedad. Refiriéndose a la solidaridad de parte de las comunidades no infectadas por esta enfermedad con aquellas infectadas, dice el Santo Padre Juan Pablo II: "Demuestran advertir de manera creciente las dimensiones y la gravedad del problema y, con generosidad ejemplar, sostienen inicia-



tivas públicas y privadas, instituciones y organizaciones específicamente comprometidas en la lucha contra la lepra. Gracias a esta prueba tangible de solidaridad y caridad cristiana, hemos logrado limitar de manera decisiva la difusión del contagio incluso en las áreas de elevado riesgo, de manera que es legítimo entrever, al menos en perspectiva, la posibilidad de una derrota definitiva de esta enfermedad<sup>71</sup>.

Sabemos que la medicina ha progresado y que esta enfermedad en realidad se puede curar, porque en la mayoría de los casos se debe a la suciedad y a la falta de higiene; sabemos que este grupo es seguidor fiel del apóstol contra la lepra, Raoul Follereau. Ya decía el Santo Padre Juan Pablo II: "De parte mía continuaré proclamando ante el mundo la necesidad de una toma de conciencia aún mayor para que, a través de una ayuda adecuada, esta enfermedad sea vencida efectivamente. Por esta razón les pido a todos y en todas partes que apoyen cada vez más

los valientes esfuerzos que se hacen para derrotar la lepra y curar eficazmente a los que aún están infectados"<sup>72</sup>.

Gracias a Raoul Follereau hoy celebramos la Jornada Mundial de la lucha contra la Lepra y, junto con nosotros se está celebrando en 150 países en el mundo; una fecha, que como decía el mismo fundador, es un "inmensa cita de amor" que proporciona a los enfermos, por encima de las considerables ayudas materiales, el gozo y la fiereza de ser tratados como hombres.

En fin, deseo terminar estas breves palabras con la exhortación que el Santo Padre dirigió a los hombres de ciencia y a los investigadores de la enfermedad de Hansen: "... Continúad con vuestra búsqueda y vuestra terapia, y estad ciertos que la Iglesia apoya plenamente vuestro trabajo porque, como vosotros, ella ha recibido el mandato de Cristo, escrito en el Evangelio, de "curar a los leprosos", y ella sabe que los leprosos curados son un signo del Reino de Dios (cf. *Mt* 10,

8; 11, 5). Ayudad a construir el Reino de Dios, que es también el reino de la humanidad. Sed dispensadores de justicia y de amor hacia todos los que, en los más lejanos ángulos del mundo, esperan recibir un mensaje de esperanza de la sociedad actual. Que Dios bendiga a vosotros que estais al servicio de su pueblo"<sup>73</sup>.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN  
Arzobispo-Obispo emérito  
de Zacatecas,  
Presidente del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud  
Santa Sede

## Notas

<sup>1</sup> JUAN PABLO II, Mensaje con ocasión de la Jornada Mundial de los enfermos de lepra, entregado en Cumura, Guinea-Bissau, domingo 28 de enero 1990).

<sup>2</sup> JUAN PABLO II, en la sede de *Radio Veritas* - Manila - encuentra a un grupo de leprosos de la leprosería de Tala, sábado 21 febrero 1981.

<sup>3</sup> JUAN PABLO II, Discurso a la Pontificia Academia de las Ciencias, Ciudad del Vaticano, 1º junio 1984.

## Saludo de la Ministro Bindi

He acogido con gusto vuestra invitación, porque considero que celebrar la Jornada Mundial de la lucha contra la



lepra, significa aprovechar la ocasión para reflexionar de manera más amplia acerca de los problemas de la salud, de la dignidad del hombre, de la justicia y, sobre todo, captar la ocasión con el fin de reflexionar juntos para ver que el derecho a la salud esta unido con el de la equidad y que la lepra puede representar el problema símbolo de la desigualdad en lo que se refiere a la salud.

Los actuales 800,000 nuevos casos presentes en el mundo, en gran parte se pueden relacionar no simplemente a problemas o a causas vinculadas con el tema de la salud, sino a la pobreza, a la injusticia, a la fuerte desigualdad que aún caracterizan al mundo y a las relaciones entre los pueblos.

En pocas palabras, estos

800,000 casos activos presentes en el mundo, se podrían eliminar si existiera un compromiso político para emplear correctamente los recursos disponibles.

Como no recordar las palabras de Raoul Follereau: "¡Con el costo de un bombardero se puede eliminar la lepra en el mundo!"

Por otro lado, está demostrado que podemos derrotar la lepra.

El estrepitoso éxito del plan anti-lepra de la OMS, es un claro testimonio de esto.

Hoy contamos con instrumentos nuevos para curar esta enfermedad y evitar así nuevos contagios.

Estos instrumentos, fruto de la investigación, del empeño de las instituciones, del mundo científico, del mundo médico-

sanitario y del voluntariado, nos permiten ver cercana la eliminación de esta enfermedad.

Como decía, muchos han sido los protagonistas de esta batalla y también de estos resultados.

Pero ciertamente el voluntariado ha sido y es el protagonista principal de la lucha contra la lepra.

La Iglesia siempre ha estado en primera línea contra esta enfermedad, pero sobre todo lo han sido el asociacionismo religioso y laico y son muchísimas las experiencias de éxito logradas justamente gracias al empeño del voluntariado.

Vuestra Asociación es quizás el ejemplo más claro, más límpido, también por la capacidad de entender que la lepra es un símbolo de la falta de equidad en la salud.

Y es justamente esta sensibilidad que hace encontrar el compromiso de las instituciones, del mundo científico, de la Iglesia, del voluntariado, porque quizás es posible eliminar el obstáculo principal, identificado propio en la falta de un verdadero empeño político mundial, de parte de los países ricos que, en buena parte, han logrado derrotar esta enfermedad en su territorio y que hoy deben comprometerse para poder realizar este objetivo en todo el mundo.

Porque, una vez más, la lepra junto con otras enfermedades, es el signo evidente que, o logramos derrotarla y derrotarla en todo el mundo, o la batalla no será realmente vencida hasta lo último.

Por tanto, se vuelve de crucial importancia la movilitación de las conciencias para no olvidar, para movilizar los recursos, para llamar la atención de los Gobiernos en este problema fundamental de equidad sobre la salud.

Desde hace tiempo Italia se encuentra en primera línea en la lucha contra la lepra, como creo que se testimoniará en esta sede acerca de la Cooperación del Ministerio de Relaciones Exteriores, además que, obviamente, los muchos que adhieren a la Asociación Raoul Follereau y a otras asociaciones de voluntariado.



Además del compromiso en los países de elevada endemia, Italia, se esfuerza y mantiene constante su compromiso ante los focos más modestos de lepra presentes en nuestro país; residuo de un pasado a menudo mal administrado pero que hoy se refuerza con nuevos casos provenientes de países de elevada endemia

Una vez más los grandes flujos migratorios nos recuerdan que, o las batallas son vencidas en todo el mundo o, con el pasar del tiempo, de algún modo está llamado a compartir no sólo los resultados sino también las derrotas.

Recientemente, el Ministerio de la Salud ha elaborado nuevas líneas guía para la vigilancia y el control del morbo de Hansen.

Lo ha hecho respetando el propio ordenamiento institucional y en colaboración con las responsabilidades articuladas del sistema sanitario italiano, sobre todo con las Regiones.

Pero de todos modos lo ha hecho teniendo en cuenta siempre los datos epidemiológicos y científicos de todo el mundo.

Los elementos característicos de estas líneas guía son la definición de la enfermedad y los datos clínicos, la diagnosis, la terapia, la gestión de los enfermos, los grupos de riesgo, las profilaxis, la epidemiología, así como el control de la evolución y, también en este momento, justo con relación al aumento de algunos casos que

se han verificado en los últimos años, por razones, justamente, de los flujos migratorios de los países en los que esta enfermedad aún está radicada, se está por definir un nuevo mecanismo para la creación de centros de referencia regionales y de un verdadero y real laboratorio de vigilancia, atento al flujo de nuevos casos.

Pero, sobre todo, la sanidad italiana que acaba de reformarse para estar más cerca y ser más eficaz al ciudadano, se quiere caracterizar también por asumir dentro de sus confines, pero a través de una gran solidaridad nacional, un compromiso aún mayor de manera que el derecho a la salud sea realmente respetado en todas partes del mundo y que todas las fuerzas, de las instituciones, de la sociedad, de la Iglesia, de los Estados, se unan para combatir sus causas y obtener los resultados esperados por todos nosotros.

Me detendré con vosotros sólo pocos minutos. Pero deseo remarcar la importancia de esta jornada y la importancia del modo como habeis querido celebrarla: un encuentro de reflexión, de estudio, de profundización, de intercambio de experiencias, a los que miramos con gran interés y consideraremos preciosos los resultados de esta jornada para desarrollar mejor nuestra tarea.

Hon. ROSY BINDI,  
*Ministro de Salud,  
Italia*

# Asociación Raoul Follereau de Benin (ARFB)

En el marco de este prestigioso coloquio me han solicitado efectuar una presentación de la Asociación Raoul Follereau de Benin que tengo el honor de presidir, así como de las demás asociaciones homólogas africanas.

## 1. La Asociación

La Asociación Raoul Follereau de Benin (ARFB), fue creada el 28 de marzo de 1988 apoyada por la Asociación Francesa Raoul Follereau, y fue registrada en el Ministerio del Interior el 16 de noviembre del mismo año.

## 2. Organos

Forman parte de la Asociación los siguiente órganos:

- La Asamblea General
- El Consejo de Administración
- La Oficina Ejecutiva Nacional
- Los Comités locales

Todos los miembros de la Oficina Ejecutiva Nacional y del Consejo de Administración, que provienen de diferentes ámbitos, son voluntarios.

Cuentan con un sueldo solamente el secretario dactilógrafo, el chofer, el supervisor rural y el asesor-contable.

## 3. Objetivos generales

1. Promover la reinserción socio-económica de los enfermos curados de lepra

2. Apoyar la acción de los poderes públicos o de los organismos privados en la lucha contra la lepra y contra todos los grandes males de los que sufre Benin, en especial la úlcera de Buruli, nueva enfermedad emergente

3. Iniciar y sostener todos los proyectos de desarrollo comunitario, en especial en los campos de la autosuficiencia alimenticia, de la higiene y de la educación.

## 4. Zonas interesadas

- Los enfermos de lepra y sobre todo los enfermos curados de lepra

- La úlcera de Buruli, frente a la cual este año se creará un Centro de Tratamiento en Allada en el departamento del Atlántico, hacia el sur, a través de nuestro principal colaborador del norte, la Fundación Luxemburguesa Raoul Follereau.

## 5. Fuentes de financiación

- Cuotas de los miembros

- Donaciones con ocasión de las Jornadas Mundiales de los Leprosos

- Subvenciones concordadas con la Fundación Luxemburguesa Raoul Follereau para el funcionamiento y la realización de los proyectos.

## 6. Los partners

- La Fundación Luxemburguesa Raoul Follereau que proporciona subvenciones y que ya nos ha donado dos vehículos 4x4 para poder movernos en el territorio

- La Asociación Francesa Raoul Follereau que nos ha donado material para las Jornadas Mundiales de los Leprosos, esto es: almanagues, volantes, libros de amor, postales Raoul Follereau, contenedores para limosnas.

## 7. La colaboración tiene lugar:

- En el sur, sobre todo con las Asociaciones hermanas de la sub-región. Al norte con la UIARF (Unión Internacional de las Asociaciones Raoul Follereau de la que somos miembros)

- La Asociación Francesa Raoul Follereau

- La Fundación Luxemburguesa Raoul Follereau

## 8. Actividades

Al comienzo fueron difíciles y pocas por falta de medios financieros y logísticos, pero hoy nuestras actividades conocen ya cierto vigor.

Desde hace tres años, gracias a los medios logísticos logrados, se han formado Comités locales en todo el territorio, que actualmente cuenta con ocho. Gracias a estos Comités locales, que son copias departamentales de la Oficina Ejecutiva Nacional que una vez tenía la incumbencia de todo, ahora existe una buena división del trabajo en favor de una mayor eficacia de acción en el campo.

Además de la Asamblea General Anual, las reuniones estatutarias trimestrales del Consejo de Administración, las labores, los asuntos de normal administración y la continuación de las actividades, son desempeñadas por una oficina reducida de 5 miembros, provenientes de la Oficina Ejecutiva Nacional. Esta oficina se reúne obligatoriamente una vez por semana. Nuestras actividades, que se extienden pues por todo el año, se refieren a:

- visita a los centros para el tratamiento anti-lepra, a los que cada año se llevan dones en el marco de la Jornada Mundial de los Leprosos

- puesta en marcha y supervisión de proyectos y micro-proyectos confiados a grupos de enfermos curados que los administran en cooperativa

- formación de los miembros de las oficinas de los Comités locales así como de los enfermos comprometidos en proyectos y micro-proyectos como: hacienda agropecuaria, jardinería, cría y administración de varios materiales por alquilar

- supervisión y reuniones de trabajo anuales con los Comités locales

- organización anual de la

Jornada Mundial de los Leprosos junto con el Comité Nacional Raoul Follereau del cual forma parte la Asociación que trabaja en estrecha colaboración su propio Ministerio de tutela, el Ministerio de Salud.

### 9. Las demás

#### *Asociaciones Africanas*

La presentación que acabamos de hacer es de la Asociación Raoul Follereau de Benin.

Quisiera recordar que en el continente africano desde donde nuestro fundador lanzó la batalla mundial contra la lepra y las demás lepras, existen muchas asociaciones que se inspiran en el nombre de Raoul Follereau con su mensaje de paz, de libertad, de fraternidad y de amor, un mensaje que se vuel-



ve llamado para ocuparse de la miseria del mundo para que se garanticen los derechos de los pobres.

Me ocuparé sólo de las Asociaciones Raoul Follereau africanas de habla francesa, ya que, como nosotros, son miembros de la Unión Internacional de las Asociaciones Raoul Follereau y la mayoría de ellas fueron creadas mucho antes que la Asociación de Benin que sólo tiene ocho años de vida. Se trata de las Asociaciones Raoul Follereau de Mauritania, Senegal, Mali, Burkina Faso, Nigeria, Guinea Bissau, Guinea Conakry, Costa de Marfil, Togo, Camerún, Chad, Congo Brazzaville y Madagascar.

Todas estas Asociaciones tienen los mismos objetivos y las mismas actividades, pero no han conocido la misma fortuna. Si las primeras, como las

de Senegal, Mali, Nigeria, Guinea Conakry, Costa de Marfil y Camerún, recibieron mucha ayuda en el momento de su creación, de parte de la Asociación Francesa Raoul Follereau y de otros colaboradores del norte, hoy ya no es así y muchas Asociaciones Africanas están sofocando por falta de subvenciones, de funcionamiento y de medios logísticos como: máquinas de escribir, telefax, medios para el transporte, todo lo cual reduce mucho su actividad. Quizás existe aquí la posibilidad de lanzar un llamado en favor de estas asociaciones que, al final, corren el riesgo de desaparecer si la situación no cambia, ya que la mayoría de las poblaciones de estos países sigue empobreciéndose cada vez más y desarrollan incluso otras formas de lepra frente al egoísmo y a la fuerte putrefacción del dinero en estos países.

### 10. Perspectivas para el porvenir

Podemos decir que actualmente las Asociaciones africanas han alcanzado un grado seguro de madurez con una clara conciencia de la dimensión del trabajo por realizar. Para ellos se tratará de ir aún más adelante y al mismo tiempo de acrecentar sus campos de intervención y sus servicios.

Si se pondrá en acto la identificación, el tratamiento y la reeducación, la enfermedad de Hansen será vencida gracias a la poliquimioterapia de la que Benin ha sido el mejor campo de aplicación; aún más importante será ocuparse de ahora en adelante de la reinserción socio-económica de los enfermos curados, que es el campo de intervención de las Asociaciones Nacionales Africanas, cuya importancia está destinada a aumentar aún más en el futuro.

Estas Asociaciones Nacionales Africanas presentan las siguientes características:

- Ventaja de vivir en medio de la gente que tienen necesidad

- Mejor conocimiento de cualquier otro de la necesidad real, con la escucha permanente de la población y de sus le-

gítimas aspiraciones

- Mejor conocimiento de las sensibilidades del asistido con respecto a quien lo asiste

- Los responsables de las asociaciones en el campo mantienen de cerca su contacto con sus autoridades ya sea en el ámbito de las municipalidades como del Estado; tienen un mejor conocimiento de la política, de las estrategias de planificación, de las leyes y de la susceptibilidad de las autoridades;

- Crean y animan los Comités locales en el país y organizan seminarios de formación ad hoc

- Responden a la condición ideal para proporcionar ayuda en medio de la gente y con la gente del país

Fundadas en nombre de Raoul Follereau, estas Asociaciones adhieren a la Unión de las Asociaciones y optan por una forma de partnership adulta y responsable. Se trata de la única fórmula que tiene valor para lograr un desarrollo duradero a través de una ayuda que ya no tendrá necesidad de ser duradera.

### 11. Conclusión

Para concluir quisiera decir que parece que la revolucionaria francesa Louise Michel y el gran poeta Victor Hugo murieron en el siglo pasado después de haber proclamado que el siglo XX habría sido el siglo de la paz y de la felicidad. Algunos juicios sobre el pasado siglo XX lo califican como siglo de guerra, barbarie, egoísmo y genocidio. En fin de cuentas, el mal ha estado por encima del bien.

El siglo XXI que acabamos de acoger con fe y fervor, no dejará de comportar diferentes desafíos para los individuos y las instituciones.

Pueda la generosidad y la nobleza del corazón sobresalir sobre todo y, gracias a nuestras Asociaciones, florezca una nueva primavera en favor de las víctimas de la lepra y de todas las lepras, como era el deseo de Raoul Follereau.

Prof. HENRY VALERE  
T. KINIFFO

*Presidente de la Asociación Raoul Follereau de Benin*

Acabamos de superar un siglo de importantes progresos humanos. El mundo de la salud ha visto en el siglo XX algunas de las mayores transformaciones sociales de nuestro tiempo. Las condiciones de vida han mejorado de manera entusiasmante para la mayoría de las personas. Pero el siglo pasado nos ha dejado también una herencia: más de mil millones de personas aún están fuera de la revolución sanitaria.

Con visión, realismo y compromiso, el mundo podría terminar el primer decenio del siglo XXI con algunas importantes realizaciones. Asumirá la *leadership* global para poner en marcha un proceso, y la OMS está lista para asumir el rol que le compete – trabajando con todas sus capacidades – en colaboración con sus partners – con todos vosotros – para poner en marcha un movimiento social global para la salud y el papel que ésta tiene en el desarrollo del mundo.

Conocemos el papel crítico de la salud para forjar un desarrollo sostenible. La salud mueve el crecimiento de las economías. Sabemos cuán importante es focalizar las justas intervenciones. Los sistemas sanitarios deben alcanzar a todos y no sólo a pocos afortunados.

Es necesario un cambio en nuestro modo de pensar y un cambio en el modo con que afluyen los recursos. Mientras el 90% de las enfermedades explotan en los países en vías de desarrollo, estos tienen acceso solamente al 10% de los recursos destinados a la salud. No es posible que esto cambie en una sola noche, pero debe cambiar.

## ¿Cuáles son los retos?

Los hechos de fondo son muy conocidos. Cerca del 20% de la población mundial, más de 1300 millones de personas, viven en condiciones de abso-

luta pobreza con una renta que es inferior a un dólar americano por día. Sobrevivir con menos de 2 dólares americanos por día es una realidad de aproximadamente la mitad de los habitantes del planeta. Las cifras totales referentes al crecimiento económico no dejan ver claramente que el número de personas en absoluta pobreza sigue aumentando.

Las desigualdades tienen consecuencias importantes en la salud. Para hacer algún ejemplo: las personas que viven en la pobreza absoluta tienen una probabilidad cinco veces mayor de morir antes de alcanzar el quinto año de edad y dos veces y medio de morir entre los 15 y 19 años con respecto a los que provienen de grupos con una renta más elevada. Las diferencias de mortalidad materna son incluso más dramáticas: el riesgo de morir durante el embarazo en las zonas de África sub-Sahariana, donde cerca del 50% de la población vive en condiciones de absoluta pobreza, es de 1 persona cada 12, contra 1 cada 4000 en Europa.

## ¿Por qué una mejor salud es un elemento importante en la reducción de la pobreza?

La enfermedad es al mismo tiempo causa y consecuencia de la pobreza. La enfermedad puede reducir la economía familiar, hay una menor capacidad de aprendizaje, reduce la productividad y lleva a una disminución de la calidad de la vida, creando así una pobreza perpetua. Los pobres, a su vez, están expuestos a mayores riesgos personales y ambientales, son menos nutridos, menos informados, y tienen menos posibilidades de acceder a los cuidados sanitarios. Por tanto, están más expuestos a las enfermedades. Esto tiene como resultado que el desarrollo socio-económico de muchos paí-

ses esté sustancialmente amenazado.

Se ha dado menor atención a la otra cara de la medalla, es decir, que una mejor salud puede prevenir y ofrecer un recorrido contrario a la pobreza. La evidencia nos muestra que una mejor salud se traduce en una mayor riqueza distribuida equitativamente, construye capitales humanos y sociales y aumenta la productividad. Los niños sanos tienen mayor capacidad para aprender y los jefes de familia que gozan de buena salud son más hábiles para trabajar y proveer a las necesidades de su familias.

*El significado de estos conceptos es claro: moverse de un círculo vicioso hacia uno virtuoso significa focalizar los recursos para mejorar y proteger la salud de los pobres. El proceso de globalización significa aumentar la independencia económica, política y social, ya que los niveles nacional y global están estrictamente interconexos.*

Hay muchos ejemplos que hacen ver que la salud comporta beneficios para los pobres, entre ellos podemos citar: la campaña para desradicar la ceguera del río, la estrategia para un tratamiento observado directamente, los *DOTS* para combatir la tuberculosis (a breve plazo), la mejora de las políticas para las medicinas esenciales, la *MDT* y el descubrimiento de la lepra en su estado inicial para poderla combatir. Desde 1985, por ejemplo, la incidencia de la lepra se ha reducido globalmente de cerca el 85% habiéndose curado a 10 millones de pacientes de esta enfermedad.

En los últimos decenios, la comunidad internacional para el desarrollo ha tenido como objetivo primario la reducción de la pobreza.

Hoy se tiene como objetivo global para el año 2015 reducir de la mitad el número de las personas que viven en la pobreza absoluta. Los tres objeti-

vos para el desarrollo son:

- Reducción de dos tercios de la tasa de mortalidad hasta los 5 años
- Reducción de tres cuartos en la mortalidad materna
- Servicios sanitarios de la reproducción para todos

El desafío actual para las Naciones Unidas es usar su aturoidad y su influencia con el fin de movilizar a toda la comunidad internacional más allá de los objetivos internacionales para eliminar la pobreza. Existe un fuerte estímulo y una importante oportunidad para que la salud sea considerada como elemento fundamental en el desarrollo económico y humano, y para proporcionar una leadership dentro de la comunidad de las organizaciones que trabajan para mejorar las condiciones de salud de los pobres.

### **Invertir en el desarrollo de la salud**

En la actualidad, para reducir de manera eficaz la enfermedad existen medicinas eficaces y el control de las estrategias. No obstante esto, los gobiernos no se preocupan que estas estrategias reciban los fondos suficientes para su realización. En algunos casos, esto sucede porque los balances sanitarios son reducidos a lo mínimo. En otros casos, porque se da escasa prioridad al gasto en favor de la salud que no permite afrontar las amenazas sanitarias más urgentes.

Algunos de los países más pobres cuentan con menos de

£7 per capite para gastar anualmente en las atenciones sanitarias y esto hace difícil que se satisfagan incluso las necesidades sanitarias más básicas. Los países de baja renta gastan el 4% de PIB pro capite para la salud, la mitad de la cifra gastada por los países más ricos. En muchos países pobres se gasta incluso menos. Por ejemplo, en Camerún, Indonesia, Nigeria y Sri Lanka la cifra empleada para la salud es inferior al 2% del PIB.

La asistencia de los países donadores ha ayudado a integrar las iniciativas sanitarias que no tenían suficientes fondos. Sin embargo, los recursos disponibles para esta ayuda son relativamente reducidas.

### **¿Cuáles son las estrategias eficaces para reducir la pobreza?**

Para seleccionar las estrategias sanitarias con el fin de reducir la pobreza se requiere un profundo conocimiento de las razones por las cuales el pobre sufre una mayor mortalidad y mayores enfermedades. Para que surtan efecto, las intervenciones que confían en el sistema sanitario deben ser adecuadas a fin de que los pobres accedan a los servicios organizados. Además, incluso si fuera posible el acceso universal a los servicios sanitarios, es improbable que de por sí sea suficiente. La razón es que muchos de los factores determinantes de la salud-enfermedad y por tanto los medios para lograr mejoras significativas en la sa-

lud de los pobres, dependerán de los desarrollos externos al sector sanitario.

Es necesaria una aproximación que combine una inversión más amplia en la salud junto con una mejor focalización de las inversiones en los sistemas sanitarios.

Quisiera mencionar algunas intervenciones eficaces que podrían prevenir la difusión de las enfermedades infectivas en el mundo:

- DOTS (*Directly Observed Treatment, Shortcourse*) puede prevenir el 60% de todas las muertes por tuberculosis.

- IMCI (*Integrated Management of Childhood Illness*) puede prevenir la mayoría de muertes de los niños por pulmonía, diarrea, malaria y sarampión.

- Por último, una de las intervenciones más importantes para interrumpir el nexo entre desnutrición e infección es la integración de vitamina A. La integración de routine en la edad comprendida entre 6 y 72 meses puede reducir la mortalidad total de cerca del 25%.

Una estrategia sanitaria para reducir la pobreza debería comprender los siguientes elementos:

- Actuar sobre los factores determinantes de la salud influyendo en las políticas de desarrollo

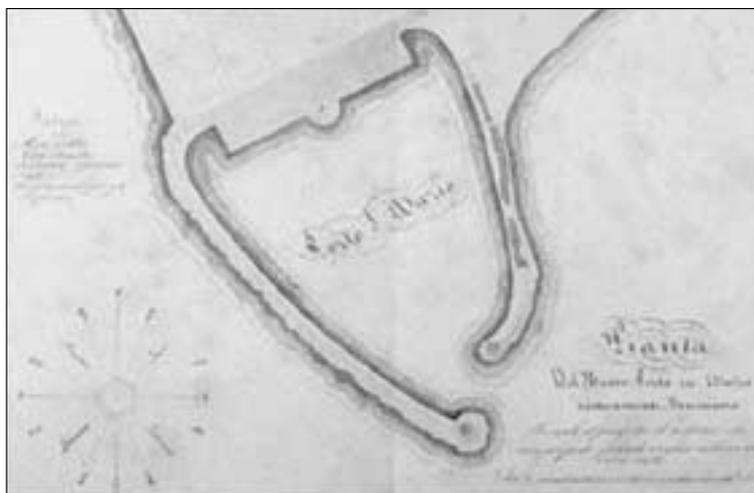
- Reducir los riesgos a través de una aproximación más extendida a la salud pública

- Focalizar los problemas sanitarios de los pobres

- Hacer que los sistemas sanitarios se ocupen de los pobres con mayor eficacia.

1. Para reducir la pobreza es fundamental una distribución equitativa de las ventajas del crecimiento económico. Asimismo, debemos aspirar a maximizar las ventajas sobre la salud que derivan de una política en favor del trabajo, del comercio, de la agricultura, del micro-crédito, del ambiente y de otros aspectos del desarrollo. El éxito dependerá del reforzamiento de las capacidades de los ministerios de la salud para dirigir las iniciativas intersectoriales.

2. El desafío que deben afrontar los gobiernos es mejorar el acceso de los pobres a los



servicios sanitarios públicos básicos, que incluyan un alimento sano y adecuado, el agua potable y condiciones higiénicas de vida. Además del campo tradicional de la salud pública, los pobres están más expuestos a la violencia y a los peligros ambientales y tienen mayores probabilidades de que sufran más en los conflictos y desastres naturales.

3. Un número exiguo de condiciones toca la salud de los pobres de manera desproporcionada. Incluso la información sobre los costes y las ventajas de las intervenciones puede ser empleada para influir en los gastos de los gobiernos nacionales y de las agencias para el desarrollo. En primer lugar, elaborar un conjunto de intervenciones centrales acompañaría la acción en áreas como la inmunización, la gestión integrada de las enfermedades infantiles, las enfermedades pulmonares, la gestión integrada del embarazo y del parto, la salud de la reproducción.

4. Además de asegurar la capacidad de ofrecer servicios esenciales, existen también otras características en un sistema sanitario pro-pobres. Como mínimo, debería dejar de lado las entradas tratando a los clientes con dignidad y respeto; proteger a los pobres frente a prácticas no saludables y a la explotación económica, tanto en las estructuras públicas como en aquellas privadas. Asimismo, incluso a las personas que aún no son pobres debería protegerlas del empobrecimiento por los elevados costes que van de igual paso con las enfermedades más graves. La OMS juega un papel de primera importancia al informar a los gobiernos acerca de las necesarias reformas para alcanzar estos objetivos. Además, existen varias estrategias, como por ejemplo programar servicios, mejorar aquellos externos e incluir a los pobres en el control de los cuidados sanitarios, a las que proporcionaría ventajas parti-

culares el análisis de diferentes experiencias en los países.

## Conclusión

La pobreza atenta contra el desarrollo. La pobreza es un ataque a los derechos humanos y a la dignidad humana. La pobreza crea inestabilidad política y social. Los países no pueden afrontar una pobreza masiva. El objetivo para reducir de al menos la mitad el número de las personas pobres en el 2015 se puede alcanzar, pero necesitará un amplio esfuerzo de parte de todos. Si abrimos la ventana, vemos una serie de oportunidades, pero esta ventana podría cerrarse pronto. El mundo no puede permitirse este lujo. El desarrollo sostenible para las generaciones futuras nunca iniciará si primero no se reducirá y luego se eliminará la pobreza.

Dra. MARIA NEIRA  
 Director del Programa de Control,  
 Prevención y eliminación  
 de las enfermedades infecciosas  
 OMS – Ginebra, Suiza

## Lepra: pasado, presente y futuro

Os agradezco por la invitación para participar en este Seminario Internacional y por la ocasión que se me brinda para hablar sobre el tema de la lepra en el pasado, presente y futuro.

Trabajo en la Universidad de Aberdeen que fuera fundada en 1495 por el Obispo de la ciudad de conformidad con una Bula del Papa Alejandro VI. Se inspiró en las universidades de París y Bolonia y acogió la primera cátedra de medicina en el mundo de lengua inglesa.

### Visión histórica de la lepra

Las primeras descripciones acerca de la lepra las encontramos en los antiguos textos hindúes y egipcios. La lepra se difundió en todo el mundo y alcanzó su máxima expansión en Europa en el siglo XIV y poco a poco se ha ido

reduciendo en el siglo XX.

La causa de la lepra, el *Mycobacterium leprae*, fue descubierta en 1873 por Armeur Hansen en Noruega, pero sólo en 1940 se descubrió un tratamiento eficaz contra la misma. Los desarrollos más importantes en la cirugía de reconstrucción para la lepra han tenido lugar en los años 50. Asimismo, en los años 60-70 iniciaron los esfuerzos para controlar la lepra en la comunidad con empleo de dapsona.

En 1964 se identificó por primera vez la resistencia al tratamiento con dapsona y en 1977 se proporcionó a los pacientes no sometidos a dicho tratamiento. En 1982, la Organización Mundial para la Salud recomendó el empleo de la terapia farmacológica combinada (MDT) para combatir el problema de la resistencia a los fármacos. No sólo tuvo éxito,

sino que este tratamiento más breve comportó también una disminución del número de los pacientes registrados para el tratamiento.

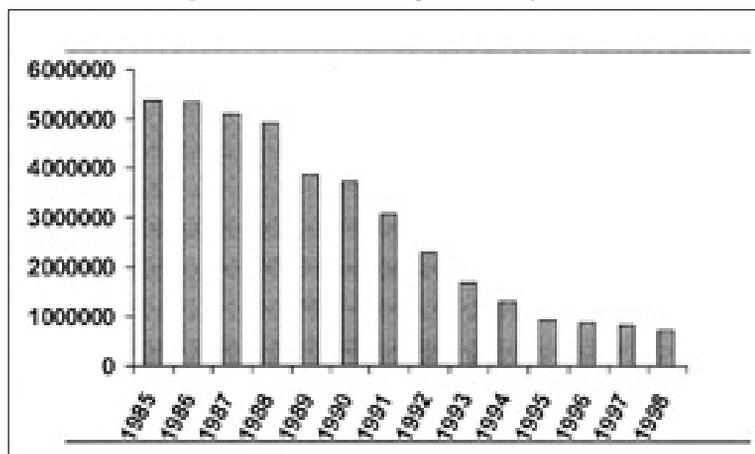
Luego de esta disminución la *World Health Assembly* decidió “eliminar” la lepra, esto es, reducir para el 2000 la prevalencia de la lepra a menos de 1 por 10,000 mediante la identificación precoz de los casos y el tratamiento con MDT.

### Situación actual

Ha habido una reducción del 85% en los casos registrados y más de 70 países han alcanzado un *target* de reducción de la lepra a menos de 1 por 10,000. Al inicio del 2000, una decena de países aún no ha alcanzado este objetivo y se ha formulado un compromiso para lograrlo dentro del año 2005. ¿Esto sig-

nifica que se han resuelto todos los problemas de la lepra? ¿Cada paciente es identificado y sometido a tratamiento? La terapia MDT ¿responde a todas las necesidades de los enfermos de lepra? ¿Existen nuevos casos? Trataré de aclarar estos aspectos. La *Figura 1* muestra la tendencia general en los casos registrados (Prevalencia) entre 1985 y 1998.

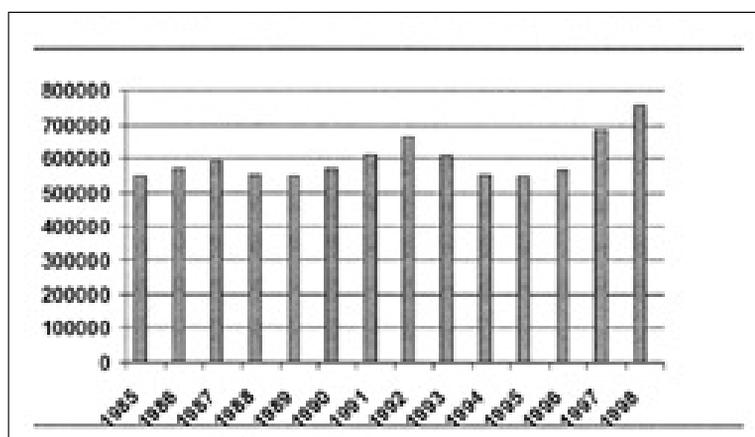
**Figura 1:**  
**Tendencia General**  
**en los casos Registrados**



La aplicación de la terapia MDT en todo el mundo ha tenido como fruto una reducción del número de casos registrados, tal como se puede notar en el cuadro. Esto se nota en todos los países del mundo. La disminución ha sido de aproximadamente el 85%. Sin embargo, se ha nivelado en los últimos 4 años.

Ahora veamos la tendencia de las tasas de identificación de los nuevos casos en el mismo período.

**Figura 2:**  
**Tendencia mundial**  
**de los nuevos casos**



Gracias al éxito obtenido con la terapia MDT y con la reducción de los casos registrados, se podría esperar también una disminución de los nuevos casos. Este cuadro muestra la tendencia de los nuevos casos desde 1985. Vemos claramente que no hay una reducción, antes bien, al parecer los números han aumentado en los últimos años. Esto presenta un interesante modelo pero crea confusión – la prevaleciente disminución de los casos de lepra registrados y la constante inci-

dencia en los nuevos casos. ¿Por qué ocurre esto? ¿Qué sucede? ¿Cuál es la explicación?

Lo que ocurre es que con la MDT se abrevia la duración de la enfermedad empleando una terapia de breve duración. La MDT es usada por 6, 12 o 24 meses, un tiempo bastante breve con respecto al de la terapia con dapsona que podía durar incluso más de 10 años. Si la duración disminuye, entonces puede disminuir también la prevalencia (número de casos activos registrados a fines de año) sin que haya algún cambio en la incidencia de los nuevos casos.

Si queremos lograr una victoria completa contra la lepra, es decir, desradicarla, debemos reducir los nuevos casos, esto es, reducir la transmisión de la enfermedad. Al tratar todos los casos con la MDT, se esperaba que la incidencia de los nuevos casos de lepra habría disminuido, pero esto no ha ocurrido.

La tendencia global de los nuevos casos identificados esconde importantes diferencias entre los varios países. India representa más del 80% de los casos globales y, por tanto, tiene una gran influencia en la escena mundial.

Miremos los modelos de identificación de los nuevos casos en cierto número de países. Ha habido una considerable disminución en la identificación de los nuevos casos en China, más del 50% en los últimos 10 años. Esto contrasta con el cuadro general.

Por el contrario, en la identificación de los nuevos casos Bangladesh manifiesta una tendencia que está creciendo rápidamente y que los cambios en la prevalencia en el país, que había disminuido, no dejaban prever. Esto se debe a la expansión de las actividades de control de la lepra en áreas del Bangladesh que antes no habían sido cubiertas.

Brasil muestra un modelo importante de aumento de los casos identificados, tal como en Bangladesh. Se trata de un amplio efecto en un breve período de tiempo. También aquí se debe a mejoras en el programa contra la lepra en todo el territorio y a un aumento de la cobertura en los varios Estados.

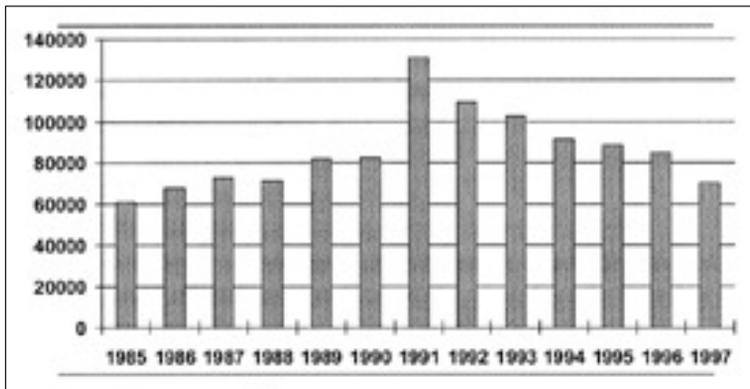
La tendencia en los nuevos casos en Colombia demuestra una orientación descendente durante el mismo período. He hablado con el director del programa del país y ha descrito las dificultades para poner en marcha actividades contra la lepra precisamente por la disgregación civil existente en ese país.

Esto manifiesta que la identificación de nuevos casos recibe la influencia de factores operativos y no representa necesariamente la verdadera incidencia. Los métodos de identificación de los casos se refiere al número de los nuevos casos

identificados. La identificación precoz aumenta el número. También la mejor cobertura geográfica está aumentando en los porcentajes de identificación de los nuevos casos. Sistemas informativos mejores y una mejor recolección de datos tienen como consecuencia el aumento del porcentaje de identificación de los nuevos casos.

Para tener un cuadro real de la transmisión de la enfermedad, debemos examinar otros factores como el número de nuevos casos en los niños, que refleja el riesgo de la transmisión de la enfermedad en una comunidad. La *Figura 3* muestra las tendencias en la identificación de los nuevos casos.

**Figura 3**  
**Tendencia en los nuevos casos en los niños**



Los cambios en los nuevos casos en los niños han sido vistos como un indicador de tendencia en la transmisión. Si la transmisión de la enfermedad retrocediera, entonces veríamos los efectos en un número reducido de niños. Esto es difícil de comprender ya que entre 1989 y 1994 aumentó el número de nuevos casos en los niños, mientras ha disminuido después de este mismo período; esto se podría deber a cambios en los controles escolares.

Otra información que nos puede ofrecer una idea sobre la situación real de los nuevos casos es la tendencia en la invalidez visible. Globalmente estos datos muestran una tendencia descendente. Esto significa que los casos han sido identificados de manera más rápida con respecto a 10 años atrás. Esto estaría asociado a un aumento en el número de

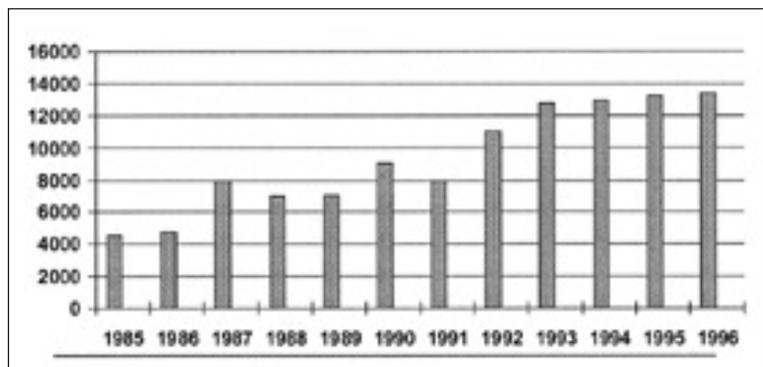
los nuevos casos identificados.

Podemos verlo claramente en los datos referentes a India. El aumento en los nuevos casos es igualado por un declino en la invalidez de nuevos casos. Probablemente, el aumento es debido a los mejores métodos de identificación.

Esto es diferente cuando miramos los datos globales dejando de lado India. Aquí vemos que el número de los nuevos casos evidentemente deformes en el momento en que han sido identificados por vez primera ha aumentado considerablemente, incluso triplicándose. Los datos mundiales esconden, tal como muestra la *Figura 4*, una amplia variación entre países que es importante tener presente. Vemos que en muchos países ha aumentado el número de personas con invalidez visi-

ble en el tiempo de la diagnosis y esto significa que las actividades para identificar los casos se realizan con atraso.

**Figura 4:**  
**Invalidez en los nuevos casos: países endémicos, excluida India**



Uno de los mayores logros del último decenio es que más de 10 millones de pacientes han completado con éxito la te-

rapia MDT. La mayoría de estas personas aún están vivas, aunque varios millones de ellas tienen impedimentos e invalidez.

### Prioridades futuras

Esto nos lleva directamente a la importante cuestión de las prioridades futuras en lo que concierne la lepra. Las siguientes, son tres cuestiones evidentes que nacen directamente de la situación actual:

- El continuo surgimiento de nuevos casos significa que es prioritario que estos se identifiquen rápidamente y sean tratados de manera efectiva para curar la lepra y prevenir la invalidez. Si fallamos, entonces la prevalencia de la lepra comenzará a subir y se perderá todo lo que se había logrado. No debemos dejar de lado la importancia que esto encierra y se requiere: disponibilidad de los fármacos para la terapia MDT, esfuerzo del personal sanitario para llegar a la gente y la participación de la comunidad.

- La lepra es una enfermedad que tiene consecuencias físicas, sociales y económicas para los que son afectados. La segunda prioridad es, pues, la rehabilitación.

- La tercera prioridad se refiere a la investigación.

Durante el decenio pasado se ha reducido la investigación en el campo de la lepra pero en los últimos años se ha podido apreciar la importancia y la necesidad de la nueva investigación. El Proyecto Genoma, que permitirá identificar la secuen-

cia material del *Mycobacterium leprae*, se completará a fines de enero del 2000, abriéndose así una nueva capacidad

para la investigación.

En los últimos años la investigación ha mejorado nuestro conocimiento sobre las lesiones a los troncos nerviosos causados por la lepra y existe la perspectiva de que se logre prevenir estos daños. Encontrar las formas para prevenir la transmisión de la lepra es una seria prioridad de la investigación. Se desarrollan nuevos métodos de investigación y se estudian opciones de vacunas y quimioprofilaxis.

Debemos conocer los factores que influyen en la incidencia de la *transmisión de la lepra*. Se trata de tres grupos de factores:

- factores agentes - *Mycobacterium leprae*
- factores ambientales
- factores huéspedes - la gente

Hay muchos factores ambientales que pueden influir en la incidencia de la lepra. Como hemos visto, en muchos países el desarrollo socio-económico está ligado a la caída de la lepra. Pueden ser los factores que han llevado a la desaparición de la lepra en Europa. Algunos consideran que pueden existir reservas ambientales de lepra pero esto no ha sido demostrado.

Hay también factores huéspedes que influyen en la incidencia de la lepra: la inmunidad como las vacunas o las infecciones con otros mycobacteria; la predisposición, aunque hasta ahora no se ha demostrado que el VIH/SIDA sea un factor importante; la exposición al bacilo de la lepra en casa y a través de otros contactos.

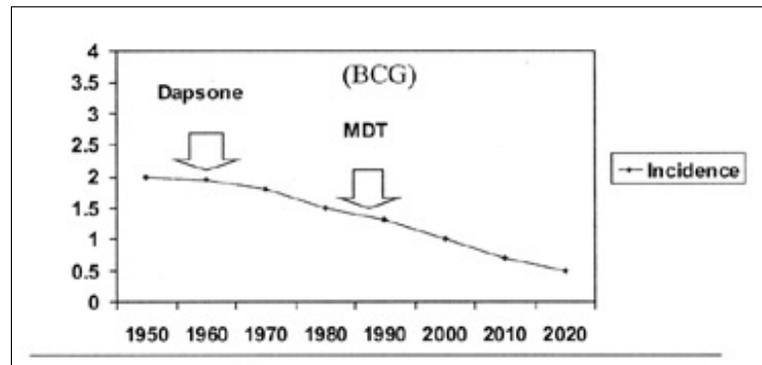


El tratamiento farmacológico es otro factor que puede influir en la incidencia de esta enfermedad.

Otros factores incluyen la resistencia a los fármacos, los porcentuales de recaída y el tiempo de supervivencia del organismo fuera del huésped humano. Hasta el momento no se ha demostrado que estos sean problemas importantes.

*Si proseguimos con el tratamiento MDT, ¿cuándo podemos esperar que se vencerá la lepra?* La figura siguiente (Figura 5) muestra que se necesitarán incluso 20 años para obtener una disminución considerable en la porcentual de nuevos casos de identificación de la lepra.

**Figura 5:**  
**Cuadro del efecto de la quimioterapia en la verdadera incidencia de la lepra**



Este cuadro se basa en el modelo de enfermedad *SIM-LEP* producido por los colegas de Rotterdam. Emplea el conocimiento actual de la lepra y predice un efecto gradual de la terapia farmacológica y de la vacuna *BCG* para reducir la incidencia de la lepra por un período bastante largo. Es necesario efectuar la investigación con el fin de aumentar la caída de la transmisión y la incidencia de los nuevos casos.

### Tres principios importantes para el futuro

1. Sostenibilidad. Existen nuevos casos de lepra y muchas consecuencias permanecen durante toda la vida; por esta razón nuestro acercamiento debe ser sostenible.

2. Los que trabajan contra la

lepra no pueden hacer todo por cuenta propia, tienen necesidad de trabajar en todos los niveles con otras agencias y otros agentes sanitarios, con los servicios sociales y las comunidades, con los mismos pacientes y sus familias.

3. Los servicios anti-lepra deben integrarse en los servicios sanitarios y sociales generales; esto incluye: formación, cuidados sanitarios básicos, cuidados hospitalarios y rehabilitación a nivel comunitario.

### Para resumir

1. El *pasado* se ha caracterizado por el cuidado de los enfermos de lepra sin ningún tratamiento efectivo.

2. El *presente* ha visto el desarrollo de un tratamiento altamente eficaz para la lepra y a millones de pacientes que han sido tratados con éxito. Esto ha

llevado a una importante reducción en la prevalencia de los casos registrados, pero hasta ahora a ninguna reducción en los nuevos casos a nivel global.

3. Las prioridades del *futuro* son: identificación precoz y tratamiento adecuado de todos los nuevos casos de lepra; rehabilitación física, social y económica de los enfermos de lepra; investigación con el fin de reducir la transmisión de la enfermedad y la prevención de las lesiones de los troncos nerviosos.

Prof. CAIRN SMITH  
Presidente ILEP  
Comisión Médico-Social  
Universidad de Aberdeen  
Reino Unido

# La creación de ILEP

Para comprender como logró organizarse el movimiento suscitado por Raoul Follereau, es necesario hacer un poco de historia.

Raoul Follereau era un orador natural, uno de los más grandes del siglo pasado. Puso su inmenso talento al servicio de las causas que tanto amaba. Ante todo, en favor de la *Defensa de la civilización cristiana contra todos los paganismos*; luego, para exaltar la memoria del P. Charles de Foucauld y, en fin, para hacer conocer *lo que que el mundo debe a Francia* mediante una famosa conferencia que pronunciaría miles de veces antes, durante y después de la guerra, en Francia y en varios países de Europa. Todos los hombres de mi generación han escuchado esta conferencia y fue en 1941, cuando la escuché personalmente a 16 años, que descubrí a Raoul Follereau.

Un encuentro con las Religiosas de Nuestra Señora de los Apóstoles lo lleva a abandonar su lucha político-religiosa para dedicarse a la actividad caritativa. Por cierto, hasta su último respiro permanecerá fiel a los ideales de su juventud, pero a partir de 1942 pondrá su talento al servicio de los leprosos que son para él la minoría más dolorosa y oprimida.

Durante los últimos 40 años lucha individualmente. Luego, en el decenio de los años cincuenta, frente al éxito de sus conferencias, pide a sus amigos la creación de comités locales, que en italiano se llamarán grupos. En los años sesenta, nos pide crear estructuras nacionales e internacionales que respondan a la dimensión asumida por su obra.

En 1956, durante una audiencia, Su Santidad Pío XII lo apoya en su proyecto de reunir en una misma Federación a todas las asociaciones que luchan en el mundo contra la lepra.

Pierre Van den Winngaert, poliglota belga que acaba de crear los Amigos del P. Damián en Bélgica, tiene la idea de organizar un coloquio sobre el “Mercado Común de la Lepra”. Visita a Raoul Follereau y le explica su proyecto. Al escucharle, Raoul Follereau tiene la impresión de haber encontrado finalmente el hombre que habría realizado su proyecto: reunir las fuerzas de la lepra a nivel internacional.

Raoul Follereau, que conocía bien a Pierre y tenía confianza en él, acepta presidir este coloquio y dirigir el debate. Es así que el 2 de octubre de 1965 tiene lugar en Bruxelles el primer coloquio europeo de las asociaciones de lucha contra la lepra que suscitó entre las nueve asociaciones presentes un entusiasmo tal que inmediatamente se decidió la creación de un organismo europeo de lucha contra la lepra y se nombró una comisión para prepararla.

En efecto, bajo la presidencia de Marcel Farine (Presidente de Aide aux Lépreux Emmaus-Suisse) el 25 de setiembre de 1966 se realizó en Berna la primera asamblea general de la Federación Europea de Lucha contra la Lepra, *ELEP*. Su finalidad esencial es: *coordinar las acciones de sus miembros con el fin de evitar dobles, competición, demagogia*.

Pierre Van den Wijngaert comentaba así la finalidad que nos habíamos prefijado: “*Si la recolección de fondos es una tarea difícil, su distribución inteligente comporta responsabilidades aún más graves*”.

Pero no era fácil hacer colaborar asociaciones que, aunque perseguían el mismo objetivo, era muy diferentes: algunas eran milenarias (como la Orden del Malta), otras tenían un carácter religioso afirmado (como *The Leprosy Mission* en Londres), otras eran asociacio-

nes nacionales marcadas por el carácter de su país (como la potente *DAHW* de Wurzburg, *Redda Barnen* en Suecia, *FOPERDA* en Bélgica, *Leonard Wood Memorial* en Estados Unidos) y, en fin, otras que habían respondido al llamado de Raoul Follereau (como las asociaciones de Inglaterra, Bélgica, Francia, Italia y Luxemburgo).

En esos años, ya han pasado treinta, se hablaba mucho de la construcción de la Europa. Nosotros estábamos construyendo la Europa de la lepra. Para lograrlo, tratamos de conocernos. No era fácil, habíamos hecho la guerra unos con otros y unos contra otros. Queríamos superar todo esto para contribuir en la construcción de una sociedad fundada en el amor.

Es lo que Raoul Follereau expresó en su mensaje con ocasión del VIIIª Asamblea General de *ELEP* en Roma en 1973: “*Más allá de todas las fronteras nacionales, políticas o espirituales, sin vanidad, sin ambiciones, con un perfecto desinterés, vosotros estais al servicio de aquellos de quienes sois benefactores, protectores, pero sobre todo amigos*”.

En la primavera de 1975, la Federación Europea de las Asociaciones contra la Lepra (*ELEP*), ya no es sólo europea sino se vuelve internacional, con la entrada de un miembro americano, la *American Leprosy Mission*, y de un miembro japonés, *Sasakawa Fund*.

Lo que realizamos en *ILEP* es ejemplar. Considerados desde fuera como el Club de París de la Lepra (esto es como los financiadores), los miembros de *ILEP* han sido los únicos que han financiado la lucha contra esta enfermedad en los últimos cuarenta años. El éxito obtenido en la lucha contra la lepra en los últimos decenios es, pues, nuestro.

Esto representa cada año

1,190 proyectos financiados por las Asociaciones miembros de la Federación, por una cifra de aproximadamente 70 millones de dólares. Fue así que, desde el inicio hasta ahora, para curar a millones de leprosos, se han recogido casi 2 mil millones de dólares a tra-



vés de personas generosas de los países del Norte para sus hermanos desafortunados del Sur. Una de las tareas principales de *ELEP* era también organizar la cadena de solidaridad entre los que poseen y los que nada tienen.

Pero somos mucho más que simples financiadores: somos partners y, como tales, queremos tratar partiendo de una base de igualdad con los Estados que ayudamos y con la OMS.

La coordinación de nuestras actividades sigue siendo el último medio para evitar las competiciones entre las asociaciones y los dobles de parte de los que reciben. Recuerdo que en el momento de la creación de *ELEP*, una enfermera que había tenido nuestras direcciones, escribió a cada uno de nosotros casi la misma cosa: "Tengo 32 leprosos por curar y nutrir y nadie me ayuda". Cada uno de nosotros actuó por cuenta propia, sin consultar a los demás, y esta hábil enfermera recibió 36 millones de francos.

Se bien que los que reciben se envuelven en su dignidad y los comprendo. Pero, para ser eficaz, para ser justa, para ser generosa, la caridad, que esencialmente es un asunto del corazón, debe organizarse con

especialistas y profesionales.

Si la organización de la batalla de la lepra ha sido conducida de manera ejemplar, el mérito principal va a la idea de Raoul Follereau y de Pierre Van den Wijngaert que crearon la Federación Internacional de las Asociaciones contra la Lepra, cuyo objetivo principal era coordinar las actividades de sus miembros.

Parece tan simple escribirlo, que uno pueda preguntarse por qué era necesario crear una organización para una cosa tan elemental como la coordinación de las actividades de las asociaciones que luchan por un mismo objetivo. La coordinación presupone, de parte de las asociaciones que lo aceptan, no una subordinación a quien ejerce dicha coordinación, sino una leadership libremente aceptada y admitida con naturaleza.

Quien la ejerce debe mostrar ser competente y tener conocimiento del terreno y de los hombres. De este modo se evitan competiciones que nacen de una competencia que ya no es más una sana emulación, sino compromete la elaboración y el desarrollo de los programas y comporta gastos que pueden crear problemas con los países.

De este modo, se comprende mejor el mérito de Raoul Follereau y de Pierre Van den Wijngaert, al haber creado una Federación europea. Es verdad que durante el tiempo en que se creaban las instituciones europeas, existía en todos los pueblos europeos una voluntad de acercamiento. Los que participaban en la creación de todas estas instituciones, sabían muy bien que este acercamiento habría comportado cierta pérdida de libertad, pero consideraban unánimemente que se trataba de un precio modesto que había que pagar para evitar el retorno de los conflictos.

Las asociaciones que llevan el nombre y persiguen la obra de Raoul Follereau tienen, pues, un papel importante que desarrollar hoy en el mundo para hacer triunfar el reino del amor, esto es de la comprensión recíproca, del perdón de las ofensas, de la tolerancia re-

cíproca, para que cese la *intolerancia* que es quizás la lepra más grande de nuestra época.

Deseo de todo corazón que *ILEP* persiga la finalidad para la que ha sido creada. Deseo que sus miembros no olviden nunca que deben la victoria que están por obtener sobre la lepra a la coordinación de sus actividades y deseo que, en la hora en que este éxito los conducirá hacia otras luchas, ellos conserven el mismo espíritu de coordinación de estos nuevos combates contra las demás lepras.

En el mensaje citado, Raoul Follereau nos decía en 1973: "*¡Quizás un día se les llamará para que extiendan vuestra lucha hacia otras lepras! Parece que es ora de prepararse... Recuerden que hacer el bien, no quiere decir imponerlo... sino ... simple y humildemente ofrecerse...*".

En su mensaje de 1974 a la Asamblea General de Berna, añadía: "*No nos dejemos hipnotizar, es decir, anestesiarse, por las cifras de nuestros balances. Las considerables sumas que se distribuyen son esenciales, ciertamente, para proseguir y vencer la Batalla de la Lepra. Pero su valor único y resplandeciente es estar compuesto por un número casi infinito de gestos de amor, efectuados por pobres corazones humildes y a veces sublimes, que sacan lo necesario, es decir lo indispensable, para que una sonrisa ilumine rostros que nunca verán en lo recóndito de la sabana*".

Al año siguiente, en 1975, Follereau nos daba en Bonn su último mensaje: "... *Sería necesario que este desarrollo tan feliz no haga menos perceptibles los latidos de nuestro corazón... que la emulación dé lugar un día a la rivalidad... Todo lo que se realiza sin ideales tiende a fracasar... Nuestra verdadera fuerza, nuestra arma secreta, es nuestra amistad...*".

Que esta amistad entre los miembros de *ILEP* dure siempre. Lo espero de todo corazón.

Sr. ANDRÉ RECIPON,  
Presidente del  
"Grupo Raoul Follereau",  
París

# Raoul Follereau, un testigo extraordinario del siglo XX, una mirada de amor hacia los demás

“En mi vida como hombre, con la fuerza de hombre y con medios humanos he buscado poner en práctica lo que quería llevar adelante”.

El Vagabundo de la Caridad hizo esta lapidaria constatación al final de su vida.

Agradezco calurosamente a nuestros amigos del AIFO que, al inicio del nuevo milenio, han querido recordar en esta aula una de las figuras más importantes que han marcado el siglo XX.

El organizador me ha hecho el honor y el placer de confiarme esta tarea difícil, casi imposible: ¿Cómo comunicarles en tan poco tiempo las innumerables y fructíferas experiencias de la vida de Follereau, cómo hacerles captar el vigor del pensamiento de este idealista eficaz, cuya vida fue totalmente una batalla contra la miseria humana?

Sin embargo, este ejercicio es para mí un dulce deber y considero un honor de mi vida haber conocido los favores de su estima y amistad, por haber trabajado once años al lado de este gran humanista cristiano, de este visionario, cantor del Amor y de la caridad, defensor incansable de los derechos del hombre, que para él son ante todo el de los pobres.

Raúl Follereau, ¿quién es este hombre? Yo creo haber conocido un santo, a un santo de los tiempos modernos.

No un santo que nos lleva en las zonas blancas de la metafísica, no una figura transparente, sino un santo en carne y huesos, dedicado a los demás con una rara pasión que habitaba en él y lo devoraba. Un impulso de todo sí mismo, como el de Cristo en el camino hacia el Gólgota.

Follereau amaba a sus interlocutores con su cuerpo, tocaba sus hombros, tomaba sus manos, sacudía, estrechaba, a

menudo todo esto en una sola vez.

Y se convierte para la historia en “el hombre que abrazaba a los leprosos”.

Comer con ellos, beber con ellos, para él eran actos de comunión, los mismos de la cena.

Pierre Fresnay, miembro de la Comédie Française, afirmaba de él: “Este hombre emana un calor tal que, si entramos en contacto con él, nos volvemos mejores”.

Raoul Follereau nació el 17 de agosto de 1903 en Nevers de una familia de industriales.

No me es posible trazar la historia de su vida. Por esto me limitaré a una breve biografía.

Cuando le pregunté las diferentes etapas de su vida, él me escribió: mi verdadera vida inició en 1943. *Ciertamente la historia lo recordará como uno de los testigos más extraordinarios del siglo XX.*

*Nel 1943:* Se refugia en las Religiosas de Nuestra Señora de los Apóstoles; inicia su batalla contra la lepra haciendo suyo el proyecto de construir un centro para leprosos en Ad-

zopé en Costa de Marfil. *Se trata de su primer paso, espectacular y tenaz, para liberar a los leprosos de las exclusiones y de las injusticias de las que son objeto desde siempre.* Dedicará 10 años de su vida en la realización de este proyecto.

*En 1954: Crea la Jornada Mundial de los Leprosos,* que sigue siendo su obra más espectacular en el sentido de que, desde su institución, su éxito ha ido creciendo y ahora esta jornada se celebra en 152 países.

*En 1952:* Pide a la ONU una especie de convención internacional para la salvaguardia y dignidad de los leprosos. Esta acción tendrá un seguimiento.

*En 1959:* El Congreso médico de Tokyo le reconoce el mérito de haber añadido un nuevo capítulo a la leprología: la sociología.

Sus famosas cartas a Roosevelt, Eisenhower, Khrushchev, U. Thant y a muchos otros que forman parte de la historia

Es el hombre en el que los jóvenes han visto un guía y un ejemplo. Tres millones de jóvenes respondieron a su iniciativa: “Un día de guerra por la paz”, enviando a las Naciones Unidas cartas en las que defendían su llamamiento.

*En 1966:* Lo encontramos en Berna entre las personas que en 1966 fundaron ILEP, hoy organismo mundial de coordinación para la lucha contra la lepra y se convierte en presidente honorario vitalicio.

*En 1967:* Tuve el placer de organizar una visita y acompañarlo ante nuestro Ministro de Relaciones Exteriores, M. Gaston Thorn, entonces Presidente de Naciones Unidas. Fui testigo de la facilidad y de la convicción con la cual abogó la adopción de una declara-



ción Universal de los Enfermos de Lepra, como era lógico que hiciera después de su solicitud del 1952 que había permanecido letra muerta.

*En 1971: Se realiza la Asamblea General Constitutiva de las Fundaciones Internacionales Raoul Follereau, cuyo primer Presidente es el Sr. André Recipon.*

Orador atrayente, poeta de la aventura, periodista, reporter, autor dramático, Follereau se sirve de la palabra y de los modernos medios de comunicación para llevar adelante su lucha contra la lepra y contra todas las lepras.

4,000 conferencias, 44 libros y opúsculos, treinta veces la vuelta de la tierra, fronteras atravesadas miles de veces para detener la lepra donde estuviera presente y para combatir la lepra más dura: el egoísmo.

En fin, la publicación del Libro del Amor – condensado del pensamiento de Raoul Follereau – fruto de 50 años de reflexiones y de trabajo al servicio de los pobres, difundido en más de 8 millones de ejemplares durante su vida y traducido en treinticuatro lenguas.

El 6 de diciembre de 1977: el apóstol de los leprosos nos deja para ir a otro mundo.

Estamos preparados para reconocer estos hechos históricos, pero puede suceder que nos escape lo esencial de su mensaje: *Follereau, ¿un loco que se creía Raoul Follereau? o ¿Raoul Follereau uno de los más extraordinarios testigos de nuestra época?*

Hay movimientos que se explican sólo a través de lo que les ha dado los primeros impulsos y que se llegan a comprender sólo por medio de una figura de gran espesor. Raoul Follereau pertenece a estos.

En un mundo sacudido por la violencia, en este Adzopé al revés, en el que el hombre se siente privado del calor, no obstante las desilusiones, Raoul Follereau hizo nacer una corriente generosa y de cultura.

A partir de 1942, Raoul Follereau, el escritor, el filósofo, el periodista-reporter, el aventurero y el anticonformista se

convierte en un hombre que comprende que el flagelo de la lepra no sólo condena al hombre a una muerte lenta y terrible, sino que lo golpea de un ostracismo cruel, injusto y escandaloso. Esta lepra que da miedo y sin embargo es una enfermedad como cualquier otra, luego que en 1870 el Dr. Armauer Hansen descubriera el microbacterium leprae. Hombres y mujeres de extraordinario coraje – entre los cuales la figura cumbre del Padre Damián de Veuster – patrón de nuestros amigos belgas – han luchado incansablemente contra esta enfermedad, pero ¿quién conoce sus esfuerzos, su heroísmo?

Según Raoul Follereau, es necesario dar un ‘latigazo’ a la investigación científica, a los responsables de los Estados. Y para llegar a esto, es necesario mobilizar la opinión pública y poner de relieve en la actualidad este flagelo que se remonta a tiempos antiguos. Pone a su servicio los medios modernos de comunicación.

Junto con su esposa, da 32 veces la vuelta al mundo para descubrir a sus enfermos en los ángulos más olvidados en el mundo de los pobres, y de este modo está en contacto permanente con la descomposición física de una minoría abandonada. Y descendiendo en los abismos de la miseria humana, mide sus verdaderas dimensiones.

Es rebelde y grita su verdad en cara al mundo que es cada vez más insolente en sus negaciones.

En estos abismos de la miseria humana, en estos leprosos de un tiempo, Raoul Follereau encuentra a su pueblo elegido. Es este pueblo elegido de desheredados que hacen de él el Vagabundo de la Caridad. Siendo un hombre de acción, comunica, arrastra en su experiencia a toda una armada pacífica. Su horror ante el conformismo hace que se escandalice abiertamente, que no acepte la desgracia del leproso y que rechace ser solidario con el abandono.

Esta experiencia personal no es una bella teoría concebida en un espacio vacío y blanco, sino tiene lugar mediante



el contacto directo con el mal, con la mala suerte y el mal comportamiento del hombre.

Este contacto con la descomposición le hace comprender que la lepra *está presente en nosotros y en ellos*. La lepra afecta a todos, a unos de manera visible, a los otros invisiblemente. No se nota a simple vista, pero las deformaciones existen. Sí, muy a menudo tenemos el corazón, el carácter, el espíritu y el alma en descomposición. Y Dios no ama la putrefacción. Dios no admite la vileza de declarar incurables las causas de nuestras repugnancias y los efectos de nuestra pereza. A sus ojos incurables es sólo el rechazo obstinado, después de haber puesto en marcha nuestra mejor voluntad.

AMAR – SALVAR, estas son las palabras llave de Raoul Follereau.

A través de su experiencia primaria, el contacto físico con la miseria más cruel, establece un contrapeso digno de este SUFRIMIENTO: AMAR-SALVAR. De estas convicciones deduce su axioma que brota de su corazón como una onda que empuja en una urna demasiado llena.

*“La única verdad es la de amar. Nadie tiene el derecho de ser feliz solo”.*

Es así que Raoul Follereau, a través de las experiencias de su lucha contra la lepra, traza un camino que le proporciona el acceso “a todas las lepras”; el hambre, las habitaciones miserables, el despotismo, la locura de los armamentos insensatos, todas las exclusiones de nuestro tiempo: la droga, la

tiranía de la falta de trabajo y, en fin, las de las lepras más duras que son el egoísmo, las riquezas escandalosas y los despilfarros que insultan, las injusticias visibles e invisibles. Su lucha contra la lepra no le impide ir más allá. Por el contrario, le hace descubrir con otros ojos todas las exclusiones y las injusticias. Desde ese momento, su mensaje se enriquece de una dimensión más amplia.

El que estudia atentamente el pensamiento de Raoul Follereau presente en su obra "La traición de la inteligencia", puede verificar a través de su vida una *lucha continua contra todo primado de la negación*. Lucha contra todas las fuerzas espirituales que deterioran al hombre y que destruyen el orden profundo y la auténtica felicidad humana. Por esto Raoul Follereau está atento a TODAS las lepras.

Se trata en esa época de una constante en los filósofos Bergson, Raïsa y Jacques Maritain. Es su respuesta a los filósofos del positivismo que en ese período se convierte en la religión de la inteligencia.

*El verdadero combate de Follereau ¿no es quizás un deseo ardiente, una voluntad feroz de salvar en el hombre lo que hace que el hombre sea hombre?* Una ética que podemos reconducir a la siguiente fórmula: respeto absoluto de la vida humana. Para Follereau los seres humanos son todos iguales en dignidad: desde su concepción hasta su muerte natural, una igualdad en dignidad que no significa uniformidad.

*Follereau con los leprosos y los marginados.*

*Damián de Veuster con los leprosos.*

*Madre Teresa con los agonizantes de Calcuta.*

*El Abbé Pierre con los que no tienen casa.*

*P. Tritz con los niños de la calle.*

*Jean Vanier con los niños minusválidos.*

*Frédéric Ozanam con los pobres.*

*Sor Emmanuelle con los vendedores de trapos.*

*La mirada es la misma.*

*Es una mirada de amor hacia los demás.*

Si Descartes afirmó en su célebre tesis "*Cogito, ergo sum*", estoy seguro que Follereau defendía con igual convicción su verdad: "*Amo, luego existo*". Aquí está su criterio de verdad.

El idealismo filosófico de Descartes *REDUCIA* el hombre a un *cogito* desencarnado, el marxismo a menudo lo lleva a una suma de relaciones económicas; el freudismo lo reduce a una maraña de pasiones; Sartre a una libertad sin referencia con valores ideales; el estructuralismo a un simple juguete en manos de sistemas impersonales.

Este "*amo, luego existo*", le permite considerar al hombre

página del gran libro del mundo. En efecto, el texto del discurso de la montaña sigue siendo el más importante porque se dirige a los creyentes y a los que no creen y, según Ghandí, el hindú, veinte siglos más tarde es la única luz que brilla en las tinieblas de la violencia, del temor, de la soledad en que nos sumergen el orgullo y el egoísmo.

Raoul Follereau tiene la fe de un carbonero. Es un hombre positivo.

Estas ocho palabras constituyen para Raoul Follereau el Código de la Nueva Alianza entre Dios y los hombres. Los Evangelios son para Follereau el compendio del cristianismo y las Bienaventuranzas son el resumen de los evangelios.



como sujeto, como un YO, como un centro activo e irreductible de iniciativas, fin y no instrumento al centro de las cosas y de las técnicas modernas que amenazan devorarlo, aniquilarlo y ponerlo en segundo plano.

Reduce esta filosofía a su relación con Dios.

En su relación con *Dios*, encontramos las tres palabras clave de su fe y de su pensamiento: "Dios es AMOR". Pronuncia esta frase a 15 años y termina su vida con la certeza de que "Dios es nuestro ULTIMO AMIGO".

Dios es Amor: Raoul Follereau deduce esta verdad de las OCHO PALABRAS que Jesús de Nazaret pronunció en las faldas de una montaña en el mes de junio del año 28, palabras que han marcado una

Para él, hombre positivo, estas ocho palabras decisivas son totalmente positivas. En ellas lee lo contrario a las Cruzadas, a la Inquisición y a los anatemas.

Es fácil para mí imaginar a Raoul Follereau entre la multitud que circunda a Jesús en aquel pendío a veinticinco leguas al norte de Jerusalén que desciende hasta el lago de Genesaret en un paisaje tranquilo, DONDE EL RAYO HA REVENTADO OCHO VECES. Follereau siente que lo esencial ha sido pronunciado, que la gran PROVOCACION ha iniciado. Es así que yo quiero descubrirlo mientras leo el Evangelio. El comprende de golpe que desde hace dos mil años la humanidad posee la llave de la verdad y la deja 'en el fondo de sus bolsi-

llos'. Todo lo que dice aquel provocador vestido de blanco que desciende hacia el Lago de Genesaret al atardecer, Raoul Follereau lo sentía dentro de sí mismo.

Para él "el cristianismo es una *fraternidad en camino*".

"Debemos amar a la gente pobre, a la gente feliz, amar al desconocido, amar al prójimo que está en el confín del mundo, amar al extranjero que está cerca de nosotros, amar... sin amor no hay genuflexiones, campanas y cuaresmas que valgan; si no amais, no sois cristianos".

No tenemos tiempo para hablar de sus convicciones sobre lo social y sobre la verdadera caridad. Compartir las riquezas de esta tierra de manera equitativa, significa para él tomar parte en la creación de Dios.

Sin embargo, es importante analizar también la riqueza del pensamiento de Follereau, sólo en pocas palabras: en la relación que *unía* Raoul Follereau a su *juventud*.

Era una relación de confianza. Los jóvenes no aman a los hombres enmascarados. Follereau luchaba a rostro descubierto, no componía, no traicionaba. A él lo aceptaban como a uno de ellos.

"Después de cincuenta años, todavía tengo veinte años", decía sin temor de equivocarse con ocasión de su 70º cumpleaños. ¿Quién puede afirmar esto delante de los jóvenes sin caer en la ridiculez? El podía hacerlo porque lo manifestaba a través de la obra de su vida lo que proclamaba a los jóvenes.

Hace de la juventud el "heredero universal de su obra" y la invita a decir "no" al suicidio de la humanidad frente a los Grandes que continúan su monstruosa industria de los armamentos. El tesoro que Raoul Follereau les ha dejado es el bien que hizo y que hubiera querido hacer a toda la juventud, de derecha, de izquierda, de centro, la que ha recibido el don de la fe y la que actúa como si creyese, la que cree y la que no cree.

Y dado que confían en él,

tiene el derecho de ponerlos en alerta a través de sus famosos diez "llamados a la juventud".

Raoul trataba de comprender el desconcierto de los jóvenes que es característico de su edad y del siglo. Lo más grave, según Follereau, es que los jóvenes han sido colocados en un mundo en el que se ha querido eliminar la existencia de Dios. De este modo se ha creado en ellos una civilización del disgusto y de la desesperación. Nada antes de la vida, nada después, ¿por qué la vida?

El los alerta, para que "no se conviertan en presa de las canallas de la inteligencia, que los conducirán por caminos sin flores, y que desembocan en la nada".

Los alerta contra la droga y acusa al mundo de los adultos de cerrar los ojos y fustiga a "esta civilización de escorias, incapaz de liberarse de sus residuos".

Ante un joven drogadicto que se había suicidado, habla de un *niño asesinado* por su siglo y reprocha a la sociedad: "Detrás del niño asesinado, está la oscura cohorte de los que ya han desertado".

Comprende el vacío del cual los jóvenes tienen vértigo y que se traduce en rechazo y violencia. No obstante, Follereau, hombre positivo, filósofo de la esperanza, nos invita a nosotros adultos, testigos de la putrefacción del siglo, y a los jóvenes a construir una ciudad según la dimensión del ser humano que lo sirva sin oprimirlo, a construir una vida cristiana liberada, desinfectada de sus supersticiones, de sus testimonios, de sus cobardías: una vida leal con Dios.

Vemos que los jóvenes – escribe – regresan a una teología del amor renovada. A menudo en los corazones angustiados, indignados, ha encontrado refugio el Cristo desnudo y ha reflorado la fe, una fe virgen.

Repudiando un modo de hacer religión continuamente calentado, encargado de evitarnos los golpes fuertes en el otro mundo y ansioso – ante todo – de placar aquí nuestros pequeños temores que atur-

den, los jóvenes se han comprometido en el servicio de un cristianismo que no se preocupa de saber si el vaso de agua queda o no sin recompensa, de un cristianismo que no busca engañar al buen Dios, de un cristianismo constructivo y conquistador.

Lo sirven en una buhardilla, en un garage, en una fábrica o en un dispensario.

"Ozanam tiene siempre veinte años".

"*Vivir quiere decir ayudar a vivir. Ser felices, quiere decir hacer felices a las personas*", exclamaba Raoul Follereau el 7 de noviembre de 1976, cuando asistía por última vez a una reunión de las asociaciones que llevan su nombre.

"En efecto, la 'Batalla contra la lepra' es testimonio, ante todo y primero que todo, de la primacía del amor. Es fiel a él. El que recibe es ayudado. Pero es el que dona que es enriquecido".

Esta lepra que para millones de hombres ha sido un martirio y una maldición, en un futuro que se considera muy cercano debe dejar de ser un mal excepcional.

La lepra renunciará a ser venganza. Pero la batalla que le ha dado jaque será para siempre un ejemplo y un testimonio: "Sin el amor, nada es posible. Con el amor nada es imposible".

Este éxito debe estimularnos para que el día de mañana luchemos contra otros males, contra otras degeneraciones.

"*Con un dinamismo idéntico y con el mismo fervor, lo he repetido a menudo, proseguireis la batalla contra todas las lepras de las que ella no es sino un capítulo en un conjunto inseparable*". Querido padre Raoul, ¡que Dios te escuche!

Desde el cielo tu sigues suplicando por tus hermanos y tus hermanas del ILEP para que permaneciendo unidos afronten otros desafíos.

Sr. JOS HILGER

Presidente de la

"Fondation Luxembourgeoise  
Raoul Follereau"

# La figura del Padre Damián

La Fundación Damián, “Asociación para la lucha contra la lepra”, tiene siempre como punto de referencia al P. Damián, como dicen nuestros estatutos y como lo manifiesta la realidad de nuestra obra. Nuestra última jornada de promoción, en noviembre de 1999, decía: “Con Damián entramos en el año 2000”.

En lo que se respecta a los estatutos, debemos mencionar el artículo 4: “La Asociación tiene como fin, siguiendo el ejemplo del Padre Damián e inspirándose en su obra, contribuir en la lucha contra la lepra en el mundo y en otros problemas médico-sociales a través de una acción en varios ámbitos (...)”.

“La Asociación desarrolla también todas las actividades que tienden a informar y sensibilizar la población belga (...)”.

“Persigue estos fines en plena independencia y libre de cualquier consideración política, religiosa o racial”.

Es conocido que en cierto número de países nos dedicamos cada vez más también al control de la tuberculosis. Los objetivos actuales de la Fundación son, pues, “participar en la eliminación de la lepra y controlar la tuberculosis”, lo que constituye una sinergia muy fructuosa. Pero la lepra sigue siendo para la Fundación una preocupación capital, ya que ella no ha sido aún extirpada y se necesitarán aún muchos años para cancelar completamente la enfermedad, incluso en sus ramificaciones, de la superficie de la tierra<sup>1</sup>.

En el 2000 lanzaremos una nueva campaña intensiva para identificar la lepra en Bihar, un estado del norte de India en donde aún se encuentra el 25% de todos los casos de lepra en el mundo y es allí que hemos identificado y puesto bajo tratamiento cerca de 120,000 nuevos casos en 1998.

Para comprender lo que re-

presenta la figura del Padre Damián en el mundo, en Bélgica y para la Fundación Damián, es necesario recordar la vida de este sacerdote que desde 1873 a 1889 se dedicó a los leprosos de Molokai, una de las islas de Hawai, hasta su muerte – al término de varios años de sufrimientos debidos justamente a la infección del bacilo de la lepra.

Se han escrito numerosas biografías del Padre Damián, cuyas obras heroicas ya eran conocidas en todo el mundo cuando aún vivía, gracias sobre todo a escritores de lengua inglesa; pero es necesario reservar un lugar especial a la obra monumental de Hilde Eynikel, que constituye la edición revisada y muy elaborada de la primera versión publicada en Holanda en 1993<sup>2</sup>. Disponemos ahora de un conjunto de datos que permiten colocar la historia de Damián en varios contextos, en todas las épocas de su vida y, en particular, durante su apostolado en Molokai.

La obra es presentada en los siguientes términos: “Habiendo permanecido durante siete veces en las islas Hawai y en la isla de Molokai para explorar todos los lugares en donde vivió Damián desde 1863 a 1889 y para revisar los archivos civiles y religiosos locales, Hilde Eynikel ha sido también la primera que ha accedido sin restricciones a los archivos de la congregación de los Padres de Picpus, la orden de Damián en Lovaina.

“Esta biografía es el resultado de una investigación sin precedentes. Se logra una figura de una verdad y de un alcance excepcionales que por su dimensión universal alcanza la de Gandhi o de Madre Teresa en nuestra época”.

“Damián aparece no sólo como el misionero heroico, sino también como un combatiente en conflicto con su jerarquía, un pionero en campo médico-social con su lucha contra la

exclusión y su acercamiento paliativo de las enfermedades incurables: y en el ámbito religioso, como un pionero del ecumenismo”.

El mundo del siglo XIX era muy diferente de aquel actual, en ese período Bélgica era muy diferente de ahora y, en fin, sobre todo la lepra presentaba problemas y desafíos que hoy desconocemos.

El Padre Damián nace el 3 de enero de 1840 con el nombre de Joseph De Veuster – como religioso tomará el nombre de *Padre Damian* – en una familia, una región y un pueblo en donde la tradición católica es muy profunda. Era casi normal que el pequeño Joseph pensara en el sacerdocio y realizase los estudios necesarios para su vocación. Entra a los 17 años en la congregación de los Padres de Picpus – que aún son llamados Padres de los Sagrados Corazones – aprovecha la ocasión para partir como misionero hacia las islas Hawai incluso antes de su ordenación sacerdotal. Se despide de sus padres – en esa época se trataba realmente de un adiós – y se embarca en un barco que lo llevará, en cinco meses, a Bre-mehven en Honolulu, capital de las islas Hawai, pasando por Cabo Horn.

De 1864 a 1873, el Padre Damián ejerce un apostolado clásico pero con un dinamismo que no tiene nada de ordinario. En las inmensas regiones que se le confían, se mueve continuamente a caballo con el fin de entrar en contacto con todos sus fieles, administrar bautismos, entretener o construir lugares de culto, etc.

Durante esos años las autoridades de las islas Hawai, que formaban un reino, se plantean el problema del tratamiento reservado a los leprosos, cada vez más numerosos – se trata de una epidemia y se teme el contagio. El Consejo Sanitario de las islas compra entonces un

territorio en una península hacia el norte de una de las islas, llamada Molokai: una muralla rocosa de 600 m. por un lado y el mar agitado por los otros tres lados. Los leprosos serán deportados a la fuerza y relegados en este estrecho recinto.

Desde 1873 a 1889, Damián pasa 16 años en este lugar, en medio de los leprosos. El superior de los misioneros había pedido sacerdotes voluntarios para Molokai: Damián aceptó inmediatamente. Partió hacia la colonia de los leprosos, se encariñó con ellos y, en fin, decidió no abandonarlos jamás.

En todos esos años actuó con el dinamismo, el impulso y la independencia en la acción que son sus grandes cualidades. Para él se trataba de proseguir su



actividad de misionero y, por ejemplo, presentar a Jesús a sus parroquianos como “el médico del cuerpo y del alma, el compañero”. En 1974, redacta su primer balance: una iglesia, 116 bautizos, 30 entierros, 10 matrimonios<sup>3</sup>.

Pero no se limitará al cuidado de las almas. Tratándose de situaciones muy dolorosas, tanto desde el punto de vista físico como moral, él hará todo lo posible para mejorar la suerte de los leprosos. Se ocupará, pues, del alojamiento, la alimentación, las festividades, los cuidados médicos. Por ejemplo, se interesará de manera activa en varias posibilidades de tratamiento y curará él mismo sin cansarse, hasta proceder a veces a amputaciones. Con el precio de una labor incansable, y sin olvidar sus obligaciones de oración y de evangelización,

que constituyen cada día buena parte de su programa, dará un nuevo ritmo a este centro.

Para los centenares de leprosos que se encuentran bajo su protección – de 580 a 1166 según un informe oficial – a menudo se transforma en “médico, enfermero, organizador, carpintero, jardinero, sepulturero”<sup>4</sup>. Además, a menudo se han subrayado – ¿inevitablemente? – hasta exceder el carácter polivalente y las cualidades excepcionales de esta obra. Si creemos en algunos textos y cartoons – sí, el Padre Damián existe en los dibujos animados – Damián habría fabricado él mismo un gran número de ataúdes para los muertos, pero no está confirmado. A esta bella historia como a otras, hay que preferir por cierto la verdad histórica.

Damián sabía perfectamente que él solo no podía abastecerse para la tarea y a partir de 1973 repetidas veces solicita ayuda: y finalmente llegarán religiosas, misioneros, médicos, laicos. Varias personas proseguirán su obra cuando la lepra lo llevará a la muerte en 1889.

El Padre Damián, que vivía en medio de los leprosos y no rechazaba ningún contacto, contrajo la lepra probablemente en los primeros años de su permanencia en Molokai: la diagnosis la realizaron en 1884 y desde ese momento la famosa expresión usada por él: “Nosotros leprosos” logra todo su significado y su lugar en el mundo.

La acción del Padre Damián es cada vez más considerada e incluso comporta por un lado cierta sospecha y celosía, en particular de parte de los protestantes, y, por otro, también afecto, admiración y ayuda, especialmente de parte de los protestantes como el Revdo. Chapman de Londres<sup>5</sup>.

Célebre ya en su vida – celebridad que no la había buscado – el Padre Damián se vuelve más famoso un siglo después, hasta llegar a su beatificación en 1994. Se ha hecho notar la “densa” floresta de los “héroes de la caridad”, “conocemos sobre todo los árboles gigantes:... el ilustre Padre Da-

mián”<sup>6</sup>. Muchos más, en verdad, han vivido con los leprosos o cerca de ellos y algunos han muerto como el Padre Damián contagiados por la lepra.

La figura del Padre Damián es objeto de particular simpatía, especialmente en Bélgica. El retorno de sus restos a este país, en 1936, fue un acontecimiento nacional. Se han dedicado a él numerosos artículos y libros. Su beatificación inaugura en cierto sentido una nueva era que hace que el Cardenal Danneels afirme: “Hermanos y hermanas, por largo tiempo hemos admirado a Damián como héroe. Ha llegado el momento que le recemos como santo”<sup>7</sup>.

En lo que se refiere a la Fundación Damián, el ejemplo dado a menudo es recordado en numerosos artículos y publicaciones. La imagen del Padre Damián figura en nuestros textos y nos remite a la realidad de una actividad excepcional, que la Fundación desea traducir en términos modernos, pero con la misma entrega, el mismo ardor y también el mismo realismo.

En fin, es necesario mencionar un film de Paul Cox, “Padre Damián”, proyectado en las pantallas de Bélgica y que sigue su carrera en el mundo. Filmado en los mismos lugares, en Molokai, con la ayuda de H. Eynikel, la película traduce, de manera viva, los principales aspectos de la obra de Damián y contribuirá para que se le conozca y comprenda mejor

Límite mi intervención a la figura del Padre Damián, pero nuestra Fundación recuerda con gusto también la gran figura del doctor belga Hemerijckx, que ha asistido a los leprosos en Congo e India y, naturalmente, la gran figura de Raoul Follereau.

En fin, para orientar eventuales reflexiones, deseo citar dos textos clásicos:

– El primero es de J. Leclercq, en “Santos de Bélgica”: “Los Santos de Bélgica son mejores de nosotros, pero están entre nosotros y si no tienen los defectos de muchos de nosotros, quedan en ellos algunas lagunas”.

“Para decirlo en una palabra, ellos no tienen grandeza. La santidad requiere una virtud

llevada al grado del heroísmo. Ningún pueblo dona gente más honesta y buena, pero nosotros somos rebeldes a la magnificencia. Y si se trata de magnificencias morales...”<sup>8</sup> Todo el capítulo final del libro, intitulado “El debate de la santidad”, desarrolla esta idea, pasando revista cierto número de nuestros santos. Es lícito pensar que el prestigio de Damián esté en parte justamente en esta magnificencia de la que dio muestra en Molokai.

– Segundo, G. Bernanos exclama en su *Carta a los ingleses*: “El culto de los santos escandaliza a muchos de vosotros

porque los consideran prisioneros de la Iglesia. Pero es la Iglesia que es su prisionera real. Cuando estaban vivos, ellos le han dado todo. Estando muertos, dan un testimonio viviente, son testigos y jueces”.

Sr. ANDRÉ DE SCHUTTER  
*Fundación Damián,  
Bélgica*

## Notas

<sup>1</sup> Obra de referencia: “*La lépre*”, coord. Université francophones; Ellipses, Paris, 1995. H. Sansarricq, 38431 Egalement “*Santé du monde*”, revista de OMS.  
<sup>2</sup> “*Le Père Damien*”, Cerf/Racine, Pa-

ris, 1999, 351 pp. Edición original en holandés, 1997. Traducción en inglés: “*Molokai The Story of Father Damien*”, Alba House, New York, 1999.

<sup>3</sup> Eynikel, *o.c.*, p. 170.

<sup>4</sup> *Ibid.* p. 175. La mayoría de nuestros datos son obtenidos del hermoso libro de H. Eynikel.

<sup>5</sup> De Chapman a Damien, 4/2/86: “Tomad esta carta como un débil homenaje de mi afecto hacia vosotros que me han revelado lo que es el heroísmo”. De Damián a Chapman, “permítanme orar por vosotros y por mí, reunidos en la misma fe y en la misma Iglesia, recibiremos un día la misma corona”, París 1940, pp. 205-206.

<sup>6</sup> *Histoire universelle des missions catholiques*, Grund, París, T. IV, p. 40.

<sup>7</sup> “*Damién, un portrait*”, Service de presse de l’archevêché, Bruxelles, 1994. ¿Quién se recuerda aún de Sainte Alices de Shaerbeek en Bruselas, que murió de lepra en 1250?

<sup>8</sup> Casterman, París-Tournai, 1953, p. 185.

## Un testimonio

Nuestro compromiso para controlar la lepra en Mumbai inició en los primeros años setenta.

Eramos tres misioneros de PIME (Pontificio Instituto Misiones Extranjeras): un doctor, una enfermera y yo, asistente social.

En 1976 registramos una asociación **Lok Seva Sangam** (Asociación Servicio al Pueblo) y las autoridades sanitarias de Mumbai nos asignaron dos barrios de la ciudad que entonces tenía una población de un millón de habitantes. Siendo periferia, la población se ha redoblado en treinta años. Con la ayuda de una veintena de personal de enfermería, hemos rastreado todos los barrios pobres que nos fueran confiados para descubrir los primeros síntomas de la lepra y, en los años ochenta, atendíamos ya a cerca de cuatro mil leproso. Con la llegada de la *rifampicina* y de la terapia múltiple, el número de leproso atendidos en nuestros registros, ha bajado a cerca de ochocientos.

Sin duda se ha tratado de un éxito, aunque con ciertos límites porque el número de nuevos casos no ha disminuido y mientras no se tendrá una vacuna no se puede prevenir la enfermedad.

Mientras tanto, la larga convivencia con los leproso ha puesto de relieve otras necesidades además de la cura:

- la necesidad de asistir los casos de ancianos y deformes;
- la rehabilitación de los que se han sanado.

Para esto ha sido necesario un nuevo proyecto que hemos realizado 40 Km fuera de Mumbai y que hemos llamado **Swarga Dwar** (Puerta del Cielo). No se trata sólo de un centro de rehabilitación y un hospicio, sino que nosotros lo llamamos *ashram*, es decir, lugar de reflexión y de oración, porque habiendo percibido que los leproso, como categoría, tienen mensajes para la sociedad, he pensado preparar un lugar donde estos mensajes se puedan amplificar.

### ¿Cuáles son los mensajes de los leproso?

- La muerte, de la cual los leproso deformes son su imagen, no es el final sino sólo la puerta del futuro, la puerta del cielo. Es por esto que nuestro *ashram* se llama *Swarga Dwar*.

- Desde siempre los leproso son como “piedras descartadas”, nos hacen recordar a “la piedra descartada” por ex-

celencia: Jesucristo. Nos recuerdan que el Reino de Dios está fundado sobre una piedra descartada.

- Los “leproso que son curados” nos hacen recordar que el Reino de Dios está cercano

- Con su fe los leproso me han indicado el camino del diálogo religioso.

Pero me he dado cuenta que la rehabilitación más radical de una persona, no consiste tanto en proporcionarle un trabajo, sino en hacerla consciente de tener una misión. Si ellos entienden que, justamente como leproso, son profetas con un mensaje, tendrán también una razón para vivir.

P. CARLO TORRIANI  
*Misionero del PIME  
Italia*



## Una experiencia en Africa

Ante todo, quisiera agradecer a los organizadores de este simposio por haberme definido "leprólogo", pero no deseo usurpar títulos que no me corresponden; por tanto, quiero decir que soy simplemente un médico voluntario que ha transcurrido los últimos 10 años en Mozambique, sobre todo como "advisor" en el *Programa Nacional de Lucha contra la Lepra*; tengo, pues, una experiencia de gestión y un poco de experiencia clínica acumulada en el campo, pero considero que esto no sea suficiente para que sea definido como "leprólogo".

Otros amigos y colegas aquí presentes tienen experiencias humanas ciertamente más interesantes que las mías y más prolongadas en el tiempo, que pueden presentar y compartir con ustedes. Yo quisiera aprovechar estos diez minutos para compartir con ustedes algunas consideraciones sobre el pasado reciente y sobre el estado actual de la lepra y del programa de lucha a esta enfermedad en Mozambique y algunas preocupaciones sobre el futuro de los enfermos de lepra al comienzo del nuevo milenio.

Cuando en 1990 comencé a trabajar en Mozambique, otros colegas antes que yo habían desarrollado en los 6 años anteriores un trabajo muy calificado e importante para la organización del Programa de lucha contra la lepra y para introducir la Poliquimioterapia, en condiciones difícilísimas: un país en guerra civil, en el que muy a menudo era difícil también satisfacer las necesidades más elementales de supervivencia. De todos modos, el trabajo desarrollado por estos colegas, mozambicanos y extranjeros, había permitido implementar el Programa e iniciar la Poliquimioterapia recomendada por la OMS. Lamentablemente sólo fue posible alcanzar el 7% de los aproximada-

mente 19,000 enfermos censados. Por tanto, era impelente la necesidad de encontrar una estrategia diferente que permitiera alcanzar, cuanto antes, el 100% de los enfermos existentes, valorarlos clínicamente e iniciar el tratamiento adecuado a todos los que resultaran clínicamente activos.

A comienzos de 1991, al

distritos. Es preciso hacer una premisa sobre el nivel de formación académica de estos enfermeros y sobre el "interés" que tenían (en esa época) en el Programa: la mayoría de los enfermeros era (y sigue siendo) de nivel "básico"; esto significa que han efectuado el sexto año de primaria y han seguido un curso sanitario de un



menos parcialmente logramos que el Ministerio de Salud modificara la norma referente al empleo de los antibióticos destinados al tratamiento de estos enfermos: mientras en precedenza la posibilidad de prescribirlos estaba reservada sólo a los médicos leprólogos (2 en todo el país) y a los supervisores provinciales (11); a partir de abril de 1991 dichos fármacos podían ser prescritos incluso por "enfermeros formados adecuadamente" para hacer la diagnosis y seguir a los enfermos de lepra.

Por tanto, la condición básica puesta por el Ministerio de Salud era la existencia de enfermeros capacitados: a partir de agosto de 1991 comenzamos a realizar cursos nacionales de formación sobre la lepra con una duración de 4 semanas, para los enfermeros en los

año y medio; muchos de ellos tienen dificultad para escribir y leer correctamente el portugués; muchos enfermeros destinados al programa habían sido enviados por castigo, porque eran alcoholizados, o porque habían cometido graves infracciones disciplinarias o porque no eran fiables en el trabajo. Este era el material humano disponible al inicio. Tengo que decir que buena parte de estas personas siguen trabajando en el programa, pero ahora con motivaciones totalmente diferentes. Por otro lado, está escrito que "la piedra descartada por los constructores se ha vuelto piedra angular...".

Para este personal, era necesario pues "inventar" esquemas diagnósticos y de clasificación simplificados (incluso en desmedro de cierta pérdida

de calidad). Con la preparación del primer Manual para el Programa, se decidió abandonar la clasificación de Ridley y Jopling y adoptar la clasificación simplificada, en Paucibacilares y Multibacilares, propuesta por la OMS. La dificultad estaba en dar indicaciones claras (y en cierto sentido “salomónicas”) sobre lo que se entiende por Pauci- y lo que se entiende por Multibacilares. Una publicación del grupo de leprólogos de Addis Abeba nos ayudó indicando una sensibilidad buena (aunque en desmedro de la especificidad) cuando se hubiese establecido que PB eran los casos con un máximo de 5 manchas hipopigmentadas y que debían considerarse MB todos los demás casos. En lo que se refiere a los nervios periféricos, los PB eran aquellos con un máximo de 3 nervios comprometidos.

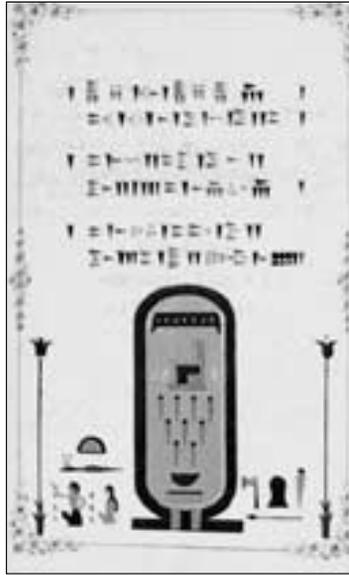
Disculpen si les estoy aburriendo con estas informaciones técnicas, pero me sirven para indicarles el nivel de simplificación que tuvimos que adoptar para poder implementar el programa, en vista de las condiciones existentes (en parte aún subsisten) en el país.

Este tipo de clasificación, aceptada por nosotros oficialmente a inicios de 1992, y al comienzo criticada por algunos expertos de la OMS, más adelante fue aceptada oficialmente por la OMS en 1995 con la publicación de su “Guía para la eliminación de la Lepra como problema de salud pública”. En esta misma guía, se exponía claramente lo que ya aplicaba desde hacía algunos años el Programa en Mozambique, es decir, que la baciloscopia de la lepra NO era esencial para la diagnosis y la clasificación de los enfermos. La diagnosis y – subrayo – la clasificación, y por tanto la elección del tipo de tratamiento, podían hacerse exclusivamente teniendo en cuenta la base clínica (tipo y número de lesiones cutáneas y de nervios interesados).

La adopción de estas y otras normas simplificadas nos han permitido utilizar de lo mejor el personal y los recursos disponibles, de extender progresivamente las actividades diag-

nósticas y terapéuticas a todas las zonas accesibles del país y poner las condiciones para su posterior expansión apenas la guerra terminase y las condiciones de movilidad se volvieran por lo mneos mínimamente seguras.

A partir de 1995, todos los distritos del país disponían de un enfermero capaz de diag-



nosticar (con una razonable fiabilidad) y tratar la lepra y a fines de 1996 el 100% de los enfermos registrados estaban recibiendo la MDT según los esquemas de la OMS. Estos esquemas preveían el tratamiento poliquimioterápico, con dos fármacos para los pacientes PB durante 6 meses y con tres fármacos para los pacientes MB durante 24 meses. Cierta cantidad de estudios clínicos había demostrado abundantemente la eficacia y la seguridad de este régimen de tratamiento, que permitía curar prácticamente al 100% de los enfermos, con una tasa de recaída inferior al 1% después de 10 años.

Estos esquemas de tratamiento tan eficaces nos habían permitido curar a aproximadamente 14,000 pacientes y reducir cada vez más el número total de los enfermos en tratamiento de más de 19,000 de 1990 a 10,500 aproximadamente de 1997. La mejora de la “imagen” del Programa, junto con la búsqueda de los enfermos censados anteriormente y su re-evaluación clínica, y a las actividades de scree-

ning activo y de educación sanitaria de la población, nos habían permitido obtener un aumento contemporáneo del descubrimiento de nuevos casos: mientras en los años 80 se descubrían menos de 1,000 casos por año, hacia la mitad de los años 90 el número promedio de nuevos casos descubiertos cada año superaba los 4,000 con la indicación de que los casos eran cada vez más casos realmente nuevos y descubiertos en una fase relativamente precoz.

De todos modos, era evidente en 1997 que Mozambique, a semejanza de otros países en el mundo, no habría logrado alcanzar para el 2000 el objetivo de la “eliminación” de la lepra (definida como reducción de la prevalencia a menos de un caso activo para 10,000 habitantes, nivel que ya no es considerado como un problema para la salud pública). Las extrapolaciones hechas por nosotros nos permitían prever entonces la posible “eliminación” de la lepra para el 2003-2005.

Mientras tanto, en 1997, la OMS convocaba a un grupo de expertos de lepra para que evaluara la situación existente en el mundo y poder programar la estrategia para los años venideros. De este grupo de expertos se desprendieron algunas observaciones y propuestas, una de las cuales – en mi opinión – reviste una importancia fundamental para el futuro de los enfermos de lepra. Trataré de resumirla y proponer algunas reflexiones a los participantes en este simposio.

Se ha dicho que la clasificación clínica empleada (mencionada antes) “exacerba” en su clasificación de los enfermos: la mayoría de los enfermos clasificados clínicamente como Multibacilares, de hecho habrían sido Paucibacilares y habrían podido ser tratados con un régimen terapéutico más breve, esto es, no con el régimen de 24 meses, sino con uno más breve, propuesto en 12 meses.

Estoy completamente de acuerdo con la afirmación de la OMS que la mayoría de los enfermos clasificados como MB probablemente son PB; en nuestra experiencia, 86% de

los MB efectivamente tienen pocos bacilos en su cuerpo (es decir, tienen una baciloscopia a la diagnosis de grado 0 ó 1 ó 2) y sólo el 14% se pueden definir como “altamente bacilíferos”. El gran problema consiste en la identificación adecuada de este subgrupo de pacientes, a quienes es preciso seguir tratándolos durante 24 meses (o por lo menos por más de 18 meses, como se demuestra en algunos estudios clínicos), bajo pena de no ser curados y por tanto de presentar recaídas después de algunos años, potencialmente con bacilos resistentes a los antibióticos ya empleados.

Es necesario decir también que no existe ningún estudio clínico controlado que demuestre la eficacia de los 12 meses de tratamiento para los enfermos MB; se está realizando aún un estudio, pero no me consta que ya se hayan publicado los resultados, ni siquiera preliminares. En una época denominada “científica” cada modificación de un esquema de tratamiento debería ser sostenida por estudios clínicos científicamente controlados, salvo que el tercer milenio no signifique el retorno a una ciencia pre-galileana.

Ahora bien, en la situación de Mozambique (y considero también de muchos países más en vías de desarrollo) resulta absolutamente imposible la separación entre enfermos altamente bacilíferos y que no son tales, porque requiere la ejecución sistemática de una baciloscopia a la diagnosis: en

Mozambique existe un solo microlaboratorio en cada distrito, mientras los varios Puestos Sanitarios donde se había elegido organizar la diagnosis clínica y el tratamiento de los enfermos de lepra (para facilitar la accesibilidad al tratamiento y a su adhesión a la terapia) se encuentran a distancias variables de 25 a 120 KM. Por tanto, no es posible reconocer este subgrupo de enfermos altamente bacilíferos, que – repito – con un tratamiento de únicamente 12 meses como propuesto por la OMS no son curados.

En 1997 estábamos preparando una nueva versión del Manual de la Lepra que se había encallado en esta cuestión de la duración del tratamiento de los enfermos MB. Varias cartas de la OMS (tres para ser precisos) a los responsables mozambicanos del Programa, y un seminario tenido en Abidjan, convencieron al Ministerio de Salud de Mozambique para que aceptara el tratamiento por la duración de 12 meses.

Junto con otras razones, también esta ha contribuido a mi decisión de dar las dimisiones como consultor del Programa Lepra en Mozambique.

Pienso que la decisión de reducir la duración del tratamiento animada (por no decir impuesta) por la OMS no tiene absolutamente en cuenta las exigencias de los enfermos de lepra o, por lo menos, de una porcentage de estos los enfermos son considerados en su complejo, como cantidades epidemiológicas, y no como

personas con derecho a un tratamiento eficaz.

Considero que no es ni científico ni ético sustituir un tratamiento que se había demostrado eficaz prácticamente en el 100% de los casos, para introducir un tratamiento más breve que deliberadamente deja fuera (o corre el riesgo de no curar) al 14% de los enfermos.

Tengo alguna duda que quisiera compartir con vosotros:

¿A qué cosa servía esta disminución de la duración de la MDT a menos de tres años del fatídico año 2000, en el que era necesario “eliminar” la lepra?

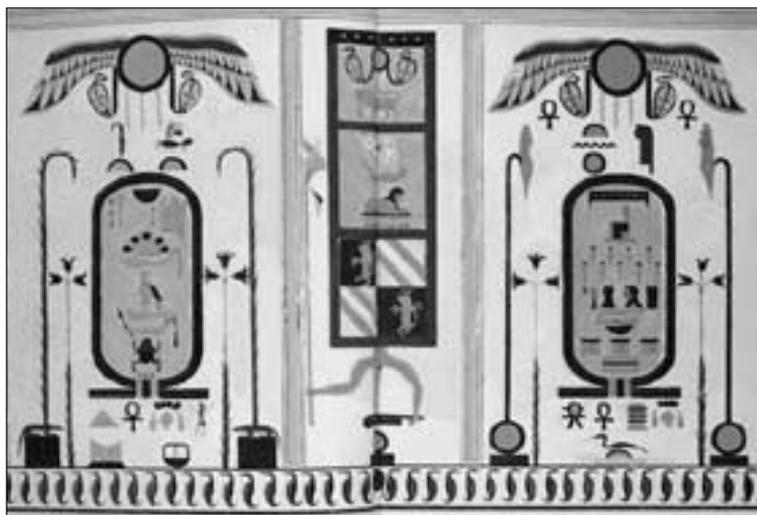
¿Servía quizás para reducir artificiosamente el número total de los enfermos en tratamiento para intentar alcanzar “teóricamente” la meta prevista?

¿Había necesidad de reducir el costo del tratamiento de los enfermos, que depende de donaciones internacionales?

No quisiera que estas preguntas parecieran ilaciones malévolas, en un Año Santo en el que, por el contrario, debemos tratar de identificar aspectos positivos. Pero estoy preocupado por nuestros hermanos enfermos de lepra: por cientos de años han sido marginados, aislados por la sociedad, escondidos a nuestra vista. ¿Hemos encontrado quizás hoy un nuevo sistema de segregación, declarándolos curados a todos en 12 meses, eliminándolos de los registros, y dejándolos luego a su destino si dentro de 5 o 10 años presentarán recaídas cuando los varios Programas nacionales de lucha contra la lepra serán desmantelados, dado que la lepra habrá sido eliminada del número de problemas de salud pública?

Quisiera que la 47ª Jornada Mundial de los Enfermos de Lepra a la que nos estamos preparando, la primera del nuevo milenio, no fuese sólo la celebración de una conmemoración, sino mantuviese su sentido de sacudir las conciencias frente a los problemas que la sociedad sigue poniendo para estos enfermos.

Dr. LEONIDA COMPOSTELLA  
Médico Jefe-Proyecto Homoine  
Mozambique



# La necesidad de una rehabilitación para los enfermos de lepra

## Introducción

Antes de hablar de la necesidad de una rehabilitación para los enfermos de lepra, demos un vistazo a la situación actual de esta enfermedad. Cada año hay cerca de 800,000 personas que han contraído la enfermedad activa, mientras el número de los que han sufrido en el pasado y que han sido curados por la infección son cerca de 11-12 millones. Es difícil decir cuantas son las personas contagiadas en el mundo, tanto en la fase sub-clínica o con signos clínicos de la enfermedad aún no diagnosticados.

El segundo aspecto importante que debemos comprender es el concepto del *continuum de la prevención* para la rehabilitación. Si la enfermedad es prevenida antes de que surja la infección, por ejemplo mediante la vacuna, se habla de *prevención primaria*. En la actualidad, no poseemos ningún instrumento para la prevención primaria de la lepra. Cuando la infección ha comenzado y se puede prevenir el surgimiento de la invalidez, podemos hablar de *prevención secundaria*. En fin, si lamentablemente la enfermedad ya ha causado la invalidez, aún es posible promover una *prevención terciaria* para que la invalidez presente no empeore o surjan otras. En el caso de la lepra, tanto la prevención secundaria como aquella terciaria son posibles y necesarias.

El tercer concepto general para comprender la cuestión se refiere al *impedimento, invalidez y handicap*. Se habla de impedimento cuando la enfermedad lleva a un mal funcionamiento físico o fisiológico del cuerpo, por ejemplo, a la parálisis de un músculo. Por esta razón, es posible que la persona no sea capaz de desarrollar algunas actividades, por ejemplo, si tiene un músculo de una pierna paralizado, es

posible que no esté en grado de estar de pie o de caminar bien; se trata de un tipo de invalidez. La invalidez puede tener consecuencias físicas y/o sociales que llevan a un handicap, por lo que las barreras físicas, culturales y sociales puestas por la sociedad representan un problema muy importante.



En el caso de la lepra, se sabe que la *invalidez social causada por la estigma* desarrollan un considerable papel en el impacto invalidante de esta enfermedad en la vida de las personas. Por tanto, incluso en las personas sin ninguna consecuencia física causada por la lepra, puede existir un impacto social negativo en su vida. También los miembros de la familia de los enfermos de lepra tienen que enfrentarse a la invalidez social de todo tipo.

Se calcula que son cerca de 2-3 millones las personas con consecuencias visibles de la lepra. Al menos teóricamente, los diez millones de personas que han completado los cuidados de la terapia MDT pueden tener como riesgo posible consecuencias sociales de la lepra.

El término "*rehabilitación*" se refiere a un proceso que quiere permitir a las personas

que presentan invalidez que logren mantener sus niveles funcionales óptimos desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psiquiátrico y/o social, proporcionándoles los instrumentos para cambiar su vida hacia un nivel más elevado de independencia (*NU Standard Rules 1994*).

La lepra ataca a los nervios periféricos de todo el cuerpo produciendo una pérdida de la sensibilidad e incluso la parálisis de los músculos, mientras no implique el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal). El daño de los nervios puede ser lento y directo o puede ser imprevisto e indirecto a través de complicaciones como las reacciones de la lepra.

Dado que no existe una prevención primaria para la lepra, el único camino para prevenir la invalidez física causada por esta enfermedad es a través de una identificación precoz de los nuevos casos y su adecuado tratamiento con la terapia MDT. Al mismo tiempo, las reacciones a la lepra deben ser tratadas rápida y adecuadamente. Sin embargo, los estudios han demostrado que nuevos tipos de invalidez pueden surgir también después de haber iniciado la terapia MDT y esto puede indicar la baja prioridad dada a la prevención de la invalidez y a las actividades de rehabilitación en un programa de control de la lepra. Es importante recordar que las reacciones de la lepra y su invalidez pueden surgir incluso después de haber completado la terapia MDT, es decir, cuando la persona ya ha sido "curada".

Aparte de las personas que tienen una invalidez visible debido a la lepra, existe otro grupo con riesgo, es decir, aquel de las *personas que tienen sólo una pérdida de sensibilidad* en los pies, en las manos y en los ojos. Estos son de elevado riesgo para desarrollar invalidez y tienen necesidad de cui-

dados durante toda la vida para prevenir las complicaciones. Se calcula que en el mundo son cerca de 2 millones de personas con una invalidez de primer grado (con pérdida de sensibilidad sin otra invalidez visible).

### **La invalidez física causada por la lepra afecta a las manos, a los pies y a los ojos**

– En los pies, comenzando con la pérdida de sensibilidad, hasta llegar a la pérdida de los dedos y a la deformación de los huesos, que pueden requerir la amputación.

– En las manos, comenzando con la pérdida de sensibilidad de los dedos hasta llegar a la pérdida de los dedos y a la deformación de los huesos, que pueden requerir la amputación.

– En los ojos, comienza con la sensibilidad córnea y la incapacidad de cerrar los ojos, hasta perder completamente la vista.

Es importante recordar que esta progresión de las invalideces en las manos, en los pies y en los ojos, no es inevitable y que puede ser prevenida con una diagnosis precoz, una autocuración de las partes del cuerpo que han perdido la sensibilidad. Incluso después de haber aparecido, la invalidez puede ser reversible en la fase inicial y su empeoramiento puede ser prevenido mediante una autocuración y servicios adecuados.

### **Las necesidades principales de rehabilitación de los enfermos de lepra se pueden resumir de la siguiente manera:**

– Autocuración por toda la vida: cuando una persona sufre una pérdida crónica de sensibilidad o la invalidez ya está presente, tiene necesidad de una curación que dure toda la vida.

– Zapatos protectivos: son útiles para la persona sin sensibilidad en la planta de los pies, con el fin de prevenir las úlceras plantares. Idealmente, las personas con falta de sensibilidad en los pies deberían usar

calzados protectivos, antes de que aparezcan las primeras úlceras, aunque en la práctica no ocurre a menudo.

– Curación de las úlceras plantares y de las heridas: cuando una persona tiene una úlcera plantar, tiene necesidad de curarla y de prevenirla antes de que se vuelva más profunda y llegue a los huesos.

– Fisioterapia: es indicada para ocuparse de un cuerpo paralizado y en las fases pre y post-operatorias. Dada la necesidad de un cuidado por toda la vida, el fisioterapeuta debe enseñar como se practican los ejercicios por cuenta propia.

– Aparatos ortopédicos y ayudas motorias: los que han sufrido amputaciones, tienen necesidad de aparatos ortopédicos y de ayudas motorias. A veces, incluso simples instrumentos como los guantes pueden desarrollar un papel importante para prevenir que surja una grave invalidez.

– Cirugía correctiva, de remoción y cosmética: la cirugía puede ser útil si la invalidez no dura mucho tiempo y si la persona ha sido capaz de mantener la flexibilidad de las articulaciones mediante ejercicios adecuados. Puede ser considerada incluso demasiado costosa ante el beneficio que puede aportar a un número limitado de personas, pero, por otro lado, puede desarrollar un papel importante para crear la convicción en el programa contra la lepra en la zona, de manera que se identifiquen nuevos casos en su estadio inicial, antes

de que surja cualquier invalidez.

También hay *necesidades de rehabilitación socio-económicas* de los enfermos de lepra, que se pueden resumir como sigue:

– Sostén psicológico y counselling: referidos tanto a una baja consideración de sí mismos como a los tabús sociales referentes a la lepra existentes en la comunidad;

– Formación vocacional y rehabilitación ocupacional: para las personas que han perdido el lugar de trabajo o que ya no pueden desarrollar su trabajo, la formación vocacional y la rehabilitación ocupacional pueden desarrollar un papel clave:

– Colocación laboral y préstamos para emprender actividades autónomas: no es fácil encontrar una colocación laboral formal para un enfermo de lepra y puede gozar de ella un número limitado de personas. Por esta razón se pone mayor énfasis en la promoción de préstamos para financiar actividades autónomas.

– Necesidades particulares de los enfermos de lepra ancianos con invalidez grave y que viven en las leproserías: estas personas quizás no tienen la capacidad de ser autosuficientes y necesitan de cuidados durante toda la vida en los institutos.

### **Cambio de la situación de los enfermos de lepra y sus necesidades**

La situación de la lepra ha





cambiado radicalmente en los últimos años. Tiempo atrás, el número de casos activos que necesitaban tratamientos farmacológicos era elevado y se daba menor importancia a los que vivían en las leproserías y en las colonias de leprosos. Actualmente, en algunos lugares, el número de ex-pacientes puede ser mucho más elevado de los casos registrados. Esta situación puede ser ilustrada, por ejemplo, por la siguiente información sobre el Vietnam (1998):

- 20 viejas leproserías con 3,971 enfermos de lepra
- total de casos registrados: 2,876
- total de nuevos casos en 1998: 1,771, de los cuales el 29% con invalidez visible y el 12% con invalidez de primer grado durante la diagnosis. Esto está conforme con la afirmación del Prof. Smith. Si consideramos el número de ex-pacientes que viven en sus comunidades, fuera de las leproserías, el número de personas que presentan necesidades de rehabilitación es totalmente significativo.

#### **Necesidades de rehabilitación: algunas cuestiones clave**

No contamos con información sobre las personas que presentan invalidez de primer grado (solamente pérdida de sensibilidad y no invalidez visible). Incluso para los enfermos con invalidez de 2º

grado (invalidez visible) la información disponible a nivel nacional es a menudo incompleta. Por tanto, no conocer las diferentes necesidades no permite programar intervenciones oportunas para responder a las mismas.

En general: como cualquier persona inválida, los que presentan invalidez por razones de la lepra deberían recibir servicios de rehabilitación directamente de los servicios existentes, médicos, sociales y otros, en vez de recurrir a servicios separados. Este tipo de elección, es impuesto también porque los enfermos de lepra viven en las comunidades.

Se supone que los servicios sanitarios de base se dirijan a los principales problemas sanitarios y que incluyan los servicios de promoción, prevención, cuidado y rehabilitación para los inhábiles (Declaración de Alma Ata de 1978). Lamentablemente hay todavía mucho que hacer para alcanzar este objetivo.

El término "iguales oportunidades" indica el proceso a través del cual los diferentes sistemas de la sociedad y el ambiente, como servicios, actividades, informaciones y documentación, están a disposición de todos, en especial de los minusválidos. Es importante asegurar que la lepra no sea vista como algo especial sólo por algunas personas sino que los enfermos de lepra tengan los mismos derechos de todos los demás. Según el principio "derechos iguales", las necesidades de cada individuo son de igual importancia, deben constituir la base para la planificación de la sociedad y todos los recursos deben emplearse de manera que se asegure a cada individuo iguales oportunidades de participación (*UN Standard Rules* 1994).

La rehabilitación de tipo comunitario (*Community Based Rehabilitation*, CBR) es una estrategia dentro del desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de las oportunidades y la integración social de todos los minusválidos. El CBR se realiza a través de refuerzos combinados de parte de los mismos minusválidos, de sus familias y de las

comunidades, y de los adecuados servicios sanitarios, educativos, vocacionales y sociales. El CBR puede desarrollar un papel importante para alcanzar a estas personas que viven en la comunidad.

#### **Alianza global para la rehabilitación: trabajar juntos para afrontar las consecuencias de la lepra; algunas ideas para el futuro cercano**

Vista la situación sobre las necesidades de rehabilitación de los enfermos de la lepra, la Asociación Amigos de Raoul Follereau (AIFO), propone lanzar una alianza global que involucre a todas las ONGs que trabajan en favor de los enfermos de lepra, a la OMS y a otros partners, con el fin de definir las estrategias y obtener mayor información sobre las necesidades para la rehabilitación y promover servicios de rehabilitación sostenibles que tengan como objetivo la autosuficiencia, el desarrollo y la dignidad humana de los enfermos. AIFO propone organizar un encuentro internacional con la colaboración del Grupo para la Invalidez y la Rehabilitación de la OMS, antes de fines del 2000, en particular para afrontar las siguientes cuestiones:

- Verificar los materiales existentes referentes a la rehabilitación de los varios tipos de invalidez debidos a la lepra;
- Preparar material didáctico para promover una rehabilitación específica a través del PHC;
- Preparar material didáctico para promover la rehabilitación socio-económica a través del CBR;
- Test en el terreno del material didáctico y de la estrategia de rehabilitación.

Dr. ENRICO PUPULIN  
Jefe Oficial Médico Grupo  
Invalidez y Rehabilitación (DAR)  
Organización Mundial de la Salud  
(OMS) Ginebra  
Suiza

Dr. SUNIL DEEPAK  
Director Médico "Amigos de Raoul  
Follereau" (AIFO) - Bolonia

# El cronista y los enfermos de lepra

Esta no es una conferencia: es una vivencia.

No es una intervención sobre Follereau, insigne maestro del Bien y de la Participación.

Muchos habrán hablado y mucho más autorizados que yo.

Se trata pura y simplemente, repito, de un testimonio.

El viejo cronista que soy, trotador del mundo durante cincuenta años, sobre todo del Tercer Mundo, el viejo cronista ha encontrado la lepra y ha visto vivir y morir a los leproso; y de esta experiencia única, ha sacado una gran lección, incluso banal en su inmensidad y, esto es, queridos amigos, que la vida, don de Dios, debe ser vivida de todos modos hasta el último día, cualesquiera sean nuestras condiciones físicas.

Mucho me ha impresionado la intervención anterior sobre los minusválidos.

Se trata de una llaga de nuestra sociedad o, como decía justamente el orador, es necesario que les hagamos sentir como nosotros, en nuestro nivel, sobre todo desde el punto de vista psicológico.

Yo era joven, muy joven, algo así como “enfant prodige” cuando, en los años 50, digamos hace medio siglo, trabajaba en un diario que entonces era un gran periódico que se llamaba “*Il Tempo*”, fundado y dirigido por un personaje extraordinario, Renato Angiolillo.

Un día éste me dice: “¿Quisiera ir usted a una leprosería, vivir algunos días, hacer un reportaje ‘La lepra vista desde adentro’?”.

Le respondí: ¿En Africa?

No, no en Africa, en Italia, me dice Angiolillo.

Usted ignora que en Acquaviva delle Fonti, cerca de Bari, en el Hospital Miulli, existe una sección reservada a los

enfermos de lepra.

Para ser exactos – me dijo mi director de entonces – son 53.

El secretario de esa leprosería, continuó Angiolillo, el Prof. Ciccio Pepe, es amigo mío muy querido.

De manera que usted podría estar en ese lazareto, bajo las apariencias de un médico. Pepe está de acuerdo porque se trata de dar una mano a esos desvalidos.

Está bien, respondí al director, pero bajo una condición: deseo ir no bajo falsa apariencia; los enfermos deben saber que yo soy un periodista, respetuoso de su pena, pero un periodista. Si aceptan, sí, de lo contrario, no se hace nada.

Aceptaron.

Fue así que partí hacia la leprosería.

Tengo que decirles que entonces tenía de la lepra una idea bíblica, monstruosa, terrificante.



Antes de entrar en la leprosería para hacer mi servicio, expresé mi temor a un querido amigo, Vittore Fiore, histórico, insigne sociólogo de Bari.

Me respondió con mucha sencillez: ¿Por qué no vas al

padre Pío para que te bendiga?

Imaginen, ya entonces, en el 49, estamos a fines de febrero de 1949, el Padre Pío ya estaba en olor de santidad.

No quiero ir más allá.

Tuve un encuentro con el Padre Pío; fue particular.

Sentí una mezcla entre desfallecimiento, al borde de un verdadero desmayo, cuando mi dedo ahondaba en la palma de su mano.

Obtuve la bendición de este rudo pero santo capuchino y fui a la leprosería.

Llegué, pues, al Hospital Miulli.

Ahora les leo algún paso de mi reportaje de entonces, hace medio siglo: “El hospital de Acquaviva delle Fonti surge en el corazón de esta ciudad antigua y amable, donde nunca tienen lugar robos y delitos (en ese entonces, por lo menos) y la gente habla un dialecto creativo y hermético

El ala derecha del edificio

está aislada del resto y aloja a 53 enfermos fuera de lo ordinario: son “leproso”.

Son 53 individuos, humildes y serenos: 31 hombres, 22 mujeres”.

Prosigo diciendo que están

confiados al doctor de dermatología, etc. etc. y luego al Dr. Francesco Pepe, el secretario, hombre romántico y activo, que vive (lo escribía entonces, en el 49) en medio de los leprosos desde hacía 22 años y para ellos es más que un amigo.

Continuaba en mi reportaje: “En Italia, siempre, ténganlo presente – y esto puede servir para los estudios de estadística y para los médicos – en Italia de verdaderas y reales leproserías no hay sino ésta, Acquaviva delle Fonti.

En Messina, en Cagliari y en Génova, existen secciones de aislamiento para leprosos en los locales de los hospitales.

Desde 1927, desde el día de su constitución, es decir, de la leprosería nacional, han pasado por Acquaviva 246 enfermos: 145 hombres, 101 mujeres.

En toda Italia, los casos de lepra oficiales que prevén la hospitalización obligatoria, no superan los 450”.

Luego decía: los últimos cuidados – siempre hace medio siglo – se hace por medio de sulfona junto con la estreptomycinina, están dando resultados considerables, según me informan. Aún es temprano para afirmar que la lepra ha sido vencida pero la ciencia cuenta con bloquearla.

El bacilo de Hansen, importado a Italia durante el período de las guerras santas, como en Escandinavia donde se manifestó con particular virulencia, no se puede cultivar, de aquí la imposibilidad de un estudio profundo de experiencias determinantes.

Otra cosa interesante para mí.

Los médicos acostumbran distinguir, al menos entonces era así, tres formas: lepra nodular o tuberculosa, lepra anestésica o nerviosa, lepra mixta por la asociación de las dos primeras.

Es una enfermedad contagiosa, especialmente en su forma nodular, cuya puerta parece sean las mucosas nasales, de aquí la necesidad de un aislamiento muy estricto.

Gracias a esto, en efecto, la pandemia leprosa, desde el

Medio Evo hasta ahora – es decir al 49 – ha perdido de intensidad y difusión.

El foco más importante se encontraba en la península de Escandinavia, pero la óptima e inflexible legislación inspirada por el Dr. Hansen, que descubrió el bacilo en 1871, (lo he visto con el microscopio, es una especie de manojito de puros) ha reducido muchísimo las proporciones.

Es con el aislamiento absoluto y con las últimos encontrados científicos, sulfona y estreptomycinina, me dice el médico director, que se puede proseguir.

Había llenado un bloc de apuntes cuando el secretario me dijo: “¿Quiere usted ver? ¿Está seguro?”.

¡Cierto!

Me pusieron un mandil y nos acercamos.

Antes de abrir la puerta que conducía a la sección leprosa, el secretario me amonestó: “Aunque provara un sentido de repulsa, se domine. Los leprosos son buenos, pero se vuelven malos si se dan cuenta que uno tiene repugnancia de ellos.



La lepra es una enfermedad que hace incluso que las madres alejen con repugnancia a sus hijos.

Ha sucedido a alguno que se había escapado.

Una vez un enfermo se metió los dedos en la nariz, humedeció las uñas y atacó a un enfermero arañándole el rostro”.

Son buenos, dijo el secretario, pero se pueden volver malos.

Salimos al descubierto y salieron a nuestro encuentro algunas mujeres con mandiles blancos, cinco o seis.

Tenían una cinta en los cabellos.

Se habían hecho bellas en honor nuestro, pero sus manos se parecían a los guantes de esgrima.

Tenían el rostro contraído. Porque la lepra es una enfermedad impúdica, porque agrede inmediatamente el rostro.

Son las menos devastadas, advirtió el Dr. Pepe.

Son ellas que le acogen para que usted se vaya acostumbrando gradualmente.

Tanta delicadeza me conmovió y aún me conmueve.

Se habían acercado y me daban alegremente el bienvenido.

Por instinto estaba dándole la mano a la más cercana, pero ella se hizo atrás.

Esté atento, me dijo la leprosa, puede ser peligroso.

Y se sonrió como si me pidiera disculpa.

Y aquí, a estas palabras, el secretario Ciccio Pepe, se acercó a la leprosa, le tomó las manos, las estrechó afectuosamente y estrechando estos guantes de esgrima, las manos, digo deformes, horribles, a la vista de aquella mujer, puso un beso en la frente de la enferma.

Una frente llena de nódulos.

¿Cómo es que no tiene temor del contagio? Le pregunté.

Y él, el buen Dr. Ciccio Pepe, me respondió con una palabra sola “no”.

Y luego añadió: “Gracias a Follereau”.

Yo, sin saber, pregunté: ¿de qué se trata? ¿Un antídoto? ¿un remedio?... Estamos en 1949.

Y Pepe, mirándome con un mixto de ternura y de compasión, respondió con cierta altanería: No, Igor Man.

Es el nombre de un santo, un santo laico, Raoul Follereau.

Es un misionero laico, prosiguió, un inspirado por Dios, un mensajero de Cristo.

A él y a su esposa se les ha metido en la cabeza aliviar las penas de los leprosos, de abolir la imagen medieval, cruel y

supersticiosa del leproso que camina con el rostro cubierto, tocando la campanilla para avisar a la gente.

Follereau ha desmitizado la lepra, continuaba este señor.

Esto hace cincuenta años atrás.

Es una enfermedad como otra: se puede sanar de ella.

Queridos amigos, esto me dijo el simple y humanísimo Ciccio Pepe, generoso secretario factotum del Hospital de Acquaviva delle Fonti.

Fue así que sentí hablar por primera vez en mi vida de Follereau.

Pienso que ha llegado el momento que les narre un solo episodio de mi experiencia única en 1949.

Y, por incidencia, han sido tres los momentos que me han formado en mi vida de trabajo:

– el encuentro con los leprosos, íntimamente vinculado con el Padre Pío;

– la guerra de Vietnam;

– haber sido puesto en el paredón en Sudán y haber permanecido por media hora sin saber si me mataban o si hubiera podido regresar a mi casa para estar con mi esposa y mi hijo.

Regresando a mi experiencia en la leprosería, en un dado momento, se acerca una enfermera y dice al secretario:

Profesor, Caterina está esperando.

Entonces, me dice Ciccio Pepe: “Ve, Igor Man, ayer le hablé de una persona realmente en olor de santidad. Ahora la verá.

Esta persona es Caterina Err (Herr)

*Yo hablo al presente porque reproduzco exactamente lo que escribí entonces.*

Esta persona santa es Caterina Herr de Cuneo.

Está sentada en una tumbona, las manos en la falda, una gorra negra en la cabeza, las pálpabras caídas; la única huella humana en un rostro seco como un guindón.

“Buenos días, Caterina”.

Y ella sale como de un letargo, se anima, se hace hacia adelante porque es ciega, la lepra le ha corroído todo.

Y responde: “Buenos días, bienvenido” con su acostum-

brada voz en el falsete agudo de los leprosos más afectados.

Lo que me ha impresionado siempre, cuando he encontrado a los leprosos: su voz.

Es claro que hay una explicación científica porque evidentemente las cuerdas vocales son afectadas.



La voz chillona, diría una voz que te corta, te corta como una navaja mala.

Es horrible y patética: una enfermera le agarra los antebrazos; me muestra con gesto profesional, haciendo girar en los pulsos las manos de Caterina: dos cartuchos informes de carne escamosa.

Me explican que la forma nerviosa hace que los tejidos se retiren.

Los dedos se retiran, como aquellos vasos de turismo, de boy scout, en aluminio, que se pueden aplastar para llevarlos en el bolsillo.

También los pies, dice la enfermera, también los pies están así.

Caterina no ha dejado de sonreír; en su rostro pasa un matiz de indulgencia imperceptible.

No ha pedido que yo viese sus ex-manos.

Ella quiere decirme que ha compuesto una poesía, por la victoria de las fuerzas del Bien sobre el anticristo.

Caterina tenía diecisiete años cuando se enfermó.

En ese entonces yo escribía que “vive muriendo desde hace 47 años”.

Cuando llegó a Acquaviva

delle Fonti no sabía ni leer ni escribir.

Aprendió antes de volverse ciega.

Ahora pasa sus oscuras y silenciosas jornadas componiendo versos mentalmente.

¡He aquí la fuerza de la vida!

Hace luz, despierta los soni-

dos dentro de sí, con sus poesías.

Me recita una. Son pocos versos, un soneto, cosa sencilla.

Versos elementales pero absolutos.

“Cuando la cruz me fue asignada, doblando la frente, yo la abracé”.

La resignación se transforma en gozo

¿Qué son mis penas, se pregunta, en comparación con aquellas sufridas por Cristo y a las que la humanidad le inflige cada día?

“Es la Cruz que a El me une,

penar por Jesús no me irrita”.

Sufre serena, para expiar sus pecados y los del mundo, en espera – como ella concluye – del alba radiosa del día que no tiene fin.

Con Follereau nos hemos cruzado y nos hemos rozado varias veces. Nunca nos hemos encontrado.

Pero viajando por Africa en particular y por India, nos hemos rozado.

También yo he visitado al famoso Dr. Albert Schweitzer.

Personaje extraordinario, levantador de los afligidos, pero al mismo tiempo colonialista, una especie de Bismark, insolente, despreciativo, en Lam-barené.

Me recuerdo que cuando por la mañana nos traían el desayuno, todos los servidores estaban fajados, tenían manchas bajo las bendas: eran lepro-sos.

Yo ya lo sabía, había hecho otras experiencias, no me impresionaban.

Pero había un periodista inglés del Sunday Times, que estaba terrorizado: la papaya la pelaban con las manos.

(Se dice que la enfermedad está en incubación durante cinco años, yo ya los he superado).

Durante la noche tocaba el piano. Si no me equivoco, el señor Schweitzer obtuvo el premio Nobel en 1952.

Follereau, en su infinita e infantil bondad, se quedó impresionado.

Con todo el respeto para Schweitzer, yo prefiero al santo anonimato de Follereau.

En cambio, la que amaba a Follereau, era la Madre Teresa.

Ambos habían visto y experimentado como era, como es aún hoy implacable, el siniestro matrimonio entre la lepra y el hambre.

Atención, el 2 de marzo de 1963, en Turín, Follereau tuvo una conferencia en el teatro Carignano. Entre otros dijo: "En Calcuta, los desventurados agonizan por la calle y hay centenares de centenares, no me digan que esto es repugnante.

La primera vez que fui estaba terrorizado – es siempre Follereau que habla – ante la idea de pasar por encima de estos agonizantes y de estos cadáveres. Pero luego, y esto es lo peor, después de quince días hacía como todos los demás".

También a mí, al humilde cronista que les habla, ha acontecido lo mismo en Benares. Caminar sobre alfombras de lepro-sos, que en vez de la nariz tienen una mandarina malograda.

Así, pues, esto sucede en Calcuta, continuaba en su fa-

moso discurso que conmovió a todo Turín, ¡una ciudad fría como Turín! ¡Se necesitaba!

En Calcuta, la policía tiene la tarea de recoger a los agonizantes que mueren por las calles y llevarlos a los hospita-



les, uno después de otro.

Si los hospitales los rechazan – y los rechazan siempre porque están repletos, la policía tiene la orden de volverlos a llevar adonde los encontraron y allí mueren en la vereda o en el arroyo.

En 1965, cuando visité a la Madre Teresa, la situación era idéntica y creo que aún hoy sigue siendo la misma.

Sin embargo – habla siempre Follereau – Sor Teresa ha dicho: No, yo no puedo dormir sin pesadillas, no puedo comer con gusto sabiendo que cada noche, ante mi puerta, en mi calle, nuestros infelices hermanos en Dios, agonizan.

Entonces, Madre Teresa, narra Follereau, va a visitar al gran sacerdote de Kalfí, quien se queda asombrado ante la caridad iluminada de esta misionera y le regala mitad de su templo para que realice lo que ella llama un hospital para los moribundos, es decir una decente cámara ardiente para los vivos.

Vosotros sabéis que la Madre Teresa a menudo ha sido contestada en varias sedes porque se dice: ¿pero ésta qué hace, asiste a la gente que muere?

Pues bien, ¿les parece nada?

Desde esa fecha, cada noche, Sor Teresa, ayudada por jóvenes hindúes, recorre las calles de Calcuta, recoge a los agonizantes y los lleva a ese

depósito donde mueren ya no como perros, sino como hombres.

Y aquí, quisiera añadir a las palabras de Follereau, que lo hermoso de la Madre Teresa es que lava al moribundo, le hace caricias y sus hermanitas también, los asisten, los ayudan a cada uno según su religión a pasar de esta vida.

Es decir, no buscaba prevaricar.

Esto, me dicen personajes muy autorizados, chocó, conmovió al Santo Padre cuando fue a visitar a la Madre Teresa.

Y la Madre Teresa lo tomó de la mano y juntos hicieron este servicio. Es decir, dejar que el Hijo de Dios muriese con las palabras rituales de su religión, en la convicción de que Dios es Uno, Único, Solo, Clemente y Misericordioso.

Ahora, un episodio – narra siempre Follereau – que deseo leerles porque es realmente terrible pero les da la dimensión, si no estaríamos haciendo puro cuento, es necesario que tomemos conciencia de que no somos como tantos de estos señores junto a los enfermos, sacrificando día a día, debemos tomar conciencia y quizás avergonzarnos, no digo de nuestro modo de ser sino de nuestra superficialidad, de nuestro olvido.

Pues bien – dice Follereau – me encontraba en Calcuta cuando Sor Teresa me llama por teléfono para decirme que en Kaliga, en un "hospital para moribundos", una joven leprosa estaba por morir. Fui para allá, dice Follereau.

Se trataba de una mujer que el estado civil decía que tenía 22 años.

Era más o menos de mi estatura, era una mujer normal y había tenido dos hijos.

Yo la ví, dice Follereau, impotente, que salía de su atroz existencia con temblores convulsivos.

Cuando murió, tuve el violento impulso de pesarla.

Sor Teresa y yo tomamos entre los brazos este pequeño cuerpo y los llevamos a la balanza.

Esa mujer de 22 años, dice Follereau, esa mujer alta como yo, pesaba 20 Kg.

Me di cuenta, narra Follere-

au, que en este mundo, en el siglo XX de cristianismo – porque estábamos en el siglo pasado – lamentablemente hay otras lepras diferentes de aquella a la que he consagrado mi vida.

Hay otras lepras mucho más contagiosas y terribles que la lepra y para las cuales no hay ningún alivio salvo nuestro amor.

Y la primera de estas lepras – afirma Follereau – es el hambre.

El hambre que hace que hoy dos tercios de la humanidad (se trata de una conferencia de 1963) – piensen, dos tercios de la humanidad – dos hombres de cada tres, no comen lo suficiente.

El hambre hace que cada año mueran, sin pesar quizás veinte kilos como la pobre leprosa de Calcuta, mas porque

no han comido lo suficiente para vivir.

Muertos por hambre: 35 millones de hombres.

Me resulta que hoy cada 30 segundos muere en el mundo un niño.

O es matado por un proyectil o muere a causa del hambre.

Entonces yo me pregunto – mientras les pido disculpas si me he prolongado y les agradezco por vuestra paciencia – pero para concluir quisiera preguntarme si este personaje de la historia contemporánea de quien se ha hablado mucho, si este santo laico que ha realizado treinta veces la vuelta del mundo movido por el amor y la caridad hacia sus hermanos desventurados, los leprosos, los muertos de hambre, ¿cómo es que este hombre no merece, al igual que el Padre Pío y de

la Madre Teresa, el llamado proceso de beatificación?

Con todo respeto, pienso que alguien debería reflexionar sobre esto y regresaré sobre este tema en mi periódico, en la televisión y en la columna que tengo en “*Specchio*” que es el magazine de nuestro diario “*La Stampa*”.

Pero, si uno lo piensa bien, y aquí me dirijo a quien lo ha conocido – y lo digo con un sentimiento de dulce envidia – si uno piensa bien, esto cuenta hasta cierto punto.

Porque, queridos amigos, Excelencias, señoras y señores, para la gente, los humildes, los muertos de hambre, los leprosos, el pueblo de Dios, Raoul Follereau ya lo ha hecho santo.

Profesor IGOR MAN  
*Periodista, Italia*

## La lepra, palabra como sinónimo de marginación

No tengo la pretensión – ni habría el espacio en esta sede – para proponer un excursus histórico del papel que la lepra, incluso en su acepción lexical, ha conocido en el curso de los siglos, como generador de exclusión, de abandono y de condena.

Al respecto, una rica bibliografía documenta de que modo en el pasado lejano y también en aquel más cercano a nosotros, el término mismo empleado para indicar a quien era afecto por el mal (hoy conocido más correctamente como morbo de Hansen) o incluso la sola sospecha de la enfermedad, bastarían para excluir del consentimiento civil al desventurado, como golpeado por un castigo divino, afecto de impureza moral, por el pecado. Y por lo mismo, condenado al aislamiento y a la muerte segura, si es que ésta no fuera decretada ex lege por la misma comunidad.

Del volumen de Stanley Browne “La lepra en la Biblia”, editado en Italia por la Asociación Amigos de Raoul

Follereau, cito esta constatación: “Las medidas más duras de persecución, de segregación coacta, de privación de los derechos legales y sociales, de separación forzada de las familias, han dejado huellas en muchos de los prejuicios aún existentes hoy en la cristiandad”. Añado que exegesis a menudo apuradas de los textos bíblicos, interpreta-

ciones moralistas y los escasos conocimientos científicos del mal, unidos a formas de superstición popular, han perpetuado a través de los siglos esta concepción discriminatoria. También hoy las crónicas dan a conocer casos de países, incluso adelantados, en los que la segregación de los enfermos, aislados de toda relación humana, aún sigue siendo una





práctica al orden del día. Existe la impresión, a veces, que el Medioevo, con sus temores y sus oscuras visiones de la vida, aún está presente entre nosotros.

Es bastante evidente que para el perpetuarse de este rechazo hacia el enfermo de lepra ha contribuido desde siempre la manifestación exterior del mal, con sus menomaciones y sus mutilaciones, que ha generado en la fantasía popular, así como en la literatura y en una propaganda a buen mercado, imágenes y descripciones a efecto, como no ocurre para otras formas patológicas aunque representan verdaderos y reales flagelos en los países más pobres: pensemos en la desnutrición, en la ceguera, en las malformaciones infantiles, sólo para hacer algunos ejemplos. Para muchos, la lepra sigue siendo el mal del rechazo y de la exclusión: no obstante los esfuerzos de quienes – Follereau en primer lugar – han luchado para demostrar la falta de fundamento de tantos temores, si no en nombre de la caridad, por lo menos en nombre del buen sentido y de la razón.

El que les habla no puede olvidar la acogida recibida de parte de algunos colegas hace algunos años, cuando regresé de un viaje de trabajo en una leprosería africana: por algunos fui acogido como si de hecho ya hubiera sido contagiado por el mal, excluyendo incluso un simple apretón de manos, ¡pensad si no me hu-

biese “purificado” antes! ¿Y qué deberían hacer entonces los que transcurren la vida entera a curar a los hansenianos en los hospitales y en los centros de prevención?

El temor genera monstruos y con los monstruos alimenta la cultura de la exclusión, algo siniestro e irracional que va más allá de cualquier juicio lógico para transformarse en una forma de rechazo inconsciente, la homologación de un estereotipo que se nutre de ignorancia y de falta de caridad. Y que antes que la dignidad humana, ofende la inteligencia de quien lo concibe.

¿Qué debemos decir cuando para ofenderlos, en el estadio se ven ciertas pancartas que tachan a los aficionados adversarios como “leprosos”? Y ¿cuando un diputado francés habla de los enfermos de Sida como “especie de leprosos que provocan el contagio con la transpiración, el contacto y la saliva”? ¿Cuándo algunos exponentes de administraciones públicas del Norte de Italia lanzan públicamente el “alarma lepra” entre los inmigrados basándose en algunas noticias de prensa, para sostener una política de expulsiones y medidas restrictivas en la concesión de los permisos de estadía? Y ¿qué pensar cuando se lee en los diarios, como ha ocurrido tiempo atrás, de una encuesta abierta por el Tribunal de Ancona contra una sociedad comercial que distribuía un juego para niños bastante inquietante: a través de figuras se trataba de realizar una especie de identikit de personajes que es preciso aislar como peligrosos y que se distinguían por el color de la piel, los vestidos, la condición social: entre ellos estaban, en compañía de monstruos y criminales internacionales, también los leprosos?

No sirven comentarios, pero es necesaria una reflexión sobre la posibilidad que nuestra sociedad debe neutralizar estas formas de marginación y de racismo y transformar una cultura del rechazo en una de acogida y de solidaridad. Como “entendedor”, como periodista, creo que un papel y

una responsabilidad particular competen también al mundo de la comunicación, entendido en sus varias expresiones: carta impresa, imágenes, propaganda. Todos juntos hagamos un pequeño examen de conciencia, con serenidad: quizás alguna vez se ha excedido, con buenos fines, en una comunicación pietista y sentimental, con el fin de reclamar de manera emotiva la atención de la opinión pública sobre la situación de muchos desventurados.

Ciertamente, la gente se queda asombrada más por la imagen sufriente de quien está herido por el mal que no por los esfuerzos organizados de parte de la ciencia, llevados adelante en el anonimato y en el silencio de los laboratorios, para vencer la lepra. Es normal, es humano.

Pero inconscientemente, quizás se ha terminado por perpetuar la idea de una realidad ineluctable que compromete más el campo de la caridad que no el de la búsqueda científica y de la promoción humana. Es verdad que muchas cosas están cambiando gracias a los esfuerzos conjuntos de muchos agentes sanitarios, de las asociaciones y de los misioneros que se dedican a combatir la lepra y todo lo relacionado en términos de prejuicios. Pero es esencial continuar en la tarea educativa para cancelar el tabú que constituye una relación equivocada con este mal. Proporcionar una información rigurosa y correcta sobre el contexto social donde se desarrolla, hacer conocer la gravedad de determinadas situaciones, sin dar ningún espacio a la retórica: esto es posible y no está en contraposición con la caridad, antes bien, está unida a ella como si fuera un complemento natural.

Creo que el verdadero reto, además de aquel de la cura y de la prevención del mal, sea borrar en la cultura y en la comunicación actual el sentido del temor que aún nos encadena y que genera las exclusiones.



*Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud*



*Pontificio Instituto Pastoral  
"Redemptor Hominis"*

*Seminario  
de Estudio  
Los Sacramentos  
en la Pastoral  
de la Salud*

*Pontificia Universidad  
del Laterano  
2-3 de Junio 2000*

# Introducción a los trabajos

El tema relacionado con los sacramentos en la pastoral de la salud se desarrollará bajo los aspectos antropológico-culturales, antropológico-fundamentales, teológico-dogmáticos y teológico-pastorales. Se trata de un estudio completo, que corresponde a uno de los sectores de nuestra programación en el Dicasterio: el sector de la santificación y a la tarea específica de orientar con la doctrina del Magisterio los aspectos importantes de nuestra actividad dicasterial y que puede ser de gran ayuda para la pastoral de la salud en todo el mundo.

En efecto, últimamente se ha notado un vuelco en la Pastoral de la Salud: muchos capellanes han comenzado a abandonar los sacramentos para favorecer una presentación de la palabra bíblica, o bien de consejos psicológicos entendidos como terapia incluso religiosa, y que a menudo trasluce como influenciada por el pensamiento de los evangelios en una perspectiva irénica o bien anticonfesional. Es necesario insistir en lo que se refiere a la doctrina católica de los sacramentos y sobre su realidad profundamente terapéutica en el campo de la Pastoral de la Salud.

Los sacramentos son signos prácticos de la sanación que Cristo nos entrega para cumplir la misión recibida de predicar el Evangelio y curar a los enfermos. La salud pertenece al hombre en su totalidad, y en esta totalidad no sólo se debe prever el aspecto físico o psíquico, mental o social, sino también y sobre todo aquel espiritual. La espiritualidad en la salud comprende la armonía y la unidad profunda del hombre, y la enfermedad tiene que ver con la falta de armonía y de unidad. Todos los sacramentos, especialmente la Eucaristía y la Unción de los Enfermos, tienden a dar al

hombre esta armonía de manera tal que la redención de Cristo llegue a los enfermos. La salud temporal forma parte de la salud eterna, es obvio que en este sentido no se identifica simplemente con la carencia de enfermedades, sino que se presenta como una tensión hacia la unidad humana, hacia su plena armonía. Los sacramentos son la acción de Cristo que conduce al hombre a esta vida abundante.

No se trata de una simple terapia denominada religiosa, en la que se proponen ejemplos externos por imitar, para que se pueda soportar mejor la enfermedad, incluso si este ejemplo es el de Cristo; hablando de los sacramentos, no se trata de algo exterior que permanece fuera de los pacientes, sino de algo que adhiere a su ser profundo y forma parte de ellos como fuerza interna recibida de salud.

Es verdad que todos debemos evitar el llamado ritualismo y, mientras sea posible, debemos hacer también una adecuada catequesis sobre el valor y el significado del sacramento que se recibe antes de darlo, pero esto no quiere decir negar el sacramento cuando no es posible realizar dicha catequesis.

De todos modos, esperamos que este estudio que estamos por comenzar nos lleve a una iluminación y a una práctica más adecuada para recibir los sacramentos en el campo de la salud. Esperamos que dicho estudio cultural nos abra nuevos horizontes en favor de los enfermos y el sacramento; que el estudio antropológico fundamental realmente nos muestre los fundamentos en los que debemos movernos; que el estudio teológico dogmático profundice la naturaleza de los sacramentos y nos conduzca hacia una auténtica sabiduría de la riqueza de los sacramentos en la Pastoral de la Salud y,

en fin, que el estudio teológico pastoral nos ofrezca caminos prácticos para actuar en este campo tan necesario en las labores de nuestro Dicasterio.

Deseo agradecer vivamente a los eminentísimos profesores que nos honrarán ayudándonos a reflexionar sobre este importante tema; estamos seguros que con su reconocida competencia nos conducirán a la meta deseada.

Agradezco al Secretario de mi Dicasterio, S.E. Mons. José Luis Redrado Marchite, y a nuestro Vice-Secretario, el R.P. Felice Ruffini, por el trabajo que han desarrollado. Agradezco a Mons. Jean-Marie Mpendawatu por la coordinación del programa; agradezco también al P. Krzysztof Nykiel, Oficial de nuestro Dicasterio, por el trabajo efectuado para organizar este Seminario. Asimismo, mis agradecimientos se dirigen a los que en la Universidad del Laterano, además de su Rector Magnífico, S. E. Mons. Angelo Scola, han contribuido para celebrar este acontecimiento y especialmente al Revdo. Mons. Sergio Lanza, Director del Instituto Pastoral *Redemptor Hominis*, con quien hemos promovido este Seminario.

En fin, agradezco muy calurosamente a todos los presentes que con su activa participación contribuirán a una mejor iluminación en lo que se refiere a la pastoral sacramental en el mundo de la salud.

S. E. Mons. JAVIER  
LOZANO BARRAGÁN  
*Arzobispo-Obispo emérito  
de Zacatecas,  
Presidente del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud  
Santa Sede*

# Los sacramentos en la Pastoral de la Salud

Si tenemos fe, los Sacramentos son milagros; renuevan nuestra vida y todo lo que nos rodea; expresan nada menos que la realidad concreta de la salvación; esto es, tienen que ver con algo grande, mucho más grande que la misma salud o la consolución de las que tenemos tanta necesidad cuando nos enfermamos. Al límite, para estar en el tema de nuestro encuentro, podríamos decir incluso que los Sacramentos son lo que realmente dan sentido a la salud y a la enfermedad. Pero, como todos sabemos, el día de hoy todo esto se da cada vez menos por descontado por los médicos y pacientes

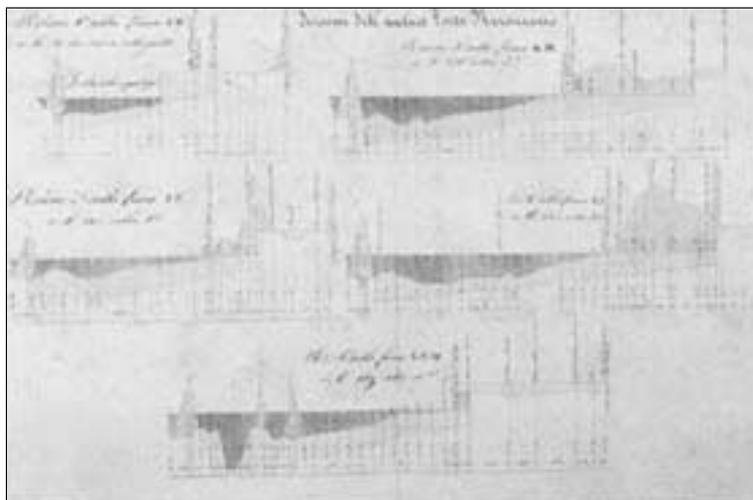
La cultura de nuestra época, nuestro modo de ser y sentir, difícilmente se combinan con la dimensión sacramental; diría que en cierto sentido ella ha desunido los presupuestos, que están replegados en dimensiones cada vez más relativistas, funcionalistas, inmanentistas. Sin embargo, según mi parecer no debemos perdernos de ánimo, ya que la insensatez y la deshumanidad de nuestro repliegue comienzan a manifestarse en todas partes y, de manera asombrosa, justo allí donde debemos enfrentarnos con la enfermedad. Con esto ciertamente no deseo disminuir la dramaticidad de la situación cultural en que vivimos; en lo que se refiere a la "pastoral de la salud", simplemente me parece animador constatar que las razones que la hacen difícil son las mismas que la hacen cada vez más necesaria.

Desde siempre, bajo cualquier aspecto uno interprete la enfermedad, especialmente cuando es grave y afecta incluso a niños inocentes, siempre ha representado una especie de piedra de escándalo, algo que puede poner en crisis incluso a los corazones más fuertes y más animados por la fe. No obstante esto, todos sabemos que justamente la fe es capaz

de proyectarla en una nueva luz, de darle el sentido de un acontecimiento "positivo" de santificación. "Vosotros sois los potentes de la tierra": estas palabras, bellas y terribles, las dirigió Juan Pablo II, no recuerdo ni cuando ni donde, a un grupo de enfermos terminales, para exhortarlos a orar. Pero, ¿cómo aceptar la enfermedad en un mundo que, abandonada toda idea de salvación ul-

que se enferma en Orano. Pobre del que se enferma en un mundo que parece estar programado sólo para la "buena salud". Este es el primer punto sobre el que quisiera desarrollar algunas reflexiones.

Entre los numerosos efectos de la moderna secularización podríamos colocar sin duda esta progresiva ascensión de la salud entre los valores más elevados. Basta mirar en nuestro



traterrena, parece que es capaz solamente de pensar en la salud?

Hay algo de siniestro y de realista en la descripción que, en el prólogo de una de sus novelas más célebres, Albert Camus nos ofrece de la ciudad de Orano, la ciudad de la *peste*. Es un pasaje que parece haber sido escrito particularmente para introducir nuestro tema: "Nunca es agradable estar enfermos, pero hay ciudades y países que te sostienen en la enfermedad, en la que de algún modo, uno puede abandonarse. Un enfermo tiene necesidad de ternura, le gusta apoyarse en algo, es muy natural. Pero en Orano, los excesos de clima, la importancia de los negocios que realizan, el ambiente insignificante, la rapidez del crepúsculo y el género de los placeres, todo requiere una buena salud"<sup>1</sup>.

Por consiguiente, pobre del

alrededor para entender que "la importancia de los negocios", "el ambiente insignificante" y "el género de los placeres" poco a poco han producido una especie de sustitución de la salvación con la salud. El doctor Rieux, el médico de la peste de Camus, en un célebre diálogo con otro protagonista de la novela, el padre jesuita Panelaux, lo afirma expresamente: "La salvación del hombre es una expresión demasiado elevada para mí. Yo no veo tan lejos. Me interesa su salud, ante todo su salud"<sup>2</sup>. Pero en realidad también la mayoría de los hombres de nuestro tiempo parece estar interesada sólo en la salud. Si en la palabra latina "salus" está implícito tanto el significado de salud física, la salud del cuerpo, así como el significado de la salud del espíritu, es decir algo que en cierto sentido recuerda la salvación, hoy

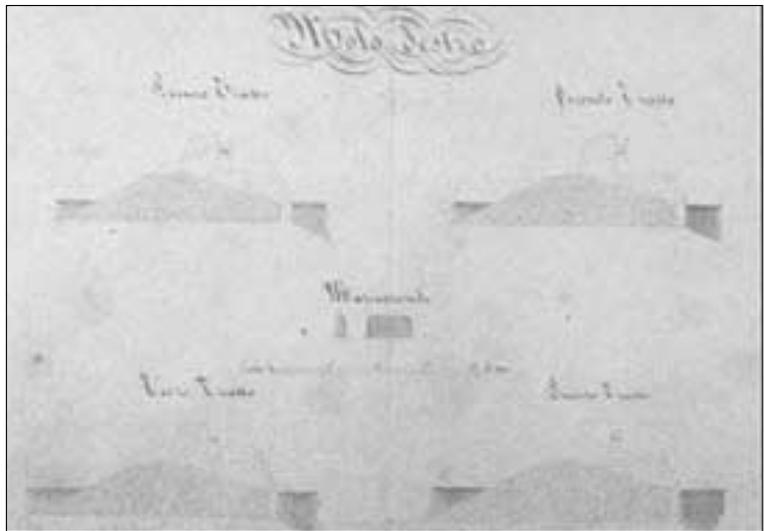
ambos significados se han diferenciado hasta llegar a una especie de extrañamiento. Como es fácil intuir, esto ha ocurrido sobre todo en desfavor de la salud; pero si reflexionamos bien – y no podría ser de otra manera – ha tenido lugar sobre todo contra el bien del hombre que, por el simple hecho de pensar sólo en la salud, ciertamente no ha derrotado la enfermedad y la muerte. Al contrario. Se enferma y muere de una enfermedad y de una muerte que cada vez más no tienen ni sentido ni esperanza.

“Cuando hay la salud, hay todo”: decían nuestros abuelos. Pero lo decían animados sobre todo por la sabia convicción de que no vale la pena afanarse mucho detrás de los asuntos del mundo, dejando el pensamiento de las cosas que realmente cuentan (podemos acumular todas riquezas y todos los placeres posibles e imaginables, pero ninguno nos asegurará nunca que esta misma noche, por una razón u otra, se nos quite nuestra vida). La salud que se invocaba tenía algo que ver con la “salus”; poseía en sí misma incluso la idea de salvación; era siempre la salud del cuerpo y del espíritu. Hoy, en cambio, cuando decimos que la salud es todo, pensamos exclusivamente en la salud del cuerpo; lo decimos porque estamos convencidos de que sin ella nuestra vida no tendría sentido, ante la imposibilidad de gozar plenamente las innumerables oportunidades que ella ofrece. En pocas palabras, una vez que se pierde la salud, la salud del cuerpo, ya no hay más la esperanza; se ha perdido todo. De aquí la remoción que encontramos en nuestra época con respecto a la enfermedad y a la muerte (¿que éste sea el verdadero objetivo, el objetivo latente, del costosísimo sistema sanitario nacional?), pero quizás también la creciente incapacidad, especialmente de parte de los jóvenes, de dar un sentido realmente satisfactorio a su vida.

Casi proféticamente, Giacomo Leopardi hace hincapié en este nexo entre la remoción de la muerte y la incapacidad de vivir una vida sensata, en un pasaje extraordinario de *Zibal-*

*done*: “En fin, se puede decir que los antiguos viviendo no temían el morir, y que los modernos no viviendo, lo temen; y que cuanto más la vida del hombre es semejante al morir, mucho más la muerte es temida y huída, como si nos asustase la imagen continua que tenemos y contemplamos en la misma vida, y aquellos efectos, antes bien, aquella parte, que viviendo lo experimentamos. Y viceversa”.

Obviamente, nadie quiere negar las enormes ventajas logradas por la época moderna, cuando poco a poco se han di-



ferenciado los ámbitos de la “salus” como salud del cuerpo de aquellos de la “salus” como salvación. Sin embargo, parece que la separación radical entre los dos ámbitos ha hecho que, al final, el ámbito de la salvación se vuelva casi redundante, con repercusiones negativas incluso en nuestra capacidad de aprovechar plenamente las innegables ventajas de una salud mejor. Aclaro.

Hablando luhmannianamente, sin ninguna nostalgia por los tiempos en que el médico coincidía con la figura mágica y misteriosa del curandero, debería darse por descontado que la ciencia médica actual se ocupe de la salud de los hombres y la religión se ocupe de su salvación. Pero si miramos los hechos, debemos convenir que la salud se ha cargado de significados “últimos” y el médico, un médico cada vez más especializado, cada vez más reacio para mirar la persona del enfermo y cada vez más concentra-

do técnicamente en la enfermedad, quizás contra su voluntad, se ha convertido en el verdadero depositario de estos valores últimos. Por un lado tenemos pues una medicina y médicos altamente tecnicizados (un efecto de la moderna diferenciación), y por otro, un número cada vez más grande de pacientes que se dirigen al médico como si todavía fuera el antiguo curandero. Como es obvio, en teoría nadie quiere confundir aún el sistema religioso con el sistema sanitario; pero de hecho, la salud se ha convertido en la verdadera salvación, la

enfermedad en la verdadera condena y el médico en el verdadero sacerdote.

La situación es sin duda paradójica y, en mi opinión, con la misma naturaleza del fenómeno de la diferenciación; un fenómeno que, vista su importancia, merece ser explicitado, al menos a grandes rasgos, especialmente en su variante sistémico-luhmanniana. ¿Qué es para Luhmann una sociedad diferenciada y compleja? Es una sociedad que por su misma complejidad ha perdido su centro; no hay más nada, ningún valor religioso, ético o político, que pueda representar la razón de ser de la sociedad; simplemente, existen muchos problemas (la complejidad) que pueden resolverse sólo a través de una selección, es decir, especializando adecuados sistemas sociales (la diferenciación) capaces de resolverlos. A cada sistema social corresponde su específica función de reducir la complejidad. El sistema políti-

co tiene sus reglas, sus códigos, sus funciones, así como lo tienen también el sistema económico, religioso y sanitario; nunca hay que confundirlos. En efecto, ningún sistema puede interferir con otro, ya que por su naturaleza el sistema es cerrado en sí mismo, "autoreferencial", es decir, capaz de ver sólo los problemas para los cuales ha sido constituido. Para problemas nuevos habrán sistemas nuevos, en una especie de continua e irrefrenable diferenciación.

Como he escrito en otra parte,<sup>4</sup> aunque la teoría sistémica sea falsa, lamentablemente no podemos excluir que se convierta en "verdadera" en los hechos, es decir, que la realidad social actual tienda a asumir de veras la forma que le atribuye Luhmann. De todos modos, estamos frente a una dinámica que, según mi modo de ver, es tan perversa cuanto más toca de cerca aquellos sistemas sociales en los que está implicada mayormente la humanidad del hombre. De hecho, si pensamos que se puede organizar el tráfico urbano de manera sistémica, no podemos decir lo mismo de los hospitales y de las escuelas, sólo para hacer un ejemplo. Pero así es. Para enfrentarse a la complejidad producida por su continua diferenciación, la sociedad actual parece realmente favorecer las instancias funcionales de sus varios sistemas parciales, sin demasiados miramientos a las que podríamos denominar las instancias "humanas". Dicho de manera sintética, aunque evocado constantemente en su autonomía y libertad, parece que el individuo no es más el centro y la razón de ser de la sociedad y, antes bien, es relegado en los márgenes o, si se prefiere, en el "ambiente" de los mencionados sistemas sociales. Se da por descontado, por ejemplo, que el mercado, la ciencia, la política, los mas media y el aparato sanitario, tengan cada uno su lógica específica, su código funcional, con el que a nadie se le permite interferir. Al parecer, por esta razón al hombre no le queda sino adaptarse (si lo logra, de lo contrario peor para él). Con las palabras de Niklas Luhmann, el

autor que ciertamente ha tematizado con la máxima radicalidad la posición funcionalista, podríamos decir también que "el hombre ya no es el metro de medida de la sociedad"<sup>5</sup>. He aquí, en extrema síntesis, el sentido en cierta forma inquietante de una sociedad cada vez más funcionalizada.

Si observamos el sistema sanitario, creo que no es difícil ver cuán empapado está de esta lógica funcionalista. El hombre parece estar realmente marginado en el "ambiente" del sistema. Ya sea el médico que el enfermo se convierten en los polos de un aparato que funciona más y mejor, cuanto más logra prescindir de la "humanidad" de ambos. Ya en los años cincuenta, Karl Jaspers había colocado el acento con preocupación en algunos "peligros de la medicina científica". "Entre médico y enfermo – escribe Jaspers – se insertan clínicas, mutualidades, laboratorios de investigación. Surge un mundo que hace posible una práctica médica inmensamente aumentada en su eficacia, pero que luego contrasta con la condición misma del médico. Los médicos se vuelven funciones: médico general, médico especialista, médico hospitalario, técnico especializado, médico de laboratorio, radiólogo"<sup>6</sup>. En cuanto a los pacientes, se reducen cada vez más a simples "clientes" de una "empresa" (la A.S.L. – Empresa Sanitaria Local de Italia) que los asiste de manera cada vez más impersonal, según procedimientos estandarizados (los famosos protocolos), que se aplican mecánicamente a la enfermedad, no a la persona enferma. Sucede así que la ganancia en términos de eficiencia que ciertamente se obtiene de dicho sistema sanitario sea pagado en términos de "humanidad", por razones de las formas de su funcionamiento. "Grandes éxitos terapéuticos son conseguidos diariamente en innumerables enfermos – afirma Jaspers. Pero, es algo estupefaciente, existe una insatisfacción creciente, ya sea entre los médicos que entre los enfermos"<sup>7</sup>.

Una época como la nuestra, cada vez más tecnicizada y funcionalista, con una mano quita

lo que logra dar con la otra; ciertamente ofrece grandes oportunidades para afrontar y curar enfermedades que hasta ayer causaban la muerte sin que ni siquiera fueran conocidas, pero al mismo tiempo hace crecer de manera exponencial nuestras exigencias, nuestras expectativas de salud, hasta transformar la enfermedad en un escándalo insoportable. Quien más y quien menos, todos vivimos hoy en la ilusión de que todo es posible desde el punto de vista técnico; incluso cuando el desarrollo científico-tecnológico da cierta preocupación, en realidad se tiende a pensar que de todos modos serán la ciencia y la técnica que pondrán remedio a nuestros problemas. Esto aumenta la presunción de que las cosas del mundo dependen sobre todo de nosotros, de nuestra capacidad; exaspera nuestro deseo de ser felices en esta tierra; quita el terreno bajo los pies a las cosas del cielo. En lo que concierne a la salud, en esta perspectiva, ella ya no es un don, el don más precioso que Dios puede dar a los hombres, sino se convierte en un "derecho" que es preciso reivindicar a todo coste. Es necesario sanarse por fuerza. Si uno no se sana es culpa de los médicos. Algo así como sucede con los terremotos: la primera cosa que hacemos no es la de indignarnos por una fatalidad que sentimos quizás como injusta, sino vamos a caza de los que han construido las casas sin respetar los criterios antisísmicos.

Con una salida algo a efecto, podríamos decir que nuestra mentalidad está produciendo una especie de "reencanto" del mundo con una base tecnológica. No es un caso que justo hoy, en las llamadas sociedades occidentales adelantadas, se note un gran revival de ritos y prácticas mágicas. Como había intuido Max Scheler, no debemos clasificar la magia entre las formas de saber metafísico o religioso, sino entre las formas del saber tecnológico. En efecto, si lo pensamos bien, vamos al mago o al brujo sobre todo porque es insoportable para nosotros reconocer que para cierta enfermedad no hay nada que hacer; es insoportable no saber

anticipadamente si este o aquel asunto irá a buen fin, si lograremos superar o no aquel examen, si lograremos conquistar o no el corazón de aquella hermosa chica, etc. etc. Lo que no depende de nosotros (es decir la mayoría de los acontecimientos decisivos de nuestra vida) lo aceptamos cada vez más con fatiga. De este modo, por una especie de delirio de potencia, estamos perdiendo el sentido de la realidad, el sentido de nuestro verdadero bien.

En un contexto socio-cultural como el que acabamos de mencionar, y con esto retomamos nuestro tema, no se necesita mucho para entender cuan difícil es hablar de Sacramentos, hoy. En efecto, también los sacramentos son expresamente rechazados o corren el riesgo de ser acogidos de modo mágico-instrumental, pensando sobre todo en la "salud" y ciertamente no en la "salvación". No obstante esto, como decía al comienzo, no debemos desanimarnos. Todos sabemos que detrás del deseo vehemente de salud y de felicidad, típico de nuestra época, está presente la frustración de una cultura que, a fuer de "arteficios", "artefactos" y astucias" en todo nivel, poco a poco ha perdido el sentido de la realidad. Pero como ya lo decía Aristóteles, la felicidad "es un cierto modo de vivir"; la misma salud, como ha muestra-

do entre otros Hans-Georg Gadamer, no es un "producto" del médico, sino "lo que es natural en sí misma"<sup>8</sup>. De todos modos, no se toma una píldora para ser felices, ni se escoge no enfermarse o no morir; lo único que podemos esperar es ser felices no obstante la enfermedad y la muerte: este es el verdadero realismo, aunque bajo ciertos aspectos dramático, de nuestra fe. En este nivel, a nivel de fe, los Sacramentos tienen una realidad divina; sin duda se vuelven una intervención de Dios en la esfera humana para salvar al hombre de la enfermedad y de la muerte; pero al estar fundados también ellos en la cruz, nos obligan no sólo a no perder nunca de vista el sufrimiento, sino a ser por lo menos tan "locos" para aceptarlo.

"Todos los hombres son mortales, Sócrates es hombre, luego Sócrates es mortal". Sobre este silogismo razonaba Ivan Illic, el célebre protagonista de la narración de Tolstoj, obsesionado por la inminente muerte que le asechaba. "¡¡¡Pero yo no soy Sócrates!!!", parece gritar luego el mismo personaje, como si quisiera escapar a todo costo ante la dura realidad. Pues bien, es necesario decir que esta salida es tan bella y emblemática si pensamos en la muerte de Sócrates así como nos lo narra el *Fedone* platónico. Ivan Illic, como buen bur-

gués moderno, luego de haber confiado mucho en una vida ordenada y sin desgarramientos, casi "científica", frente a la muerte ya no acepta ni siquiera la lógica del silogismo más elemental; Sócrates, poco antes de beber la cicuta sigue siendo fiel a la realidad y recomienda a sus discípulos que no olviden "la deuda de un gallo a Asclepio".

Sé que los Sacramentos representan mucho más. Pero me contentaría si, en un mundo evasivo, evanescente y cruel como el nuestro, nos ayudaran a soportar el mal y la muerte como lo hizo Sócrates: como hombres.

Prof. SERGIO BELARDINELLI  
*Profesor de Antropología filosófica  
 Universidad de Bolonia  
 e Instituto Juan Pablo II  
 de la Pontificia Universidad  
 del Laterano*

## Notas

<sup>1</sup> A. CAMUS, *La peste*, en Id., *Opere*, Classici Bompiani, Milano 1974, vol. I, p. 133

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 306

<sup>3</sup> G. LEOPARDI, *Zibaldone*, 3031

<sup>4</sup> Cf. S. BELARDINELLI, *Una sociologia senza qualità. Saggi su Luhmann*, Angeli, Milano 1993.

<sup>5</sup> N. LUHMANN, *Sistemi sociali*, Il Mulino, Bologna 1990, p. 354

<sup>6</sup> K. JASPERS, *Il medico nell'era della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995, p. 48.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 45.

<sup>8</sup> Cf. H. G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, p. 42.

# Los sacramentos: aspecto antropológico

## Introducción

En la presente contribución acerca del aspecto antropológico de los sacramentos, trataremos de poner de relieve una especie de ida y vuelta:

– por un lado la condición humana, es decir, el hombre en su naturaleza y su inserción en la historia de la salvación, que ilumina el misterio de los sacramentos, poniendo en evidencia su conveniencia y significado;

– por el otro, los sacramentos ya sea en su estructura in-

terna como en sus aproximaciones recíprocas, iluminan el misterio del hombre y ponen en evidencia bajo qué dimensiones de su vida se alcanza la gracia divina.

Esta doble reflexión presupone el conocimiento de los grandes datos de la doctrina sacramentaria y los esfuerzos realizados en los últimos tiempos para colocar a los sacramentos dentro de la economía de la encarnación redentora y en el organismo eclesial. Con estos presupuestos, trataremos de relacionar estos datos con

el misterio del hombre y enriquecer la comprensión del mismo.

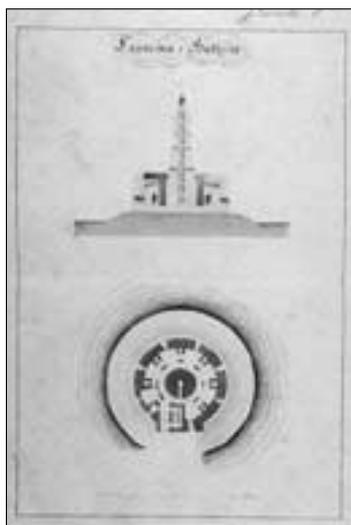
Partamos de una dificultad pastoral que desde hace algunos decenios se ha vuelto muy general en nuestros países occidentales: el fenómeno de la regresión de la práctica religiosa. Ahora bien, ¿esta realidad sugeriría que los sacramentos tienen poco interés para el hombre de hoy? ¿Realmente es así? ¿Podemos captar lo que esto revela negativamente de la relación entre el hombre y los sacramentos?

## ¿Quién es un “católico no practicante”?

Para muchos bautizados, los contactos con la Iglesia tienen lugar solamente con ocasión de las grandes etapas de la existencia familiar: ante todo el nacimiento, el catecismo de los niños hasta el inicio de la adolescencia, el matrimonio y la muerte. A estos se añaden las festividades de Todos los Santos, Navidad y Pascua. Es justamente en estas oportunidades que los sacerdotes escuchan la famosa afirmación: “Padre, soy católico, pero no practicante”. A veces, todo esto está rodeado de algunas observaciones: “Esto no me impide tratar de hacer el bien o de rezar personalmente; vale más la sinceridad interior que la práctica exterior e hipócrita, etc.”. Ahora bien, cuando es posible un diálogo más esencial, nos damos cuenta que los verdaderos problemas se colocan en una dimensión más profunda. La expresión “católico no practicante” deja traslucir que esencialmente se sigue siendo católico, pero que simplemente ha disminuido un poco la frecuencia de los gestos cristianos exteriores. Pero en verdad, ¿la falta de práctica no revela quizás el abandono sustancial de la misma fe? ¿En qué cree, qué es lo que vive un “católico no practicante” en el aspecto religioso? Sin querer juzgar a las personas caso por caso, la experiencia de los diálogos pastorales permite discernir cierto número de tendencias de fondo.

1. El católico no practicante generalmente concibe la vida de fe bajo dos aspectos: en el plano interior, la sinceridad (que puede incluir cierta vida de oración individual), en el ámbito exterior, la preocupación de una vida moral mínima (no matar, ser generosos, etc.). Esto es para él lo esencial de la vida cristiana. Ahora, lo que falta aquí en primer lugar es el ejercicio explícito de la vida teológica. No está necesariamente ausente, sobre todo si la persona ha conservado cierta vida de oración (no siempre es así). Pero lo que queda tiende a reducirse a la esfera íntima individual, y ya no encuentra espacios para expresarse como tal

hacia lo exterior. Se mella, pues, la dinámica personal del actuar teológico del interior hacia el exterior, la expresividad del corazón filial en la carne y en el mundo. Obviamente, la sinceridad interior encuentra todavía una expresión de cierta preocupación de vida moral, pero esta preocupación no es esencialmente cristiana (la podemos encontrar en los budistas, en los agnósticos e incluso en los ateos). Si aún hay fe en Dios o en Cristo, ya no logra expresarse en gestos o en palabras específicas y explícitas: esto vale para los sacramentos pero también para toda oración pública y visible, para la preocupación de manifestar la propia fe en torno a sí mismo, o también en lo cotidiano ante el deseo de actuar no sólo con honestidad, sino por amor explícito a Cristo.



2. Esta ruptura en la dinámica de la exteriorización presupone aquella del movimiento de interiorización espiritual. Esto significa la capacidad de reconocer y de integrar interiormente la presencia y las iniciativas de Cristo, así como se me presentan en la exterioridad concreta:

- en los sacramentos que tienen un carácter visible, audible y palpable, y que toman lugar en mi historia personal y social,
- más globalmente, en la vida eclesial, pertenencia comunitaria que da significado y realiza la pertenencia a la comunidad divina,
- y también en todo tipo de acontecimientos, de llamadas y de encuentros mediante los

cuales Cristo nos habla y actúa: este pobre en mi camino, esta oportunidad de servir a mis hermanos, mi profesión, esta ofensa sufrida que me configura a Jesús crucificado.

En general, los no practicantes tienen un sentido muy tenue de esta presencia viviente de Cristo y de su Amistad divina en el corazón de los acontecimientos de su vida concreta. En lo que respecta a su vida sacramental, es una sacralidad matizada que a menudo sustituye la fe viviente en Cristo que obra por la fuerza actual de su resurrección. La pertenencia eclesial tiende a reducirse a una formalidad jurídica poco atractiva. En lo que se refiere al tejido de la vida cotidiana, vida de familia, de trabajo, de sociedad o de vecindad, ya no aparece más para la libertad como el lugar concreto de expresión y de realización de la elección y de la llamada de Dios. Tiende a reducirse a la alternancia sufrida entre constricciones sociales estresadas y distracciones compulsivas. La necesidad de Dios o de lo sagrado ya no se manifiesta sino en ciertas oportunidades específicas.

3. Aquí se toca la representación espontánea de lo real y de la vida. En un contexto en el que no subsiste la práctica religiosa, Dios pierde el rostro concreto, histórico y encarnado que tiene en Jesucristo y en la Iglesia, y se convierte en objeto de cierta creencia velada, en “una fuerza sobre nosotros”. Cada acto del hombre ya no concierne *hic et nunc* su amor a Cristo: en el mejor de los casos es suficiente contar con un balance moral globalmente positivo. Ya no se trata de cristianismo sino de deísmo. Fundamentalmente, se pierde de vista el misterio de la encarnación redentora. Si es históricamente verdadero que la Iglesia y los sacramentos son dones preciosos de Cristo que ha pagado por nosotros con su vida, entonces no puedo sustraerme voluntariamente a ellos sin herirlo en su amor hacia mí y sin herir a su Iglesia con mi ausencia: de hecho, este Amor se ofrece a mí en el *hic et nunc* sacramental, y sobresale con cada vez mayor ardor hacia Cristo para quien mi misión y mi eternidad

tienen un gran valor y se manifiestan en el hoy. Si soy indiferente a esta realidad (quizás no por mi culpa), significa que no he percibido lo concreto de este misterio que, sin embargo, constituye el centro específico, el corazón que late de la fe cristiana.

4. Vinculado con el misterio de la encarnación, lo que está en juego es la percepción de la realidad concreta y de la alteridad de la Persona y del amor de Cristo cuya medida es desproporcionada a la nuestra. Al no practicante parece que no es suficiente la percepción de su buena voluntad moral. Comparada con los efectos ardientes del amor de Cristo hacia él, la suya es una medida muy miserable, casi decepcionante. Como dice San Agustín, *“la medida de amar, es amar sin medida”*: esta medida no la puede alcanzar el hombre si no la recibe de Aquel que *“habiendo amado a los suyos que estaban en el mundo, los amó hasta el extremo”* (Jn 13, 1). Por otro lado, el no practicante no tiene un interés en sus gestos religiosos sino según *“lo que ello comporta para él”*, visto desde un punto subjetivo e inmediato. No tiene en cuenta si estos gestos son realmente sensibles al Corazón de Cristo, o si objetivamente traen algo a la Iglesia y al mundo. Es verdad, por cierto, que la actitud de los no practicantes no deja de tener significado: si el 95% de los jóvenes que han sido catequizados se alejan de la práctica religiosa porque, según afirman, esto no comporta nada para ellos, debemos concluir por lo menos que en varios años de catecismo no hemos sabido hacerles percibir existencialmente cual es el alcance de los sacramentos. Subsiste la necesidad de una verdadera solicitud pastoral. Pero, al ser exclusiva, esta percepción de los sacramentos la reduce en ocasión de una gratificación psicológica y, por tanto, de una desilusión o de un abandono cuando ya no gratifica. Probablemente se trata de una lógica de inmediatez generada por una parte del ambiente de consumismo que nos rodea. Impide percibir a Cristo como trascendente a mis deseos. Esta misma lógica debilita todo el

ámbito de las relaciones interpersonales: tiende a reducir al otro a un estado de puro medio de satisfacción egocéntrica. Por el contrario, la objetividad material y eclesial del sacramento que debo acoger tal como es dado, manifiesta una gracia de la cual Cristo mismo, y no mi sentimiento, es origen y medida.

Esto es muy claro en el ejemplo del sacramento del perdón. Mis pecados participan históricamente de la crucifixión de Cristo y no puedo reducir el perdón a una gratificación o a un dato al que tendría derecho a través de una oración. Frente a una persona a la que he ofendido y más aún frente a Cristo, pedir perdón supone un momento de vulnerabilidad efectiva. Esto expresa que mi pecado me hace indigno de lo que pido y si el perdón es totalmente un don inmerecido de parte de Cristo *“que me ha amado y se ha entregado por mí”* (Ga 2, 20). Esto significa también que El y no yo es el juez de las disposiciones interiores que me capacitan para recibir su perdón. Puesto que completa la confesión hecha al ministro enviado por Cristo, la estructura del sacramento del perdón permite esta vulnerabilidad, esta mirada de verdad sobre mi vida acogida desde afuera, y el gozo no esperado del inmerecido don que recibo. Todas las tentativas para interrumpir este momento no se revelan satisfactorias, tanto desde el punto de vista objetivo como subjetivo.

Concluamos estas observaciones. ¿Qué es lo que del planteamiento antropológico de los sacramentos revela negativamente la falta de práctica religiosa? Pone en evidencia de qué modo los sacramentos constituyen para la persona factores importantes del equilibrio espiritual de la relación con Dios y con Cristo. El carácter objetivo de los sacramentos permite el equilibrio dinámico entre interioridad y exterioridad de quien los recibe. Este equilibrio tiene como referencia fundamental el misterio de la encarnación: el sacramento es el acontecimiento de salvación en la historia de la persona, iniciativa de Cristo que hace actual el acontecimiento

central de la salvación, su muerte y su resurrección para todos y cada uno de nosotros. El contexto de este equilibrio se encuentra en la mediación eclesial: el sacramento se manifiesta no sólo como gracia individual sino como gracia mediante la Iglesia y por la Iglesia, lugar concreto de la comunión. Allí donde desaparece la práctica de los sacramentos, no debemos maravillarnos si vemos derrumbarse este equilibrio, entre una subjetividad cerrada y una objetividad insignificante, entre una individualidad intimista y una Iglesia que se ha vuelto extraña, entre una historicidad secularizada y un Dios abstracto.

### Los sacramentos y el sentido de lo sagrado

Hemos dejado de lado un punto sobre cual es preciso detenemos. A menudo se interpreta la regresión de la práctica religiosa sólo en el contexto de la secularización: cuando desaparece la vida sacramental, no quedaría sino la vida profana. Ahora bien, cada vez es más evidente que no es así, al menos a largo plazo. Desde hace algunos años, se habla del *“retorno de lo religioso”*. Sólo nuestra falta de contacto viviente con la cultura real puede explicar que no nos hemos dado cuenta rápidamente de que: el espiritismo se estaba volviendo una moda desde el inicio de este siglo; desde los años 60, el orientalismo había invadido el mundo de la canción (entre otros, los Beatles); la difusión de temas esotéricos y parapsicológicos ya estaba muy adelantada en los años 70 (en ese entonces habría bastado darse cuenta mirando los estantes de las librerías para el gran público). Estos fenómenos se han vuelto masivos. Debilitando las referencias visibles de los gestos cristianos, la secularización crea sólo temporalmente un vacío religioso: éste es rápidamente colmado por ídolos profanos (progreso, comunismo, ciencia, moda, juventud, salud, etc.), y luego, frente a su incapacidad de hacer feliz al hombre, por los ídolos explícitamente religiosos.

El problema hoy ya no es más hacer que un mundo racionalista acepte que los milagros cristianos existen: es mostrar que no soy un caso particular de lo que generalmente es raro (poderes mentales, UFO, etc.).

¿En que consiste lo “sagrado”, que se sustituye a lo “sagrado cristiano” del que los sacramentos son el centro? Globalmente, corresponde a un retroceso del rostro personal de Dios: tenemos delante no “alguien” sino “algo sagrado”, un misterio anónimo y multiforme. De aquí se deduce una búsqueda de experiencias de lo sagrado que ya no tienen la forma de un encuentro personal con Dios, sino de una inmersión en



un gran todo, o de una manipulación de energías de tipo mágico. En el “channeling” new age, se busca entrar en contacto incluso con “entidades espirituales”, pero poco importa que consisten: el interés se encuentra en las experiencias a las que nos introducen, en los resultados o en los poderes a los que se puede acceder a través de ellas. Por lo demás, los interrogantes “quién es Dios” o “quién soy yo” tienen incluso menos importancia ya que las personas son entendidas como fajas de energías que es preciso armonizar, sin excluir que puedan fundirse, antes bien, dividirse en “sub-personalidades”. Esta representación implica también un retroceso del sentido de la libertad, y una oscilación entre el sentimiento de estar sometidos al flujo del tiempo y tentativas para dominarlo y manipularlo (las “propinas”). Añadamos, en fin, que este sentido de lo sagrado corresponde

también a un fuerte retorno del pensamiento simbólico en oposición al pensamiento conceptual y racional. Cósmicas o antropológicas, todas las experiencias simbólicas se vuelven inmediatas “ierofanías”, posibilidades de una comunión directa con lo divino. Por tanto, estamos en pleno panteísmo: un Todo divino del cual cada hombre se supone es sólo un aspecto, una Totalidad (“hole”) de la cual un elemento particular de algún modo entra en resonancia en la experiencia simbólica.

Aquí reconocemos la figura del primer pecado: la tentativa de emposarse inmediatamente de lo absoluto reduciéndolo a cosa (el fruto al alcance de la mano), tentativa que se paga con una reducción de sí a este mismo estado (los hombres se vuelven cosas unos para otros, o incluso cosas sacudidas por fuerzas que lo superan). Ahora bien, esta figura del pecado se comprende sólo en su relación con la gracia original que abjura: “el ser humano a imagen de Dios”. La “imagen” en su sentido bíblico es una realidad casi sacramental: no sólo la “representación” de algo sino, en cierto modo, su presencia efectiva (lo cual explica el rechazo del Antiguo Testamento de fabricar imágenes de Dios). Si esta es la condición original del hombre, cada acción se vuelve signo eficaz del actuar amoroso de Dios: la polaridad sexual es signo eficaz de la presencia del creador en su criatura; llamados a “crecer y multiplicarse”, el hombre y la mujer se convierten, mediante el don mismo de la vida humana, en ministros de la vida divina de sus niños; y la relación que mantienen con la Creación que deben “llenar y someter” está llamada a constituir el lugar del don de Dios. El “sentido de lo sagrado” simbólicamente inherente a los grandes acontecimientos antropológicos y a la relación a la creación, se interpreta como lo que queda, después del pecado, de un orden sacramental que habría debido ser coextensivo con la humanidad agente. Lo que queda es un conjunto de experiencias humanas que sugieren y recuerdan lo divino, pero ya no lo comunican. Es un contex-

to en el que el hombre busca irreprensiblemente lo divino, permanecen estas tentativas para emposarse de él, características del antiguo y del nuevo paganismo.

No podemos atribuir a los sacramentos el mismo tipo de “sagrado” que aquel en el que actualmente vemos el retorno. Los sacramentos nos ponen como personas frente a un Dios personal y la gracia fundamental que nos dan no es una experiencia fusional de lo divino, sino una persona divina real y definida: Jesucristo. Sin embargo, si lo que acabamos de ver es exacto, entonces su relación con el sentido humano de lo sagrado no hay que concebirlo sólo en términos de oposición. De parte de los no practicantes, los interrogantes sacramentales aparecen sobre todo como deseos de sacralización de las grandes etapas de la existencia. En otros términos, la ausencia de práctica religiosa ha conducido progresivamente su sentido de lo sagrado de su forma personal y relacional en Jesucristo, a su forma pagana coextensiva con la vida del hombre, y más o menos cargada de inmediatez y de anonimato. Sin embargo, el pecado hiere la naturaleza pero no la destruye y la gracia de Cristo no la niega, sino la cura y la eleva: como “nuevo nacimiento”, el bautismo mantiene una auténtica relación con el nacimiento humano; como “madurez cristiana”, la Confirmación tiene un vínculo real (por precisar) con la madurez humana. Esto significa que las solicitudes que se hacen a la Iglesia de sacralización de las grandes etapas de la vida permanecen humanamente legítimas. Y en la economía de la gracia que es la nuestra, sólo los sacramentos cristianos corresponden adecuadamente, incluso trascienden esta respuesta. Lejos del tener que ser despreciado, el “sentido de lo sagrado” que estas solicitudes sacramentales manifiestan, hay que tomarlo seriamente: es el lugar de un deseo religioso que por un lado es legítimo y que, por otro, si no será evangelizado, regresará a las formas paganas que naturalmente son suyas desde el primer pecado. Todo el desafío del ministerio parro-

quial está aquí. No podemos contentarnos de soluciones unilaterales: sacramentalizando sistemáticamente, los sacramentos se reducen a lo sagrado-pagano, pero rechazando los sacramentos por oposición purista a lo sagrado-pagano, se comete un error contra el hombre, y contra el misterio de la encarnación que diviniza al hombre, sin negarlo sino curándolo y asumiéndolo. La llave de este desafío se llama nueva evangelización: en este caso, consiste en acoger las solicitudes sacramentales tal como son, es decir, en su estado inicial pagano, para transformarlas en el lugar de un anuncio fuerte de la salvación sólo en Cristo *“porque no hay otro nombre en el cielo y en la tierra por el cual podamos salvarnos”*.

### Conclusión

Para concluir, una breve observación sobre el contexto particular que representa la pastoral de la salud. Cierta número de realidades antropológicas toman un peso particular: el sufrimiento y a veces la perspectiva de la muerte, los inte-

rrogantes en torno a la culpabilidad y al pecado (¿Por qué él? ¿Por qué yo? Problema del SIDA), pero también en torno de la salvación (¿Qué hay después?). Todo esto, sin considerar el modo especial en que estas preguntas reflejan existencialmente en el personal que asiste. Por un lado, son experiencias humanas que ponen al hombre frente a su impotencia radical para salvar a sí mismo y ningún lugar parece ser más adecuado que el de las cruces humanas más pesadas para anunciar la cruz victoriosa de Cristo. Por otro lado, es también un campo que el neo-paganismo “new age” trata de ocupar proponiendo por ejemplo terapias psico-espirituales, o el seguimiento de moribundos en busca de una muerte “soft”. Y no hablo aquí de las prácticas de ciertas empresas funerarias que, con el fin de un aducido mejor servicio de la clientela, tratan de granjearse la presencia de ministros del culto como si fueran empleados para acaparrarse las parroquias (este fenómeno que se ha desarrollado mucho en Estados Unidos comienza a aparecer en Francia). Estos son los elementos que es preciso tener en cuenta,

o que lo serán a breve y a mediano plazo. El interrogante que hemos visto que se plantea de manera aguda en las parroquias se transpone en el contexto de la pastoral de la salud: concretamente, ¿qué significará la relación que hemos tratado de identificar entre pastoral de los sacramentos y emergencia de evangelizar o de re-evangelizar (los enfermos, las familias, el personal sanitario)?

En este contexto, los sacramentos que están en juego más inmediatamente son el de los enfermos, el perdón, la eucaristía, el orden (presencia y papel de los sacerdotes y de los diáconos) y a veces el bautismo en peligro de muerte. ¿Cuáles son los medios para manifestarlos más claramente por lo que son: acontecimientos de salvación encarnados en los sufrimientos humanos, actualizaciones de la Cruz y de la resurrección, pasaje de Jesucristo como Persona, acontecimiento eclesial?

Son interrogantes que remito a los intercambios que tendréis con ocasión de este encuentro.

P. DENIS BIJU-DUVALL  
*Profesor de Teología pastoral  
 especial en el Instituto Pastoral  
 “Redemptor Hominis”,  
 Pontificia Universidad del Laterano*

## Un sacramento para el sufrimiento. La fe en Dios y la esperanza de vida

La acción ritual del sacramento es aquella particular forma de intervención de la Iglesia, gracias a la cual ésta se dirige al hombre para que, abriéndose a Dios que salva, responda a la iniciativa divina y, por tanto, tenga fe<sup>1</sup>. El hombre es encontrado por el sacramento en una situación existencial concretamente calificada, de manera que le pide formular la respuesta de fe dentro de una situación de vida bien determinada. La decisión de la fe no representa una elección que se realiza de modo separado del curso emprendido por la existencia y con esto se abstraiga del tiem-

po y del espacio. La verdad divina, a la que el hombre corresponde a través de la actitud de la fe, posee en sí misma una dimensión de universalidad pero sin que por esto se identifique con un principio abstracto y menos aún con un elemento genérico. La verdad divina está abierta a todos los hombres con la invitación para cada uno de poner en acto una toma de posición que se justifica a la luz de la verdad, la de Dios, que lejos de eliminar la singularidad de cada uno, la motiva y custodia eficazmente. Con esto la verdad divina se destina al hombre, cuando éste decide por sí mis-

mo y el camino, que permite a cada uno que sea conforme a la verdad, es un camino del todo particular. Precisamente a esta particular experiencia, que se califica como la condición de enfermedad-(muerte) y de sufrimiento, la Iglesia ha ofrecido una plena atención a lo largo de toda su historia, con una continuidad que en las investigaciones alrededor de los fenómenos de la historia resulta más que evidente<sup>2</sup>.

Desde sus inicios la Iglesia manifiesta que toma en serio el riesgo y la peligrosidad que la situación de sufrimiento reviste ante la realización de sí a la que el hombre está destina-

do por la misma creación. Desde el inicio del acontecimiento de la comunidad cristiana la atención en favor de los enfermos se manifiesta mediante una acción que es conocida y precisa en sus connotaciones esenciales, aunque, en el estado actual de las búsquedas, no fácilmente reconstruible en sus detalles, y que tiene por finalidad la salvación de aquel que se encuentra en el sufrimiento. La invocación de la comunidad, segura del poder del Señor pues está afianzada por lo que ha podido ver en el “desper-



tar” y en la liberación de la muerte de cruz, se dirige a El para que en su benevolencia responda a la oración de la fe. De este modo, la acción de la comunidad hace todo transparente la continuidad que debe subsistir entre el deber, al cual la comunidad de los cristianos se dedica, y la misión, de la que Jesús ha sido el protagonista de manera totalmente especial. La acción forma parte del testimonio de la comunidad que en el curso de los acontecimientos humanos reafirma lo que Jesús ha querido realizar una vez para siempre en beneficio de los hombres (cf *Mc* 6, 13 y 16, 17-18). En la realización de la tarea es toda la comunidad que debe sentirse implicada pero para que el desarrollo y el significado de la tarea común sean coherentes con el momento original y fundante de la fe, el “presbítero” debe desarrollar un papel que de por sí le es propio y, por tanto, no de puro mandato (*St* 5, 14-16).

La presencia del “presbítero” es el signo y, al mismo tiempo, la garantía de la calidad del testimonio que la comunidad de los cristianos debe poseer para poder ser solidarios con lo que Jesús dejó ver a través de la economía de su actividad. En el acontecimiento personal de Jesucristo es, en efecto, el último “tiempo” de la historia que ha aparecido dentro del acontecimiento de la humanidad, colocando en el corazón mismo de la historia el dinamismo que la anima. La preocupación demostrada por la comunidad para el enfermo quiere ser, y de hecho lo es, la expresión de la plena asociación de los cristianos a lo que Jesús realizó a través de los momentos de curación y del milagro. Los episodios de curación ciertamente han hecho su aparición en la narración del Nuevo Testamento según una medida indudablemente más abundante con respecto a lo que no sucede en el Antiguo Testamento<sup>3</sup>. En el Antiguo Testamento encontramos sólo tres narraciones, perfectamente detalladas, de curaciones milagrosas en situaciones de enfermedad: la serpiente de bronce en el desierto (*Num* 21, 9), la curación de Naaman el jefe del ejército del rey de Aram (*2 Re* 5, 10-14) y la curación de Ezequías el hijo de Acáz rey de Judá (*2 Re* 20, 1-11). Ahora bien, la clara ampliación del número de milagros es querido por el Nuevo Testamento con el fin de poner de relieve el valor de lo definitivo propio del acontecimiento de Jesucristo. En la curación se reconoce el don del que está acompañada la venida del tiempo definitivo, gracias al cual Dios introduce el cumplimiento irreversible del acontecimiento de los hombres.

El cumplimiento, mientras provee a colmar al hombre de los beneficios divinos, comporta el pronunciamiento del juicio de total condena sobre todo lo que de modo directo se opone a la realización del hombre y, desafiándolo, logra sólo amenaza y peligro para él. La obra definitiva de Dios es la misma de la que vive Jesús y en nombre de la cual ha-

bla con un grado de autoridad que de inmediato aparece ampliamente diferente de aquella de otros maestros. Esta obra de Dios encuentra su actuación y obtiene su visibilidad mediante la respuesta que le proporciona el hombre que es invitado a creer, trayendo fruto contra toda esperanza en el hecho que Dios mismo haya venido a visitarlo en vista del cumplimiento que no desilusiona<sup>4</sup>. El sigilo de la respuesta, que el hombre proporciona, le ha sido presentado y concedido en virtud de la cruz de Cristo, ya que Jesucristo “debe” ofrecer a sí mismo para que se manifieste la salvación que Dios dona a aquel que permanece fiel, fiel hasta la muerte. Entonces es de suma importancia el hecho que Jesús declare con su palabra y haga presente con su estilo de vida que la beatitud de Dios ya está presente y obra en medio de los hombres. Lo que él desea especificar es cuál sea la forma en la que únicamente la “felicidad” puede ser el “cumplimiento” del hombre y por consiguiente cuál sea la razón, en la que debemos inspirarnos en vista de la elección por hacer entre la verdadera y la falsa felicidad, entre el tener la vida y perderla irremediabilmente (*Mt* 5, 3-12). Jesús nos coloca contra la consideración, por cierto más cómoda y difundida, que considera advertir en la felicidad la finalidad a la cual debe tender la acción del hombre.

La felicidad más que estar colocada a la fin de la acción, y por tanto más que ser la consecuencia el hombre parecería ser capaz de alcanzar cuando obra, en realidad es lo que a él se le dona para que sea el origen de las acciones por realizar. La única posibilidad de felicidad, en la que es necesario entrever la auténtica realización del hombre, no define esto por lo que y hacia lo que el hombre actúa, sino la fuerza que sostiene y el factor que anima la obra del hombre. La promesa evangélica introduce con esto la novedad de una recompensa que aparece cierta para todos los que no obran en vista de recibir una recompensa. La recompensa es segura

para todos los que viven de la libertad de la fe ya que ésta, que no surge de sí misma, puede alimentar el interés por los demás. El don acogido es la raíz del servicio destinado a todos, ya que en el servicio prestado no hay ninguna razón de contradicción o impedimento para el logro de sí mismos. El hombre de fe encuentra al Señor en las necesidades del cuerpo material de este mundo nuestro alrededor del comportamiento que se ha tenido (*Mt 25, 35-36*). Por tanto, Dios no anula el deseo de felicidad y de vida del hombre sino hace que el deseo se vuelva plenamente conforme a la verdad del vivir. En este sentido, aunque sólo en este sentido, el sufrimiento de la enfermedad puede llamarse una prueba, según como impone al hombre que se decida con respecto a la vida y de aquel significado por el cual él, esto es en su especificidad de ser personal, no se pierda.

El rito sacramental es pues lo que permite al hombre enfermo actuar su decisión con respecto a la existencia, ya que la propiedad del acto ritual de la Iglesia consiste en poner en campo lo que el Dios de Jesús garantiza y hace posible en total beneficio de cada uno. Que se trate de una auténtica decisión que es preciso tomar y no de un simple discurrir que, pasando en reseña los eventuales responsables de la presencia del mal, deje sin embargo globalmente inmutado el estado de cosas, lo prueba también la sugerencia que el filósofo Boecio plantea con respecto a la cuestión del mal y de la culpa. Como encarcelado y en espera de la ejecución capital él insiste declarando: “Si Dios existe, ¿de dónde el mal y la crueldad? Así también el bien, ¿de dónde si El no existe?”. La única fórmula, que puede aspirar a identificar la justa posición de la cuestión del mal, reviste por tanto la configuración de la pregunta, a la que se responde sólo bajo la condición de exponerse en primera persona. En la respuesta, siempre y de todos modos personal, según lo que subraya Boecio, el que es llamado directamente en

causa es Dios mismo. La llamada a algún otro, que no se identifique con Dios, transformaría el alcance del mal presente en el sufrimiento y en la culpa, en algo netamente insignificante. El proceso intentado a propósito del mal debe conducir a Dios, para interrogarnos acerca de la naturaleza, que es aquella específica de Dios, y acerca del contenido de la voluntad divina con referencia al hombre tal como él es en lo concreto de la cotidianidad.

En efecto, parecería surgir una alternativa entre la bondad y la fuerza divinas: si Dios es bueno, ¿por qué no provee a detener el mal y si es potente por qué tolera el mal y el influjo del mal en el hombre y en el mundo?<sup>5</sup> Según el juicio humano la maldad del mal alcanza, su expresión más evidente cuando la desgracia afecta al “inocente” y lo transforma en víctima, particularmente al niño “inocente”. De este modo, la extensión de la amenaza del mal no tiene confines: no sólo porque el mal llega a afectar al imprevisto sino sobre todo porque no muestra tener respeto por ninguno o incluso tiene cierto atenuante por alguno. En el caso del niño, el hombre aparece sin la misma posibilidad



de la palabra y de la acción, mediante las cuales al menos tome las distancias del mal, indicando el grado de ajenidad con respecto a lo que el deseo de vida contiene y propone. Al respecto, y por tanto la clara certeza del perfil netamente destructivo del mal, la voz más crítica que se eleva

contra la prepotencia y el peso por nada soslayables del mal, es aquella que encontramos en los textos de la Sagrada Escritura. La Biblia no prevé hacer una presentación de Dios y en que consista su acción de redención y pretenda ponerlos al reparo del lamento del hombre que sufre<sup>6</sup>. Es el libro de los Salmos el que, según una perspectiva totalmente exclusiva pero gracias a la cual releemos todo el mensaje de la revelación de las Escrituras, refiere el lamento de aquel que se encuentra en el sufrimiento.

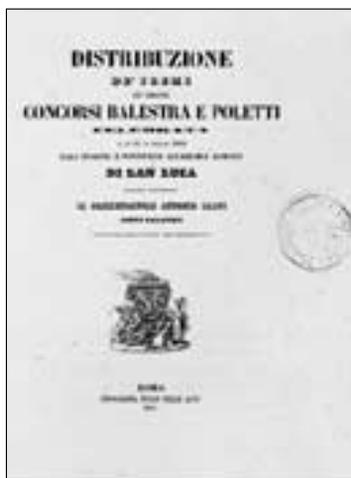
En el mismo libro de Job, lo que los mitos a menudo han tratado de minimizar, es decir la necesidad de intentar con la divinidad la discusión alrededor del mal, se propone como una cuestión inevitable, cuando no se quiera trivializar o desconsiderar el sufrimiento del hombre. Job no se muestra ni tranquilo ni resignado y por lo mismo no se sustrae a escudriñar lo que generalmente era sostenido por otros y que los amigos están prontos a recordar haciéndolo valer como opinión común. Lo que interesa a la narración del libro es la particular forma de “sumisión” a la que el personaje del texto llega y por la cual éste, no renuncia a elevar su protesta contra Dios, pero tampoco llega a la negación de Dios. En otras palabras, la acusación y la protesta de Job no se ponen fuera del horizonte de la fe sino precisamente buscan dentro de ella una aclaración para reencontrar y comprender con más pertinencia lo que se cree. Este mismo objetivo lo encontramos en la fórmula del salmo que, según el juicio de algunos estudiosos, reviste la misma función que tienen los “exvoto”. En efecto, la oración es formulada una vez que se ha alcanzado la finalidad de salvación de la que habla el salmo. Pero de este modo, dando una fuerte importancia al lenguaje del lamento, el hombre que ruega con el salmo, aclara que no se puede considerar “natural” de parte del hombre subyacer al empuje del mal.

La inquietud espontánea es entonces acabar con todas las

formas de religión y todos los sistemas de reflexión que quisieran poner el mal como expresión normal de la calidad de finitud del hombre y de la connotación de finitud del mundo en cuyo espacio vive el hombre. El mal no es la simple contraseña de que el hombre está en el mundo y el simple dispositivo mediante el cual se califica su identidad. El mal es propiamente lo que ataca al hombre agrediendo en su totalidad, sin limitarse a poner en dificultad un aspecto o a poner en discusión un perfil, dejando sobrevivir intactos todos los demás componentes. Esto significa que no existe ningún motivo de necesidad dentro del asomarse del mal en la escena de la vida del individuo y del mundo de los hombres. No hay alguna motivación pertinente para que se convalide la declaración que sostiene que el mal debe existir obligatoriamente. Antes bien, la definición del mal es la que lo indica como aquello que en verdad de ningún modo y por ninguna finalidad debe estar, ni dentro ni fuera del hombre.<sup>7</sup> Al explicitar su contraposición al mal el hombre orante de los salmos explicita también el criterio último de las afirmaciones que la oración propone, identificándolo en la declaración valiente y decidida de la existencia. Cómo sea posible que el hombre llegue a tener su nombre, el que le pertenece de un modo naturalmente exclusivo y propio, en esto está lo esencial de la oración de los salmos elevada en los casos de sufrimiento y mal.

De este modo la oración, es decir el lenguaje peculiar de la relación humana con Dios, fija y tematiza lo que fácilmente podemos considerar como la característica y la raíz típica del mal y del sufrimiento. Es la injusticia que define la connotación central de la experiencia del mal y por consiguiente la connotación con la que dicha experiencia se impone a la percepción, pero en definitiva a la resistencia del hombre. El conjunto de temas, que tratan de decifrar en llave especulativa la esencia del mal y el complejo de los proyectos

– que exigen en vez de limitar en una perspectiva práctica la fuerza de negación – son puestos rápidamente en dificultad, ya que son muy insuficientes para delinear una clarificación en lo que respecta lo que la experiencia humana del mal po-



ne en juego. La afirmación, según la cual los hombres están expuestos indistinta y constantemente a la prepotencia de la injusticia, así como no disuelve la causa del dolor, tampoco logra alejar o por lo menos atenuar el grado de problematicidad, con la cual se introduce la presencia del mal. El mismo llamado a la calidad de la fragilidad que acomuna en un único conjunto y bajo un mismo género a los hombres, deja luego que cada uno vaya hacia un destino que no está a la altura del deseo de realización del cual el hombre es portador y sobre el cual encamina su pensamiento y la voluntad. El mal es de por sí todo lo que interrumpe el recorrido de la existencia del hombre haciéndolo tan profundamente inteligible que obliga a toda persona a permanecer lejana de alguna posibilidad de reparo, en una soledad que para cada uno no puede sino ser la más completa.

Al respecto, el interrogante irrenunciable para la práctica y para la reflexión actuales de la Iglesia se refiere al modo gracias al cual hacer actuable la confrontación con la experiencia secularizada del mal que caracteriza esta estación de la época contemporánea. Incluso el retorno en campo de lo sagrado no parece tener la fuerza para cambiar la ten-

dencia prevaleciente de la secularización sino lo auna, terminando por confirmar en sustancia la línea de tendencia. El último período del siglo apenas pasado, no sin cierta pertinencia, ha sido denominado como tiempo religioso pero dicha calificación espera ser adecuadamente valorada y explicada a partir del sentido del todo peculiar del comportamiento de la fe. El interrogante cae en particular sobre la capacidad de culto del hombre contemporáneo ya que éste, a través de los proyectos que cultiva, hace prevalecer la figura de una humanidad de los hechos, sin tradiciones, la figura de una humanidad que resulta ser al mismo tiempo fluctuante e infecunda. No está en juego la capacidad de culto del hombre tomada en sí misma o bien considerada en su constitutivo esencial sino la posibilidad de entrar en la lógica singular de los símbolos rituales de la fe. Ahora bien, el rito sacramental de la unción lo debemos asumir no separadamente de Aquel que justamente según este determinado modo, el de la acción del rito, expresa su voluntad de salvación y ofrece al hombre el criterio en nombre del cual creer. El rito de la Iglesia al tomar las distancias del mal coloca la actitud del Crucifijo en la historia de la Iglesia en favor del hombre de cada tiempo y lugar.

Es el Crucifijo el que aleja la posible sospecha del hombre ante un Dios perverso e impotente, y nos revela más bien a un Dios que, no siendo responsable del mal, no por esto se sustrae a la confrontación que el hombre entabla con el mal. La acción ritual de la Iglesia permite que cada uno coloque su condición de sufrimiento en el fuego del acontecimiento singular que es el Crucifijo. El sacramento no es pues el simple instrumento educativo que busca preparar la conciencia de los cristianos para que su comportamiento esté a la altura de lo que pide la voluntad de Dios. La acción sacramental permite el efectivo tomar parte en la fuerza divina que pone en movimiento aquello por lo

cual ella misma se vuelve efectiva y manifiesta su poder. La naturaleza de esta fuerza permanece escondida hasta cuando el hombre se dedica a ella sin compromisos, y deja que ella lo atraviese integralmente. El anuncio “no temas”, con el que Dios acompaña su manifestación al hombre, se vuelve fecundo cuando, en el “ahora” de la decisión, el hombre no se echa atrás. La paradoja toda cristiana de una “ganancia de por sí sólo gratuita” de la existencia personal es lo que hace posible para cada uno la acción ritual de la Iglesia. Es ella que abre al hombre las condiciones esenciales para una adhesión incondicional al Dios de Jesús que escucha sin reparos a quien lo invoca en la fe.

Prof. SERGIO UBBIALI  
*Profesor de Teología Dogmática  
 de la Facultad de Teología  
 de la Universidad de Milán  
 Italia*

## Notas

<sup>1</sup> En lo que se refiere a la cuestión general del sacramento: UBBIALI, Sergio: La reflexión teológica de los sacramentos en la época moderna y contemporánea, en *Celebrare il Misterio di Cristo, Manuale di Liturgia*, por la Asociación Profesores de Liturgia, Vol. I, La Celebración: Introducción a la Liturgia Cristiana (=Bibliotheca “Ephemerides Liturgicae”, “Subsidia” 73), C.L.V. – Edizioni Liturgiche, Roma 1993, 303-336; ID.: El sacramento cristiano, en *Celebrare il mistero di Cristo, Manuale di Liturgia*, Vol. II, La celebración de los Sacramentos (= Bibliotheca “Ephemerides Liturgicae”, “Subsidia” 88), C.L.V. – Edizioni Liturgiche, Roma 1996, 13-28; ID.: El sacramento de la fe, “*La Scuola Cattolica*” 127 (1999) 313-344.

<sup>2</sup> Sobre los resultados a los que mientras tanto ha llegado la investigación teológica, dando pleno realce a la instrucción que ofreció la enseñanza del Concilio Vaticano II en torno a la cuestión, cf UBBIALI, Sergio: La teología de la unción de los enfermos, *Teologia* 10 (1985) 259-271; ID. Penitencia – Unción de los enfermos, “*La Scuola cattolica*” 114 (1986) 565-571; ADNÈS, Pierre, *L'onction des malades. Histoire et théologie (Théologie nouvelle)*, Paris, FAC-Éditions, 1994. Bérard, Arnaud, *L'Onction des malades. Sacrement de guérison ou de préparation à la mort?*; préface du cardinal Paul Poupard, Paris, Téqui, 1996. La doctrina dogmática aprobada en Trento es especificada y explicada por DUVALL, André: *Des sacraments au Concile de Trente (Rites et symboles)*, Paris, Cerf, 1985.

<sup>3</sup> CRESPI, Georges: *La guérison par la*

*foi* (Cahiers théologiques, 30), Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1952.

<sup>4</sup> Sobre la relación entre fe-esperanza y liturgia cf PRIGENT, Pierre: *Apocalypse et Liturgie* (Cahiers théologiques, 52), Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1964; VANNI, Ugo: *La struttura letteraria dell'Apocalisse* (Aloisiana, 8), Roma, Herder, 1971; ID.: *Apocalisse. Una assemblea liturgica interpreta la storia* (Leggere Oggi la Bibbia LoB 2, 15), Brescia, Queriniana, 1982; PRIGENT, Pierre: *L'Apocalypse de Saint Jean (Commentaire du Nouveau Testament, 14)*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1981

<sup>5</sup> RICOEUR, Paul: *Le mal. Un défi à la philosophie et à la théologie*, Genève, Labor et Fides, 1986. LACOCQUE, André – RICOEUR, Paul, *Penser la Bible, texte d'Andre LaCocque traduit de l'anglais para Aline Patte et revu par l'auteur. (La couleur des idées)*, Paris, Editions du Seuil, 1998.

<sup>6</sup> BEAUCHAMP, Paul: *Création et séparation. Étude exégétique du chapitre premier de la Genèse* (Bibliothèque de sciences religieuses), Paris, Aubier Montaigne, 1969; ID., *Lun et l'autre Testament 1, Essai de lecture* (Parole de Dieu), Paris, Édition du Seuil, 1976; ID., *Psaumes nuit et jour*, Paris, Editions du Seuil, 1980.

<sup>7</sup> UBBIALI, Sergio: Teología, salud y salvación. La revelación de Dios y los bienes del hombre, en A.N. TERRIN (por), *Liturgia e terapia. La sacramentalità a servizio dell'uomo nella sua interezza* (= ‘Caro Salutis Cardo’. Aportes 10). *Messaggero* – Abadía de Santa Justina, Padova 1994, 271-312; ID., *Il male e la libertà. La sovrabbondanza del bene e la contrarietà della perversione*, ‘*La Scuola Cattolica*’ 126 (1998) 433-464.

## Signos de salvación. Los Sacramentos en la Pastoral de la Salud

La solicitud en favor del hombre que sufre por la enfermedad pertenece a la misma sustancia del Evangelio (Lc 9, 16; 10, 19; Mt 10, 58; 6, 7-13). La misión, el impulso y la forma de la acción pastoral, abarca toda la obra de Jesús: predicación, curaciones, vocación y edificación de los creyentes. Del mismo modo que para el Maestro, también para los discípulos la misión tiene una dimensión global: “El Señor Jesús, médico de nuestras almas y de nuestros cuerpos, que perdonó los pecados al paralítico y le devolvió la salud del cuerpo, quiso que su Iglesia continuase con la fuerza del Espíritu Santo, su obra de curación y de salvación, incluso en sus propios miembros”<sup>1</sup>.

Ya desde los primeros siglos

cristianos la atención a los enfermos ha tenido un lugar de primera importancia en la vida apostólica de la Iglesia. Los hospitales nacieron por iniciativa religiosa. Según la búsqueda realizada por el Pontificio Consejo para la Pastoral Sanitaria en 1988, las instituciones sanitarias fundadas y administradas por la Iglesia en el mundo son más de 22,000.

Esta antigua raíz se desarrolla de manera coherente según formas diferentes, según los contextos y las situaciones. Al parecer, nunca como ahora la pastoral sanitaria ha adquirido una perspectiva tan amplia y global. De ejercicio de caridad como era junto a la cama del enfermo, ha ampliado sus horizontes a los problemas de la ética médica, del ambiente, de

la calidad de la vida, de la organización del servicio sanitario.

No se trata sólo de una obra de suplencia. Hace una decena de años el cardenal O'Connor, Arzobispo de Nueva York (en esta diócesis, el balance de las instituciones sanitarias supera los mil millones de dólares por año), se interrogaba sobre la razón de tanto empeño de parte de la Iglesia: ¿No era quizás más oportuno dejar esta tarea a los gobiernos? La respuesta – confirmaba el cardenal – es una sola: No, porque la Iglesia cree en el valor sagrado de cada ser humano que no es un número ni un objeto, sino una persona que debe ser tratada como tal. Dado que el hombre es la vida de la Iglesia, es a través de esta atención al hombre

que pasa también, obligatoriamente, la nueva evangelización.

De todos modos, esa antigua propensión hoy está expuesta a la contestación.

## Problematización

### 1. La deriva cultural

El desencanto anunciado (Max Weber) y el desconcierto que ha tenido lugar, con su mezcla de secularización y superstición, de duda y credulidad, con la afasia de grandes narraciones (F. Lyotard) y la fascinación útil de la aura teosófica de connotación oriental...; un panorama variado y complejo que mella todo acento metafísico (y toda perspectiva escatológica), y trae consigo la relativización de todos los contenidos normativos (aspecto ético): desaparece la idea de la calidad moral intrínseca de las acciones y de los comportamientos, y es sustituida por una referencia pragmática al "interés" que es la base del control social<sup>2</sup>. Se trata de una mayor (aparente) libertad, pagada por un marcado subjetivismo pero que se conforma en un narcisismo deludente.

De esto resulta que la identidad, en vez de realizarse a través de una adecuación a los códigos preestablecidos (eliminación de los mecanismos de control social, afrancamiento ético...), se construye no *en la*, sino *como* biografía: la identidad ya no se puede vender en los roles y en las relaciones sociales; volviéndose uno, ninguno, cien mil, el hombre debe buscarla en un yo autoreferencial; el trayecto iniciado con el 'cogito ergo sum' cartesiano alcanza así su éxito más inquietante: "Al no poder ser designado por el nombre que lleva, por la descendencia de la cual proviene, por el país del cual tiene origen, por la tierra que ocupa, por la lengua que habla, por la religión que profesa, cada uno llega a definirse por el vestido que lleva, por los muebles y los objetos que lo circundan, por la música que escucha, por el deporte que practica, por las palabras que emplea. Las prácticas más mi-

nutas de la vida de cada día se han convertido en minúsculas señales en las que se inscriben las clasificaciones sociales, signos distintivos distribuidos según las leyes generalizadas de la economía de mercado"<sup>3</sup>.

Una creciente desorientación para el individuo, pero también un soplo de autonomía a la que no quiere renunciar. Una mezcla de tolerancia e incertidumbre, relativismo y fanatismo. Paradójica, pero no demasiado, si es que tiene razón Berger: "El individuo totalmente tolerante es *ipso facto* un individuo para el que nada es verdad y, en último análisis, quizás, un



individuo que no *es* nada. Este es el terreno del que nacen los fanáticos"<sup>4</sup>. Una tolerancia entendida como desempeño e indiferentismo cultural; un narcisismo que oscila entre lo prometeico (grandeza, omnipotencia, aislamiento...) y lo parasitario (superficialidad, vacuidad, falta de proyectos).

También el retorno de lo sagrado, anunciado con ilusa esperanza, se agota entre hipertrofia y evanescencia. Antes bien, para muchos analistas parece incluso que se está poniendo en discusión el futuro mismo del cristianismo en el mundo moderno.

La transición de la civitas a la megalópolis, el surgimiento de la 'aldea global', y luego de la ciudad virtual, produce aquella disección entre el mundo-de-la-vida y el mundo-de-los-sistemas que genera la desilusión y el desconcierto, la multitud de soledades. Dispersión en el supermercado de lo

sagrado, religiosidad antropológica, cósmica y supersticiosa, pero sobre todo bricolage; recepción selectiva y débil de la fe cristiana, con marcada tendencia al sincretismo. Una religiosidad separada de la realidad socio-económica.

La institución Iglesia es el elemento más implicado en la crisis... pero es también el más 'resistente'. Disminución de la práctica religiosa. En primer lugar, la observancia presupone la permanencia; pues bien, las ciudades son bajo todo perfil polos de movilidad. El rápido desarrollo urbano, poco favorable a las adaptaciones individuales a la vida urbana, constituye un agravante de la disminución de dicha práctica. Esto sucede también en el campo, transformado en periferia de la vida urbana; la práctica religiosa deja de ser una dimensión de la vida colectiva para transformarse en una elección individual y privada, por cierto frágil.

La parroquia tiende a desaparecer en un conjunto topográficamente indiferenciado... incluso puede constituir un lugar de reunión para afinidades sociales y/o culturales, pero con una relación débil o ausente ante la realidad urbana circunstante: "En menos de treinta años esta civilización parroquial, directamente derivada del catolicismo post-tridentino, se está desmoronando"<sup>5</sup>.

El prevalecer del mundo de los sistemas sobre el mundo de la vida lleva a la privatización de la religión, o a su papel público mutilado: agencia de servicios como respuesta a las necesidades específicas (socialmente útil/culturalmente irrelevante)

Esta consideración lleva directamente al tema de la salud: también en este campo se aprecia el papel histórico y el compromiso actual de parte de las realidades eclesiales. Pero no la perspectiva cultural que comporta la fe, tanto en el plano de la concepción del cuidado de la salud, como aquel delicadísimo de algunas cuestiones bioéticas cruciales.

La era de la masificación es al mismo tiempo la era de la subjetivización. Este panorama cultural es iluminado por la in-

tuición de Hegel, con anticipación lúcida y sorprendente: “Conformismo e individualización tienen ambas su raíz en el hecho de que los vínculos y las relaciones sociales se han atenuado y se han vuelto menos inderogables..., de que la movilidad de la sociedad industrial facilita la adecuación a los modelos de comportamiento socialmente aceptados y al mismo tiempo favorece el retirarse en la esfera de las cosas privadas y personales, lejos de las convenciones y constricciones sociales”<sup>6</sup>.

En esta sociedad, entendida como “sistema de necesidades”, los hombres se asocian por necesidad sólo porque son portadores de necesidades, estos es, productores y consumidores. Todo lo que completa la vida humana: cultura, religión, tradición, nación, moral, etc. es excluido de las relaciones sociales y es dejado a la libertad individual de cada uno,<sup>7</sup> salvo que no se inclinen a la misma lógica, transformándose en sociedades de servicios. En este sentido, la religión, que no tiene nada que ver con el fin principal de la sociedad, es reconocida sin embargo en una función de descargo y de compensación.

Esto explica también la baja relevancia social que se nota en la perspectiva cristiana. Cada vez más aparece como una ética que se expresa sólo como exigencia abstracta: el amor cristiano emigra de la esfera de la justicia y del ordenamiento social...

Para una religión, la estación crítica se perfila cuando debe soportar la acción de la sociedad civil en vez de ser su inspiradora. Bajo este perfil debemos corregir e integrar todas las diagnósticos demasiado centrados en lo existencial del individuo: en cierto sentido, podemos decir que la fe cristiana es socialmente insignificante no porque el mundo se ha vuelto incrédulo, sino porque ya no hay necesidad de ella en este equilibrio de sociedad: las sociedades modernas han aprendido a tenerse en equilibrio de manera tal que “las funciones de una cultura normativa, caracterizada por ideas compartidas por todos,

se vuelven cada vez más superfluas”<sup>8</sup>.

No debemos suscribir los pronósticos de los profetas de la secularización; pero sería ingenuo pensar que la situación actual corresponda a una depresión temporánea, a un accidente pasajero. Por tanto, esto requiere aquella nueva evangelización que desde hace tiempo el Papa está reclamando.

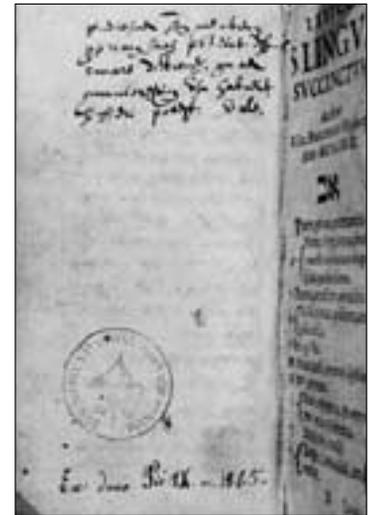
La atención de la salud es un capítulo esencial, ya sea porque los sufrimientos humanos que son causados por la sociedad industrial consisten esencialmente en el aislamiento social y se configuran como ‘muerte social’, falta de relaciones: un cuidado de la salud en el que la persona está ausente; así como porque en él – el cuidado de la salud – se manifiesta el misterio del mal y la fuerza de la Redención.

La pérdida de relevancia cultural de la praxis cristiana en el cuidado de la salud y de su conexión intrínseca con el don de la salvación – en otros términos el empañamiento del valor sacramental global del cuidado de la salud, como signo eficaz, aunque sólo proléptico, de la salvación – trae consigo la atención hacia el pretendido potencial terapéutico de los nuevos movimientos religiosos. La mayoría de los que participan en seminarios de estudio, workshop y encuentros de grupo, tienden a la salud del cuerpo y del espíritu, partiendo de una experiencia de profunda dificultad existencial. Las cada vez más numerosas organizaciones espirituales esotéricas, que pretenden conducir a las personas a niveles superiores de conocimiento, prometen una eficacia terapéutica segura. Se colocan entre gnosticismo y sincretismo, nos invitan a fundirnos con la Naturaleza y el Cosmos, para captar la chispa de la gran Energía espiritual y universal, a través de un contacto inmediato y directo con la divinidad presente dentro de cada uno. Un nuevo paradigma cultural que promete salud y bienestar en el inmediato presente.

Dichas organizaciones ofrecen una respuesta a las necesidades de identidad y armonía, de seguridad, de reconocimien-

to y aceptación social a través de una atmósfera de calor y cercanía – el llamado ‘love bombing’ (bombardamiento de amor) – y la guía de un maestro. Algunos de estos movimientos – como la ‘Christian Science’ – influyen no sólo en la vida religiosa de las personas sino también en el acercamiento a la enfermedad y a la salud, hasta el punto de constituir una ‘religión de sanación’.

Remoción de la enfermedad y de la muerte en la sociedad sistémica, eficientista y culturista y, por otro lado, hifertrofia salutista: “La sociedad industrial ha identificado al hombre como productor y consumidor y ha disgregado su pertenencia



a las comunidades de origen. La familia, la tribu, la comunidad del pueblo ya no son más sus “seguros sociales” naturales en las situaciones de infancia, en la enfermedad, en la invalidez y en la vejez. Por consiguiente, el Estado moderno está obligado a organizarse en sistemas estatales de seguro social. Sus servicios deben compensar al individuo por la disgregación de las comunidades vitales preexistentes. Pero, dado que el sistema industrial no tiene en consideración ningún límite nacional, cultural o de otro tipo de la colectividad, la organización de los servicios estatales no puede hacer otra cosa sino adecuarse a la disgregación de las comunidades. Esto se ve claramente en el movimiento de las masas de mano de obra en los países industrializados, de capitales y de instalaciones industriales en los paí-

ses con un bajo costo del trabajo, etc. Pero si el Estado, en su calidad de 'Estado social', no hace sino seguir los cambios de la vida provocados por la industrialización, de ningún modo se puede afirmar que es el Estado el que guía los destinos del pueblo<sup>9</sup>. Las "tentaciones eugenésicas" que reafirman en materia de procreación asistida, manifiestan ceder a la tentación de la utopía, a través de la pretensión de alcanzar una perfección biológica que elimine la finitud del hombre y, por tanto, la enfermedad y la muerte.

## 2. Las dificultades de la pastoral

### a. Contracción numérica de los presbíteros y nuevas formas de ministerialidad

La difusión de las ministerialidades no ordenadas en la atención de los enfermos (capellanías hospitalarias...) comporta el riesgo – no de por sí, sino por la concomitancia de la contracción numérica de los presbíteros – de causar la rarefacción de la celebración de los sacramentos en los hospitales y en la asistencia a los enfermos. Se acentúa la tendencia a declinar el don de la salvación dentro de las categorías – útiles, si son idóneas, pero siempre radicalmente insuficientes – del sostén psicológico (*clinical pastoral counseling*).

### b. Una reforma litúrgica demediada

La realización de la reforma litúrgica promovida por el Vaticano II, con sus dificultades y sus incomprendimientos (debidas no al impulso conciliar, sino a su recepción, muy a menudo selectiva, miope y aventurera) manifiesta con toda evidencia las dificultades del camino. En síntesis, estas son las carencias principales, que influyen pesadamente en la celebración de los sacramentos en el contexto de la enfermedad:

- persistencia de una ritualidad formal y ejecutiva
- lenguajes gestuales y verbales poco significativos
- innovaciones arbitrarias y 'selecciones' celebrativas

La justa preocupación por la fe de parte del que pide los sa-

cramentos ha llevado a veces a una liturgia verbosa, con una fuerte acentuación didascálica y de admonición o exhortativa, que la hace pesada y la desnaturaliza.

### c. Riesgo de ambivalencia y falsificación

No en el sentido – ¡que hay que rechazarlo por ambigüedad! – indicado por Chauvet: "La ritualidad sacramental resulta pues particularmente ambigua. Si por un lado es un privilegio, por la otra es también una trampa. Una trampa psíquica: de hecho, ¡cuántas neuras han sido favorecidas o sostenidas por la piadosa asistencia al 'santo sacrificio' de la misa, de la 'teofagia' de la comunión eucarística, por el 'deseo de decir todo' en el oscuro secreto del confesionario....! Una trampa social: ¡cuántas estrategias sociales y políticas en las asambleas litúrgicas han servido como cohartadas (conservación del orden establecido, mantenimiento de la jerarquía civil o religiosa, defensa de los privilegios...)!"<sup>10</sup>.

Antes bien, por razones de una impelente duda entre significado objetivo y recepción subjetiva, no sólo como 'disposiciones' correctas y buenas a nivel consciente, sino como real condicionamiento a nivel inconsciente. En este plano, están en juego ya sea la capacidad simbólica del fiel, como la capacidad y congruidad simbólica del 'celebrante': no se trata sólo de la fructuosidad del sacramento, sino de su agotamiento objetivo (aunque la acción humana nunca será capaz de neutralizar, en el plano objetivo, la eficacia de la acción divina; pero sí de desfigurarla y hacerla irreconocible, incluso de manera grave).

De todos modos, permanece una autoreferencial que privatiza el gesto sacramental: esto hace caer la válida exigencia de una celebración participada y sentida, la relacionalidad personal de la relación salvífica (*tua agitur*, "me ha amado y ha entregado a sí mismo por mí" en un repliegue del sujeto sobre sí mismo, que contradice en su esencia la dimensión ya sea teo-lógica que comunitaria del sacramento.

## Propedeutica

### 1. El trabajo paciente y tenaz de redefinir las contextualidades culturales

#### a. La comunicación

La pastoral de la salud arranca en los cruces sutiles de la comunicación, donde se forman de manera generalmente inconsciente, pero justo por esto más radicada, las infraestructuras conceptuales y simbólicas de referencia: "Reinhardt Kosselleck ha identificado como connotación característica de la modernidad el estrechamiento del espacio de la experiencia y el rebajarse del horizonte de las esperas. Esto significa que – con la aceptación progresiva del curso histórico – el pasado ya no arroja suficiente luz sobre el presente, y el futuro, privado de modelos en los cuales apoyarse, difícilmente se vuelve previsible e imaginable. Las esperas sufren así una doble transformación: por un lado, con el alejamiento del surco de las experiencias logradas, son inducidas a orientarse hacia la búsqueda de lo indeterminado, de lo ignoto, de lo nuevo; por el otro, frente a la complejidad considerada ingobernable de los acontecimientos, son impulsadas a moderar drásticamente sus pretensiones frente al futuro, a no adelantar hacia ellas solicitudes exorbitantes. Por consiguiente, la propensión hacia el futuro obedece, simultáneamente, a dos tendencias contradictorias: es afinada, ya que la necesidad de previsión aumenta y, al mismo tiempo, desmotivada, ya que se difunde la sensación de no estar a la altura de las tareas de previsión y control. En otras palabras, el horizonte de las esperas disminuye cuando el futuro se muestra como amenaza indeterminada más que como una promesa cargada de contenidos y la experiencia en su complejo pierde las connotaciones de la comunidad sensata y de la coherencia. Se difunde la sensación de dificultad y de desorientación en un mundo fragmentado"<sup>11</sup>.

#### b. La predicación

Importancia de la predicación ordinaria, que transmite de manera simple y eficaz la

visión propia de la fe. En un mundo en el que quizás la mayoría de los hombres ha perdido o ha hecho incierta la fe vista en la “inmortalidad del alma” y en un mundo ultraterreno, se vuelve más arduo pensar, proyectar y actuar la propia existencia como momento preparatorio a otra vida. Por esto la predicación tiene urgente necesidad de un fuerte replanteamiento teológico, cuyo espesor sabio y valiente, no remueva los temas candentes del sufrimiento y de la muerte, sino que los sepa afrontar con iluminación y capacidad de orientación y de sentido. La relación entre teología y solicitud pastoral de la salud no es ocasional ni extrínseca. Sin teología la diaconía se comprime y se reduce a una intervención social cualquiera, a obra de peritos y expertos; ya no tiene más una raíz clara y una identidad segura, se vuelve esclava de las concepciones antropológicas del momento. Sin diaconía, a su vez, la teología se separa de la vivencia, se abstrae y ya no dialoga con la comunidad y con el mundo.

### c. La visión pastoral

El compromiso eclesial por la salud amplía las tareas de la presencia cristiana en el planeta del sufrimiento y de la asistencia médica más allá de la tradicional celebración de los sacramentos y de los demás ritos litúrgicos.

La pastoral de la salud comprende hoy iniciativas culturales, organización de cursos de formación específicos para el personal hospitalario, atención e incremento de las asociaciones profesionales y del voluntariado. También la figura y el papel del capellán hospitalario son replanteados, con relación tanto a la acción en las estructuras sanitarias, como dentro de la comunidad cristiana en el territorio, para que se sienta y actúe como sujeto de la pastoral de la salud.

### 2. El compromiso fatigoso e imprescindible de la catequesis cristiana

#### De la ‘resignación’ al cuidado de la salud

Un sorprendente cambio de

perspectiva cultural: la salud como proyecto de sociedad y de vida.

El acento antropológico de la cultura contemporánea lleva directamente al énfasis sobre el tema de la salud. Con los riesgos y las deformaciones que hemos mencionado. Pero también con la ganancia de una sensibilidad más completa en lo que se refiere a la visión cristiana misma del hombre en la integralidad de su constitución natural y su condición histórica.

Solemnes declaraciones internacionales certifican y de algún modo codifican esta sensibilidad compartida y difundida<sup>12</sup>.

La catequesis – escuela de la fe en lo concreto de las coordinadas históricas, personales, culturales y sociales – descubre en esta tendencia de la mentalidad contemporánea una pauta y un efecto, aunque parcialmente realizado, de la misma palabra evangélica. Por tanto, la descubre en su valor como mensaje integral de salvación para el hombre y el mundo.

La catequesis, llamada a ser lugar hermenéutico no evanescente de los momentos fuertes de la existencia, se configura como itinerario educativo en el que el sacramento aparece también progresivamente en sus valores instructivos de acogida, acompañamiento, fuerza interior de renovación y/o enfrentamiento, palabra de esperanza concreta. Esto exige una catequesis capaz de exponer de manera clara y convincente la propensión cristiana al gusto por la vida y el don de la vida como centro de la obra de la creación (el árbol de la vida – Jn 10, 10). Capaz de educar al sentido del misterio (*sacramentum!*) como habitación del sentido y no como oscurecimiento o evasión de la realidad. El dolor interroga y sacude la inteligencia, pero no se resuelve en una cuestión intelectual. Sólo la comunión con el Crucifijo revela el abismo de mal, así como también la cima de redención: el misterio de oscuridad se transforma en misterio de revelación.

Una cultura sumergida en el hedonismo, en la carrera al éxito, del mito de la eterna ju-

ventud interpone un velo opaco a la comprensión del sufrimiento.

La educación al símbolo, del cual a menudo se habla en la catequesis, debe desarrollar en la persona la aptitud para ir más allá del ámbito del fenómeno para captar (aunque sea *per speculum in aenigmate*) el plano del fundamento (*Fides et Ratio*). Esto implica también una competencia no restringida al ámbito conceptual e instrumental, pero abierta a aquel significativo y relacional.

Esto permite evitar la doble contrapuesta corriente di-hierarquización y/o de banalización que insidiosa a la celebración de los sacramentos. Sobre todo en una situación existencialmente tan relevante y sensible como la enfermedad, una celebración árida vacía el signo sacramental y traiciona la palabra de salvación.

Como se ha visto, incluso por la preocupante disminución numérica de los presbíteros, se acentúa el riesgo de la reducción de la salvación dentro del perímetro reductivo de una onnivora teología de la Palabra. La eficacia de la Palabra, bien ilustrada por la *Dei Verbum*, no se puede separar del sacramento, y de ningún modo se sustituye a él. Instancia crítica adelantada también en el campo protestante, como hace notar Pannenberg: “Sólo nos queda preguntarnos si el bautismo y la eucaristía son realmente sólo ilustraciones de este proceso verbal, ¡que ya contaría en sí mismo la presencia salvífica!”<sup>13</sup>. ¿De la reducción de la teología de la palabra a la pastoral de la palabra solamente de consolación humana, el paso es breve!

En su dinámica narrativo-simbólica el rito abre la experiencia profunda en la que la subjetivización no tiene lugar por autoafirmación del individuo, sino a través de su conversión. En el rito obra una original e insustituible pedagogía de la fe, que traza itinerarios de vida: “El rito es un agente de existencia, un agente de imágenes, una matriz que genera experiencias, lugar de una mayéutica permanente”<sup>14</sup>.

El rito sacramental llama al hombre a su creaturalidad, me-

dian­te la radical indisponibi­lidad del lenguaje: “El hombre no posee el lenguaje, porque no preexis­te a él, sino se elabora en su seno; antes bien, es poseído por él”<sup>15</sup>.

Pero no debemos olvidar que si la aptitud simbólica es natural, la actividad simbólica es cultural. Por tanto, empeña a la catequesis en su obra de formación en el plano del conocimiento (en sentido total) de la fe. Cuando esta tarea es bien



comprendida y realizada, la corporeidad entra como dimensión natural en la espiritualidad, como componente constitutivo de la celebración. No como simple revestimiento, accesorio casi fastidioso, sino como forma adecuada, según la ley de la encarnación. La fe cristiana y sus ritos no producen enajenamiento de la realidad, evasión en un mundo imaginario, sino capacidad para sumergirse en la vida en formas y expresiones cada vez más auténticas, esto es, salvíficas. Entonces las mismas cosas se vuelven transparentes, reveladoras del misterio de Dios. Todo esto pertenece a la tarea de iniciación propia de la catequesis, porque el hombre moderno es miope, si es que no es ciego, frente al símbolo porque el pensamiento unidimensional (materialista) lo bloquea en el nivel más superficial de la realidad: “El acceso al mundo de los símbolos se hace posible sólo mediante una agudizada capacidad de percepción: saber mirar, escuchar, tocar, reabrir las puertas a través de las cuales nuestro cuerpo se pone en

comunicación con el ambiente, es decir, restituir a los sentidos su función genuina, es el primer paso indispensable para acercarse al símbolo. El llamado al símbolo es, pues, al mismo tiempo invitación al redescubrimiento del propio cuerpo, de su forma de experiencia y de comunión: yo vivo, siento, percibo, ocupo un espacio, estoy dentro de un campo de interacciones que interrogan en todo nivel. Cada símbolo tiene sus raíces en la realidad sensible; por esta razón debemos ejercer nuestros sentidos si queremos comprender el lenguaje del símbolo”<sup>16</sup>.

### Referencias

“En su acercamiento a los enfermos y al misterio del sufrimiento, es guiada por una precisa concepción de la persona humana y de su destino en el plan de Dios”<sup>17</sup>.

#### *La concepción cristiana de la corporeidad*

Es suficiente una rápida mención en sede teológico-práctica. Es necesaria porque la correcta perspectiva cristiana no es que sea preva­leciente en la concepción generalizada. Comencemos con los espléndidos testimonios patristicos, que presento textualmente:

“Representa a Dios totalmente ocupado con la imagen de la arcilla; a ella El consagra manos, pensamiento, acción, sabiduría, previsión y, sobre todo, aquel amor que le inspira este proyecto. Porque todo lo que se expresaba en este barro, estaba concebido como referencia a Cristo, que habría sido hombre, esto es, también barro, y al Verbo que habría sido carne”<sup>18</sup>.

“En efecto, a través del Hijo y el Espíritu – porque esto significan las ‘manos’ del Padre – el hombre, y no una parte del hombre, se vuelve a imagen y semejanza de Dios... El hombre perfecto es mezcla y unión del alma, que ha recibido el Espíritu del Padre, y de la carne, a la que está unida, plasmada a imagen de Dios”. Donde plasmada se refiere ¡tanto al alma que a la carne!... Cuando, en

cambio, este espíritu, unido con el alma, se une al cuerpo plasmado, por efusión del Espíritu, surge el hombre espiritual y perfecto, hecho a imagen y semejanza de Dios”<sup>19</sup>.

“En lo que se refiere al hombre, Dios lo ha creado con sus manos, tomando tierra finísima y purísima y combinando con justa medida su fuerza a la tierra. Con este fin El imprimió su semejanza a su criatura, para que ella fuese imagen de Dios incluso en su aspecto exterior”<sup>20</sup>.

“Por tanto, hombre quiere decir ante todo la materia modelada, luego el hombre total. Quisiera recomendarte este pensamiento para que te des cuenta que todo lo que ha sido previsto y prometido al hombre no se debe solamente al alma, sino también a la carne, si no en base al origen común, por lo menos por el privilegio implícito en el vocablo”<sup>21</sup>.

“Despierta, hombre, y reconoce la dignidad de tu naturaleza. Recuerdate que has sido hecho a imagen de Dios: dañada en Adán, ella ha sido replasmada en Cristo”<sup>22</sup>.

“El punto de llegada de este camino, en efecto, es la fin de la aspiración humana. Ahora bien, el hombre desea ante todo dos cosas: en primer lugar aquel conocimiento de la verdad que es propio de su naturaleza. En segundo lugar, la permanencia en el ser, propiedad común a todas las cosas. En Cristo se encuentra una y otra... Si buscas, pues, por donde pasar, acoge a Cristo porque El es el camino: “Ese es el camino, id por él” (Is 30, 21). Afirma Agustín: “Camina a través del hombre y llegarás a Dios”. Es mejor cojear en el camino que caminar veloces fuera de la vía. El que cojea en el camino, aunque adelanta poco, se acerca al término. El que, en cambio, camina fuera de la vía, cuanto más veloz corre, más se aleja de la meta”<sup>23</sup>.

Aún somos esclavos del dualismo metafísico de Descartes si con él afirmamos (o nos detenemos en el horizonte precomprensivo) que la materia es extensión inerte y el espíritu es actividad inextensa.

Por tanto, es necesario supe­rar en la predicación y en la

praxis pastoral una antropología demasiado estrecha que “menosprecia o por lo menos deja de lado en el hombre este aspecto esencial que es su relación con el mundo”<sup>24</sup>.

Al respecto, no puedo sino remitir a la espléndida visión antropológica, cristológica, histórica, existencial y social que se encuentra en la encíclica *Redemptor Hominis* de Juan Pablo II<sup>25</sup>. Esto conduce a una visión que integra perfectamente el aspecto personal profundo y la dimensión apostólica del compromiso de solidaridad fraterna: “Sólo en su salir de sí mismo, en su servicio creativo al mundo, el sujeto experimenta su significado y en éste, su existencia”<sup>26</sup>. La corporeidad tiende a la comunión, va hacia el otro (el Otro). El pecado imprime sufrimiento a la corporeidad, porque romper la comunión. La redención reconstruye la unidad de la persona y de las personas, porque derriba el muro de separación y reabre el acceso al Padre en un solo Espíritu.

La valoración plena de la corporeidad, en la que se inscribe como ápice la celebración sacramental (cf *Rm* 12, 1-2) no pone en sombra la caducidad del cuerpo terreno y su inspiración a una transformación salvífica, que en la enfermedad se vuelve particularmente dramática y evidente: “Es necesario que este ser corruptible se revista de incorruptibilidad; y que este ser mortal se revista de inmortalidad” (*1Co* 15, 53). En la obra del Espíritu se coloca la continuidad entre el acto creacional y el acto sacramental: “Si El retirara a sí su soplo, si recogiera hacia sí su espíritu, a una expiraría toda carne” (*Jb* 34, 14).

La visión cristiana de la salud como valor (cf p.e. *Gn* 1, 1ss; *Si* 30, 14ss; *Jn* 10, 10, sin olvidar *Gn* 6, 12): “Dios miró la tierra, y he aquí que estaba viciada, porque todo hombre tenía una conducta viciosa sobre la tierra”) no declina, por tanto, en fácil e iluso optimismo, en el que la correcta visión de la salud como bienestar global de la persona en su ambiente olvida la no eliminación del sufrimiento, impidiéndose de valorizarla adecuadamente: “El

tema del sufrimiento parece pertenecer a la trascendencia del hombre: es uno de esos puntos en los que el hombre está en cierto sentido ‘destinado’ a superarse a sí mismo, y de manera misteriosa es llamado a hacerlo”<sup>27</sup>.

La celebración principal de la séptima Jornada mundial del enfermo en Beirut profundizó el tema “*Solicitud de salud, nostalgia de salvación*”. En el sacramento, la salud (y su privación) se vuelven tienda del encuentro, según un nexo profundo, testificado por toda la praxis de Jesús: “Cristo nos enseñó la salvación sanándonos. Lo hizo fundamentalmente a través de gestos y signos (*Mc* 1, 14ss). Su salvación, pues, fue ofrecida *sacramentalmente*, esto es, manifiesta y velada al mismo tiempo, propuesta a la fe y a la acogida, gratuitamente eficaz y confiada a la responsabilidad del hombre...”<sup>28</sup>.



*El camino estrecho*

La salud mermada pone en evidencia la ‘precariedad’ de la condición humana: el camino, entonces, o precipita en el abismo de la desesperación (o en su sublimación atarácica), o se encarama por el sendero impracticable del misterio del dolor, en el cual la mirada se abre fatigosamente y se dilata luego hasta el horizonte en el que los deseos, y las expectativas abandonan progresivamente los alrededores inciertos del sueño y de la utopía para encontrar el ámbito – y luego el don – de la salvación.

La aspiración a la salud es

deseo de infinito e invocación de salvación. Es necesario combatir con una fuerte y multiforme acción cultural las falsificaciones de los subrogados que ilusionan o de las mistificaciones que reducen la salud a la fuerza física, a la belleza, a la energía agonista y competitiva.

La capacidad terapeuta es pastoralmente adecuada (y profesionalmente excelente) cuando se ocupa de la salud en el nombre y en la perspectiva de una salvación integral.

#### *El sacramento, nueva creación*

En el cuadro del renovado interés por la religión con relación al bienestar psicofísico, se puede hacer una iluminante relectura del tema de la eficacia de los sacramentos de la fe. Es necesario, sin embargo, no ceder a fáciles modas, sino verificar con atención las oportunidades y los inevitables riesgos. Ciertamente se puede afirmar que “la vida sacramental produce la sanación integral de la persona” y compartir la instancia crítica con respecto a una advertida afasia de la celebración sacramental, incluso después de la reforma del Vaticano II<sup>29</sup>. De todos modos, no se puede reducir la salvación al ámbito terapéutico y abandonarse a formas de captación mágico-supersticiosa. El hecho que muchos se dejan atraer por las filosofías y por las prácticas orientales, y por las formas de religiosidad de tipo New Age, o también por las llamadas medicinas alternativas, no debe inducir a formas de adaptación por lo menos sospechosas. Pero ni siquiera puede considerarse como fenómeno que pone de relieve la insatisfacción frente a una medicina por un lado despersonalizada y frente a una espiritualidad y liturgia, por el otro, que no responden al sentido profundo de la salvación.

¿Cuál es la relación entre fe religiosa y fisiología del cuerpo y la salud? Algunas recientes investigaciones ponen de relieve una mejor reactividad de parte de las personas religiosas. La concepción cristiana de la persona orienta sobre el modo como afrontar la enfer-

medad y el sufrimiento; y recurrir a Dios en la situación de dificultad no es síntoma de debilidad, sino percepción de referencia última, del origen y del fin de nuestra vida. Es vivo el deseo de una atención que tenga en mayor consideración toda la persona, de un acercamiento a la salud y a la sanación en el que se reconozca a la dimensión espiritual un papel de primer plano.

*En el fondo, una teología y una mística de la creación*

*“Accende lumen sensibus / infunde amore cordibus / infirma nostri corporis / virtute firmans perpeti”.*

Es lo que Bulgakov denomina la “gracia natural de la creación”. El mundo no es extraño a Dios u hostil a El: es obra de sus manos. A veces una pésima interpretación de la fe cristiana ha producido una escasa sensibilidad hacia el mundo y la naturaleza o, incluso, una desvalorización de todo lo que es material y corpóreo. No es posible discutir aquí el fundamento y el límite de dicha instancia crítica.

De todos modos, se debe remarcar con fuerza que toda subvalorización (así como toda supervaloración) de las realidades terrestres se pone fuera de una auténtica perspectiva cristiana. El Dios de Israel, el Dios de Jesús, es el Dios de la creación y de la historia. En las realidades terrestres está presente el rastro de amor y de bien que Dios infunde a la creación. También la teología medieval (escolástica) lo afirma sin titubeos: “Esta acción de la gracia natural de la creación, aliento del Espíritu Santo en la criatura, este librarse del espíritu Santo que mora y continúa siempre en las aguas de la creación, es la fuerza *positiva* del ser”<sup>30</sup>. Es la enseñanza autorizada de Juan Pablo II: “De este modo la Iglesia responde también a ciertos deseos profundos (ecología, new age), que trata de vislumbrar en el corazón de los hombres de hoy: un nuevo descubrimiento de Dios en su realidad trascendente de Espíritu infinito como lo presenta Jesús a la Samaritana; la necesidad de adorarlo “en espíritu y

verdad” (cf *Jn* 4, 24); la esperanza de encontrar en El el secreto del amor y la fuerza de una “creación nueva” (cf *Rm* 8, 12; *Ga* 6, 15): sí, precisamente *Aquel que es dador de vida*”<sup>31</sup>.

La belleza de la naturaleza tiene su fuerza y sus límites. Signo de la obra del Espíritu, reflexión de la imagen perfecta del Padre, Cristo, en quien todo es creado, pero la naturaleza aún no está en estado de perfección, sino de perfeccionamiento. Por la invadencia del pecado es sometida al riesgo de ser desfigurada, de ser caduca, de ser anulada: “la mueca del ser...”.

Debemos recuperar esta relación dinámica y espiritual con el creado, pero sin caer en aquellas formas de nueva superstición (gnosis modernas) que conducen a mezclar la relación con la naturaleza en un ensimismamiento panteísta y psicologizante muy lejano de la perspectiva cristiana: el Espíritu lleva a una relación de compromiso responsable y creativo, cultural si se quiere, y no falsamente mistificador.

Se me permita referirme una vez más a la obra sugestiva de Bulgakov: “La creación posee su propia profundidad y su fuerza. Se puede decir incluso que existe un alma creada del mundo... El Espíritu de Dios que aleteaba por encima de la creación, manifiesta con su fuerza las formas de estar veladas en El... La teología se encuentra así con la ciencia natural, a la que corresponde ser la teología de la naturaleza” (323).

La creación es dinamismo contra la nada. De este modo el mundo puede asumir aquel dinamismo escatológico que constituye el significado y el destino. La creación no es sólo *ex nihilo*, sino también *contra nihilum*. Por su valor liberador y promotor, la creatividad del hombre está ligada en la visión bíblica a la *bendición divina* (*Gn* 1, 28). Indica la constante acción de Dios para con el hombre por su salvación; la bendición incluye, pues, desde el momento de la creación del hombre (y correlativamente del mundo) un dinamismo y una orientación que encuentran en su palabra (“y Dios dijo...”)

la indicación del proyecto, y en su acción (“Dios los bendijo...”) la fuerza propulsora de realización. De este modo, la acción del hombre en el universo es creativa en cuanto conexa original, constitutiva y dinámicamente con la acción creadora de Dios y, por el estrecho nexo de ésta con la historia de la salvación, recibe su vocación y su fuerzas salvíficas.

Es por esto que la actividad del hombre en el universo reviste un profundo significado teológico (salvífico).

Podemos afirmar pues positivamente que el hombre se encuentra en una relación íntima con el mundo. El progreso de las ciencias, no obstante descubre de modo cada vez más profundo las leyes que regulan con admirable perfección el universo, y no obstante advierte con mayor conciencia (menor mecanismo) la intrínseca lógica y correlación, se encuentra cada vez más impotente para captar su significado. Como afirma el premio Nobel S. Weinberg, “cuanto más nos aparece comprensible el universo, tanto más aparece sin finalidad”<sup>32</sup>. Es sólo en su relación con el hombre (y por tanto con Dios) que el universo puede pasar, de la fría e impenetrable perfección de la visión científica, a la significativa visión de fe: “He aquí lo que leemos ya en las primeras palabras del libro del Génesis: “En el principio Dios creó los cielos y la tierra... y el espíritu de Dios (*ruah Elohim*) aleteaba sobre la superficie de las aguas” (*Gn* 1, 1s)”. Este concepto bíblico de creación comporta no sólo la llamada a la existencia del ser mismo del cosmos, es decir *el donar la existencia*, sino también la presencia del Espíritu de Dios en la creación, esto es, el inicio de la comunicación salvífica de Dios a las cosas creadas por El. Esto vale antes que nada para el hombre que ha sido creado a imagen y semejanza de Dios<sup>33</sup>.

Dos testimonios de especial incisividad, desde mundos diferentes por época y sensibilidad, de la misma fuente de la fe:

– “Yo, la más sublime y ardiente potencia, he encendido

toda chispa de vida... Yo, la vida ardiente de la divina esencia corro centelleante a través de las bellezas de los prados. Yo resplandezco en las aguas y quemo en el sol, en la luna y en las estrellas. Yo con cada soplo de viento que, como vida invisible, toda cosa mantiene, hago despertar la vida. El aire vive en el reverdecer y en el florecer. Las aguas corren como si fueran vivas... Y así descanso, escondido en toda la realidad, como una fuerza ardiente. Todo se inflama a través de mí cuando se mueve incesantemente el respiro del hombre, semejante a la llama movida por el viento.. a todas las cosas dono el aliento de vida... porque Yo soy la vida”<sup>34</sup>.

– “Por primera vez, hoy he entendido lo que quiere decir que todas las cosas hablan de Dios. El ha creado todo y cada cosa, El está detrás de la más pequeña realidad. Todo, continuamente, se recrea a través de El. El que experimenta esto, experimenta a Dios en todo. Siempre diferente, tal como esta hoja. Y siempre es El. Esto lo experimentaron los griegos cuando consideraron divina toda cosa”<sup>35</sup>.

### Actitudes y praxis

#### *La acción pastoral proclama la unicidad de la salvación de Cristo*

En la visión y en la praxis pastoral, la comprensión del sacramento como acontecimiento de salvación integral encuentra eco y casi se refuerza al considerar al enfermo como sacramento de Cristo sufriendo.

Por tanto, la proclamación de la eficacia salvífica de los sacramentos no alimenta una fácil ilusión. El sacramento abre la esperanza a través de la muerte, no rodeándola, sino sufriendo la aparente victoria para proclamar aquella real de Cristo.

Por lo demás, la remoción de la muerte (por los diferentes caminos que no son un instintivo mecanismo de defensa, sino en la actualidad una más insidiosa y solapada mistificación cultural que continuamente

elabora y propone) es vaciado del ser y embotamiento del conocimiento: “De la muerte, del temor de la muerte, inicia y se eleva todo conocimiento sobre el Todo”<sup>36</sup>. Es el vuelco del “*timor fecit deos*”, de viejo recuerdo y de retoma moderna (freudiana). Sin el pensamiento de la muerte la vida se replegaría en un inútil presente, que se debate entre agresividad y desconsuelo. La visión cristiana pone el horizonte de la vida y lo celebra en el sacramento, dándole verdadero inicio y visibilidad. El sacramento dice la verdad de la vida (verdadera), porque la eternidad es estar con Cristo, el Señor (*Lc 23, 42s; 2Co 5, 6-8; Flp 1, 23; 1 Ts 4, 17*).

De este modo, en la perspectiva de la fe se funde el anhelo, que de lo contrario sería utópica, a un cumplimiento<sup>37</sup> y el rescate – a nivel de sentido ahora y de plenitud entonces – de la insignificancia intolerable del dolor y de la muerte<sup>38</sup>.

*Fin del tiempo,  
tiempo de la fin.*

*Esperanza y garantía*

“El camino hacia el Jubileo, mientras nos recuerda la primera venida histórica de Cristo, nos invita también a mirar adelante en espera de su segunda venida al final de los tiempos. Esta perspectiva escatológica, que indica la tensión fundamental de la existencia cristiana hacia las realidades últimas, es un continuo llamado a la esperanza y al mismo tiempo al compromiso en la Iglesia y en el mundo. No debemos olvidar que el *éschaton*, es decir el acontecimiento final, entendido cristianamente no es sólo una meta colocada en el futuro, sino una realidad ya iniciada con la venida histórica de Cristo. Su pasión, su muerte y su resurrección constituyen el acontecimiento supremo de la historia de la humanidad. Esta ya ha entrado en su última fase haciendo, por decir así, un salto de calidad. Se abre para el tiempo el horizonte de una nueva relación con Dios, que se caracteriza por la gran oferta de la salvación en Cristo”<sup>39</sup>.

La historia es lugar de la Revelación y espacio de su cum-

plimiento. En la creación del hombre Dios imprime un dinamismo por el cual la referencia a la naturaleza no indica – como para el reino animal – repetición (la evolución, correctamente entendida por las diferentes teorías científicas no modifica sensiblemente este cuadro sustancialmente estático), sino más bien, norma de creatividad. En otras palabras, el hombre es creado para habitar y cultivar el jardín, para crecer, multiplicarse y dominar la tierra: no en forma arbitraria ni autárquica, sino según la norma de la naturaleza, que en la imagen y semejanza que la constituyen, establece al mismo tiempo el vínculo y la proyección creativa.

La sociedad moderna pone en primer lugar el futuro (aquella tradicional lo ponía en el pasado). Pero la parábola declinada de la modernidad se caracteriza por el hecho que el hombre ya no se encuentra ante una visión clara y a un futuro considerado progresivo y cierto, sino que “está nuevamente ante el caos”<sup>40</sup>.

Por un lado, esto denota una abierta e incondicionada posibilidad: “Con el ingreso del futuro en lo inimaginable, se concluye la laicización de la historia. Lo ignoto del futuro, sin rostro y sin nombre, pero que a nada obliga, hacia el cual no nos precipita algún determinismo oculto, es el futuro puro, liberado del capullo teológico que seguía escondiéndolo en parte desde hace dos siglos... Esta es su paradoja mayor: se vuelve cada vez más laico mientras más descubre que pertenece al orden de lo invisible”<sup>41</sup>.

Por otro lado, esto comporta una evidente pérdida de perspectivas que se reconocen en el futuro: lo postmoderno regresa al mito. Pero no renuncia a la movilidad, verdadero código de lo moderno. Un tiempo, el nuestro, que se define quizás por la fuga más que por el dominio de la realidad, al menos bajo el perfil antropológico. La cultura contemporánea registra una situación de deterioro y casi de irrelevancia del tiempo histórico. ‘*L’ attimo fuggente*’ no es sólo el título de una película de éxito de hace algunos

años; refleja una percepción muy difundida (aunque raramente tematizada). Se interpela la misma fe de los cristianos y resiente la dificultad. Hay de por medio una categoría fundamental y portante: “En el cristianismo el tiempo tiene una importancia fundamental. Dentro de su dimensión se crea el mundo, en su interior se desenvuelve la historia de la salvación, que tiene su culmen en la ‘plenitud de los tiempos’ de la encarnación y su término en el retorno glorioso del Hijo de



Dios al final de los tiempos. En Jesucristo, Verbo encarnado, el tiempo llega a ser una dimensión de Dios (...). De esta relación de Dios con el tiempo nace el deber de santificarlo”<sup>42</sup>.

Si, en cambio, el tiempo está restringido en el presente, si no se concede un sentido global y de proyecto a los acontecimientos, que ocurren siempre pero son sin ‘futuro’, si la única filosofía de la historia sigue siendo el desilusionado ‘*carpe diem*’ horaciano, no hay lugar para la idea misma de creación y redención, no hay lugar para Cristo alpha y omega de la historia. Todo es englobado en un presente suspendido en el vacío.

Para la fe cristiana no hay dimensión religiosa que no sea – contemporánea y sustancialmente – dimensión ética, implicación de la existencia en la construcción de la sociedad nueva, de la cual la Iglesia es signo y primicia<sup>43</sup>.

Cuando el cristiano se empeña, en cuanto cristiano y en el impulso de su fe cristiana, en

las estructuras autónomas del mundo de la política, de la economía, de la ciencia y de la cultura, lo hace convencido de que también la dignidad creatural, positiva y ‘autónoma’, herida por el pecado, corre el riesgo inexorable de autodestruirse si no es infundida por la gracia. La convicción cristiana es valiente y respetuosa: “Existe, y no debemos temer afirmarlo, una calificación cristiana de la cultura, porque la fe en Cristo no es un puro y simple valor entre los valores que son el perno de las diferentes culturas; mas para el cristiano es el juicio último que los juzga a todos, en el pleno respeto de su consistencia”<sup>44</sup>.

Esto no comporta ninguna prevaricación ni mezcla alguna. La Iglesia no invade el ámbito de los poderes estatales ni se confunde con ellos<sup>45</sup>.

#### Motivaciones

El sujeto eclesial que administra el sacramento entra a constituir el signo sacramental no sólo en virtud de su título.

Ciertamente se trata, pues, de madurez psicológica y de recta intención, como lo explica J. Moltmann: “El que se lanza en la acción social o diaconal, porque no ha resuelto sus problemas, no hace sino imponer a los demás su carga. La acción social y la diaconía no son sólo remedios contra la debilidad del ego. A menudo hemos visto en los últimos años a estudiantes que entendían compensar el propio vacío interior con buenas obras hechas por los demás. De este modo ellos han hecho que los necesitados sean aún más débiles. El que desea ayudar y hacer algo por los demás o por el mundo, sin haber profundizado el conocimiento de sí mismo, de su libertad y capacidad de amor, nada encontrará que él pueda dar a los demás. Admitida su buena voluntad y buena fe, no hará sino comunicar a los demás su egoísmo, su temor, su agresividad, sus ambiciones egoístas, sus prejuicios ideológicos. El que desea llenar su vacío interior con la ayuda de los demás, sólo difundirá este vacío. ¿Por qué? Porque cada uno actúa en los

demás no tanto con su acción, sino a través de su existencia, mucho más de lo que queramos admitir nosotros activistas. Sólo el que ha reconocido la razón de la propia vida, puede actuar de manera racional. Sólo el que se ha vuelto interiormente libre del egoísmo, de la debilidad del ego y de la angustia, puede compartir y acoger el sufrimiento y liberar a los demás”<sup>46</sup>.

Pero no sólo como predisposición. Más profundamente, como verdad histórico-existencial del sacramento. De hecho, su eficacia *ex opere operato*, no hace supérfluo o marginal lo que constituye la componente humana. Antes bien, corresponde justo al sacramento valorar globalmente y requerir, por su lógica interna, la máxima coherencia entre el signo visible y la acción, soberanamente gratuita, de la gracia.

A la necesaria madurez psicológica y a la límpidez interior se añaden así otros requisitos, que toman forma de la praxis misma de Jesús:

- El se muestra siempre interesado al hombre total, aunque esté presente una cierta prioridad de lo eterno sobre lo temporal.

- Por esto mantiene una visible distancia crítica: un espacio de confrontación para abrir la necesidad de la fe y de una entrega confiada.

- Jesús no se limita a combatir síntomas y síndromes, sino quería encontrar al enfermo, vencer su alejamiento (y a veces exclusión social) a través del contacto, la cercanía y el encuentro que salva.

- La curación es don: ningún vínculo obligado (aunque si se espera en el reconocimiento...): libertad abierta incluso después de la curación.

- Relevancia de la biografía para la pastoral de la enfermedad (del enfermo) o para una fructífera celebración de los sacramentos. Un dato que la tradición comunicativa del pasado siempre ha considerado (aunque ciertamente favorecida por una situación socio-cultural mucho más homogénea).

- No me dejarás morir solo, en la muerte anónima de un hospital... La dimensión esca-

tológica es real si no se limita a sublimar la acción cristiana, sino la caracteriza realmente, haciéndola capaz de oportuna crítica y proyecto.

*Especificidad. La modalidad celebrativa propia de los sacramentos en situación de dolor y de enfermedad*

Según la ley (teológica) de la encarnación, la sacramentalidad – en su alcance simbólico – inscribe la acción de Dios en la realidad de lo humano, en la dimensión real de la corporeidad y de las dinámicas interiores de la persona humana, que de algún modo es caracterizada y condicionada (kenosis). Esto confiere (y requiere) una diferente resonancia de las palabras y una diferente incidencia de los gestos. Como repetidas veces se ha hecho notar en estudios recientes, en la celebración sacramental la dimensión no locutoria prevalece sobre aquella locutoria. De este modo, la forma es cuestión fundamental. El encuentro comunicativo es aquel en el que la/s persona/s se revela/n, aquel en el que sucede algo (acontecimiento). Y el lugar celebrativo es espacio simbólico, en el cual la estructura arquitectónica, el sonido y la música, la disposición de los objetos, la gestualidad de los diferentes actores constituyen no sólo el con-texto, sino el texto mismo del acontecimiento sacramental en el ejercicio de las funciones que les competen.

En esta pragmática simbólica se trata no de la transformación del mundo, sino de sí mismo con relación a Dios. Todo converge entonces hacia aquel núcleo que es la fórmula sacramental en sentido estrecho, fórmula incorporada en el mismo gesto, en el que el enunciado de la fe llega a su plena verdad (cf. los rituales bautismales de la Iglesia antigua, en los cuales la práctica litúrgica es confesión de la fe en acto).

El misterio mesiánico de la sanación es todo lo opuesto a la remoción del sufrimiento. No remueve, ni sublima, sino afronta y combate, comprende y acepta el misterio del sufrimiento. Al contrario, la falta de

alcance soteriológico (existencial) provoca la evanescencia de la proclamación cristológica y el retorno escatológico aparece como camino de escape frente a la impotencia sanante.

El sufrimiento como bautismo cotidiano, traza un camino de conversión en el que la eucaristía conduce a su plenitud su promesa (“*futurae gloriae nobis pignus datus*”): el viático sintetiza el itinerario sacramental para la salvación, en la dimensión de una compañía que ya es nuevo inicio.

*Dimensión personal y comunitaria. Equilibrio y reciprocidad*

La diaconía es digna del nombre cristiano sólo si tiene como fundamento el agape de Cristo, se expresa en la y por la comunidad, se dirige a todos, sin discriminación alguna (*Ga* 3, 28; *1 Co* 12, 13). Es la asamblea eucarística el punto de partida, el lugar narrativo donde la palabra es memorial y anuncio (acontecimiento y praxis) de salvación. Esto no significa que la verdad de la fe depende de la verificabilidad de efectos socialmente perceptibles. Pero no los hace insignificantes; al contrario.

*Ante todo, acogida y fruibilidad.* El diálogo pastoral requiere que se planteen interrogantes evangélicos (no se puede omitir o disolver irónicamente la confrontación con el Evangelio y con la fe de la Iglesia); pero, por otro lado pide también que estos interrogantes se planteen con estilo evangélico. Esto significa acogida de las personas tal como son, en su humanidad concreta, con sus motivaciones imperfectas (pero ¿quién puede presumir aquellas perfectas?). La instancia ética no genera moralismo sino solicitud pastoral, de manera que la débil llama arroje una luz plena.

La acogida comporta también celebraciones comprensibles y aprovechables. Esto no significa ampliar la parte didascálica, deformando la liturgia y aburriendo a la comunidad; sino tratar que el rito sea vivo y significativo. Tarea no fácil. Se trata, pues, de dos

puntos aparentemente contradictorios: por un lado, respetar el lenguaje propio de la liturgia en su inflexión simbólica y pragmática; por el otro, tener en máxima cuenta la reivindicación de inteligencia y de crítica que caracteriza nuestra cultura de la sospecha, sin ceder a la deriva intelectualista que se envuelve en sí misma.

*Subjetividad pastoral: el enfermo enseña a los sanos*

Frecuentar el mundo de los enfermos es una auténtica escuela de vida, una práctica que desarrolla de manera insuperable la capacidad de discernimiento frente a los problemas fundamentales de la existencia. El enfermo sacude también la sensibilidad más adormecida y le hace recordar los valores más simples y profundos, que en una situación de buena salud a menudo son dejados paradójicamente de lado, en segundo plano. Es escuela de relaciones: incluso aquellas más cercanas e íntimas son vistas de manera nueva y surgen aspectos que la routine cotidiana las había puesto en sombra. Se gozan así, aunque en la dramaticidad de la situación de enfermedad, descubrimientos de humanidad que se quedarían latentes. Somos puestos a la prueba de manera recíproca, porque el enfermo requiere cuidados y atenciones, reacciona con sensibilidad agudizada y, a veces, pone a dura prueba incluso a quien lo acude con ánimo generoso.

El cabezal del enfermo es cátedra de espiritualidad y de fe.

## Conclusión

La formación de los que están llamados a trabajar en el ámbito de la sanidad sin duda se coloca entre las preocupaciones primarias de la sociedad contemporánea, tan atenta – aunque no siempre de modo positivo y correcto – a la calidad de la vida. Las grandes transformaciones que caracterizan la edad moderna, sobre todo en estos últimos decenios que se aproximan al final del milenio, han incidido profundamente en la identidad y el



vicción más firme y activa por todos los cristianos; nueva, para que pueda suscitar un encuentro cultural serio y valiente con todos<sup>748</sup>.

La salud gozada y/o reencontrada manifiesta el misterio de la condición humana y revela "en la carne" el misterio de la misericordia de Dios creador y redentor. Es introducción al misterio tremendo de la muerte y anticipación de la beata resurrección.

Mons. SERGIO LANZA  
Director del Instituto Pastoral  
"Redemptor Hominis" de la  
Pontificia Universidad del Laterano

128

## Notas

<sup>1</sup> CCC 1421

<sup>2</sup> Cf D. MARTIN, *A General Theory of Secularization*, Oxford 1978.

<sup>3</sup> P. BOURDIEU, *La distinción*, Paris 1979 (*La distinción*, il Mulino 1976).

<sup>4</sup> P.L. BERGER, *Una gloria remota...*, 73.

<sup>5</sup> D. HER VIEU-LEGER, *Verso un nuovo cristianesimo?*, Brescia 1989, 59.

<sup>6</sup> H. SCHELSKY, *Die skeptische Generation*, 1963(2), 297.

<sup>7</sup> J. MOLTSMANN, *Teologia della speranza*, Brescia 1966, 316s.

<sup>8</sup> F.X. KAUFMANN, en *ID.-J.B.METZ, Capacità di futuro*, Brescia 1988, 68.

<sup>9</sup> JÜRGEN MOLTSMANN, *Diaconia. Il servizio cristiano nella prospettiva del Regno di Dio*, Torino 1986, 22.

<sup>10</sup> L.M. CHAUVET, *Linguaggio e simbolo...*, 150.

<sup>11</sup> E. BODEI, *La salvezza laica. Miti e utopie della rivoluzione francese*, en G. FERRETTI, *La ragione e i simboli della salvezza oggi*, Genova 1990, 80.

<sup>12</sup> Por ejemplo: DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS DEL HOMBRE (10.12.1948), art. 25, 1: "Cada individuo tiene derecho a un tenor de vida suficiente para garantizar la salud y el bienestar propio y de su familia...". CONSTITUCION DE OMS (1946), art. 1: "El objetivo de la Organización es obtener para todos los pueblos el más elevado nivel de salud" (cf. también el *Predámulo*: gobiernos reponsables; salud como materia de política internacional); DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (20.11.1959), 4: "El niño debe beneficiar de la seguridad social. Debe crecer y desarrollarse de manera sana. Con este fin debe asegurarse lo mismo que a su madre los cuidados médicos y la protección social adecuada, especialmente durante el período que precede y sigue al nacimiento. El niño tiene derecho a alimentación, alojamiento, a entretenimientos y a cuidados médicos adecuados"; CONSTITUCION ITALIANA, art. 32: "La República tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad y garantiza cuidados gratuitos a los indigentes".

<sup>13</sup> W. PANNENBERG, *Teologia sistema-*

*tica* 3, Brescia 1996 (Göttingen 1993), 374.

<sup>14</sup> G. SOVERNIGO, *Rito e persona. Simbolismo e celebrazione liturgica: aspetti psicologici*, Padova 1988, 62.

<sup>15</sup> M.L. CHAUVET, *Du symbolique au symbole. Essais sur les sacrements*, Paris 1979, 20.

<sup>16</sup> O. BETZ, *I simboli per comunicare l'esperienza e la fede*, Frascati 1990, 6.

<sup>17</sup> DH 2.

<sup>18</sup> TERTULLIANO, *De resurrectione mortuorum* 6, 3-4.

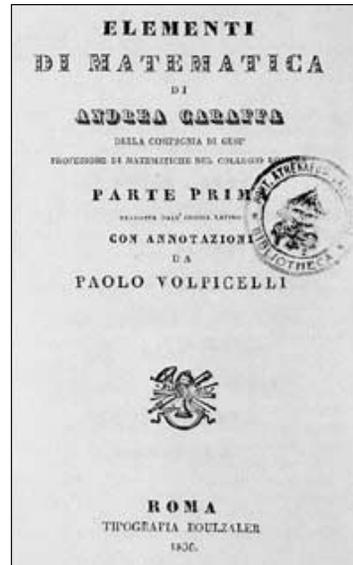
<sup>19</sup> IRENEO, *Adversus Haereses* 5, 6,1.

<sup>20</sup> IRENEO, *Expositio Praedicationis Apostolicae*, 11.

<sup>21</sup> TERTULLIANO, *De resurrectione mortuorum*, 7.

<sup>22</sup> LEON MAGNO, *Sermo* 27, 6

<sup>23</sup> TOMAS DE AQUINO, *Exposiciones so-*



*bre Juan cap. 14*, lección 2 (comentario a "Yo soy el camino", *Jn* 14, 6).

<sup>24</sup> CTI, *Algunas cuestiones referentes a la cristología*, Civ. Catt. 131 (1980) 4/278.

<sup>25</sup> En particular los nn. 11-15

<sup>26</sup> H.U. Von Balthasar, *Verità del mondo*, Teologica II, Milano 1987, 77.

<sup>27</sup> SD 2.

<sup>28</sup> F. ALVAREZ, *El Evangelio, fuente de vida en el mundo de la salud y de la enfermedad*, en "Camillianum" 11 (1995) 46.

<sup>29</sup> A. LANGELLA, La función terapeuta de la salvación en la experiencia de la Iglesia: mirada diacrónica y reflexión sistemática, en AA.VV. (por N. TERRIN), *Liturgia y Terapia. La sacramentalità al servizio dell'uomo nella sua interezza*, Padova 1994, 126: "La teología sacramental y la liturgia, incluso después de la reforma conciliar, han restituido sólo implícitamente el papel terapéutico de los sacramentos".

<sup>30</sup> S. BULGAKOV, *Il Paraclito*, Bologna 1971 (París 1935), 321.

<sup>31</sup> *Dominum et vivificantem* 2.

<sup>32</sup> S. Weinberg, *I primi tre minuti*, Milano 1977, 170.

<sup>33</sup> *Dominum et vivificantem* 12.

<sup>34</sup> HILDEGARD VON BINGEN, *Welt und Mensch. (De operatione Dei)*, Salzburg 1965, 25.

<sup>35</sup> R. GUARDINI, *Wahrheit des Denkans und Wahrheit des Tuns*, Paderborn 1985(4), diario 24 agosto 1953.

<sup>36</sup> F. ROSENZWEIG, *La stella della redenzione*, Casale Monferrato 1985, 3.

<sup>37</sup> P. RICOEUR, *Miti della salvezza e ragione contemporanea*, en FERRETTI (ed.): *La ragione e i simboli della salvezza*, Gé-

nova 1990, 30: "La pregunta que se plantea es saber si una sociedad puede vivir sin proyecto colectivo, sin utopía directora. Es la pregunta planteada por R. Koselec en *Vergangene Zukunft*. La estructura del tiempo histórico, no representado, sino vivido y puesto en acto, constituida por la polaridad entre horizonte en espera y espacio de experiencia, ¿se puede superar? Y ¿hay aún horizonte de espera cuando no ya no hay utopía, cuando se ha ido lo que E. Bloch llama "Principio-Esperanza"?"

<sup>38</sup> *Ibid.* 31: "Entonces yo me pongo la pregunta que esta tarde dejo sin respuesta: así como la idea de progreso ha sido para el período moderno el equivalente secularizado de una *Heilsgeschichte* secularizante, ¿no se configura hoy, en la época que algunos llaman post-moderna, un nuevo cara a cara entre la predicación de la locura de la cruz y de la kénosis de Cristo y las formas descompuestas de la filosofía hegeliana de la historia? Y si se pregunta sobre lo que los cristianos aún tienen que decir algo en particular, yo diré: la esperanza que, en un modo desconocido para nosotros, las historias de las víctimas, historias esparcidas y deshechas colaboren en favor del Reino de Dios que se acerca. Esperanza, también ella loca, sin duda..."

<sup>39</sup> JUAN PABLO II, *Catequesis* del miércoles 22 de abril 1998.

<sup>40</sup> R. GUARDINI, *La fine dell'epoca moderna*, Brescia 1993(8) (Basel 1950), 74.

<sup>41</sup> M. GAUCHET, *Le désenchantement du monde*, Paris 1985, 267.

<sup>42</sup> TMA 10.

<sup>43</sup> C. RUINI, *Il Vangelo nella nostra storia. Chiesa, cultura e società in Italia*, Roma 1989, 76: "La inseparabilidad de la dimensión religiosa y de aquella ética constituye ya la estructura portante del AT, de la alianza del Sinaí a la predicación profética; en el NT el amor de Dios y el amor del prójimo forman una unidad indivisible en la que nos dirigimos a todos, incluidos los enemigos, llegando incluso a ofrecer "la otra mejilla". En la Escritura no hay ningún dualismo entre intención y acción (como tampoco hay dualismo de 'alma' y 'cuerpo'), sino más bien y, al mismo tiempo, la más radical penetración en lo íntimo de la persona (el 'corazón'), contra las exterioridades del legalismo y la más rigurosa concreción de las 'obras del amor'. Están plenamente incluidas no sólo la solidaridad hacia el pobre, sino también la justicia: el amor cristiano no es un subrogado de la justicia y tampoco es un simple desarrollo que va más allá de ella, como a menudo se piensa incluso en sectores opuestos. Por el contrario, el amor comprende la justicia como su parte esencial... Es verdad más bien que la justicia puede realizarse integralmente sólo a través del amor, es decir, pues, abriéndonos al otro, donándonos a él y aceptándolo en su calidad de hombre. Al respecto, un vínculo muy sólido une la predicación de los profetas a las palabras de Jesús, al Evangelio y a la primera epístola de Juan y a la epístola de Santiago, por citar sólo algunos lugares más significativos".

<sup>44</sup> JUAN PABLO II, *Homilía* 8 febrero 1984.

<sup>45</sup> CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et spes*, 76: "La Iglesia, que por razón de su misión y de competencia no se confunde en modo alguno con la comunidad política ni está ligada a sistema político alguno, es a la vez signo y salvaguardia del carácter trascendente de la persona humana".

<sup>46</sup> J. MOLTSMANN, *Diaconia... Il servizio cristiano nella prospettiva del Regno di Dio*, Torino 1986, 37.

<sup>47</sup> EV 43.

<sup>48</sup> EV 95.

# Conclusiones de los grupos de trabajo del Seminario de Estudio: Los sacramentos en la Pastoral de la Salud

En colaboración con el Instituto Pastoral *Redemptor Hominis* de la Pontificia Universidad del Laterano, el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud promovió en los días 2-3 de junio 2000 un Seminario de Estudio acerca de *Los Sacramentos en la Pastoral de la Salud* dirigido a teólogos, expertos y agentes comprometidos bajo diferente título en el mundo de la salud y del sufrimiento.

De los trabajos de los grupos en las dos jornadas, se han puesto de relieve algunas observaciones y propuestas:

**1.** La sociedad actual se presenta subdividida en especializaciones. También la acción pastoral requiere ser especializada. Sin embargo, esto no está exento de riesgos, en particular porque puede separar ámbitos que están muy conectados desde el punto de vista pastoral y que sólo al estar relacionados entre sí pueden alcanzar logros positivos.

Incluso partiendo de situaciones concretas, en el debate se ha puesto de relieve cierta dificultad para integrar las diferentes perspectivas de fondo que sirven como punto de referencia para cada uno. Surgen dos modos diferentes de acercamiento pastoral: una sigue un planteamiento sustancialmente aplicativo, la otra está orientada hacia el método del discernimiento evangélico.

La situación de la pastoral cotidiana muestra bajo diferentes aspectos carencias que no son marginales. La preparación de los ministros extraordinarios de la eucaristía a menudo aparece inadecuada, lo cual compromete la comprensión del significado del sacramento y su plena recepción: vivimos en la debilidad del anuncio. Incluso los hospitales viven en una situación de evangelización incompleta: se

cristaliza el presente sin dar una esperanza escatológica.

**2.** Es necesario compartir con el enfermo su dolor partiendo de la enfermedad, a la luz de la esperanza. La actitud de un agente de pastoral sanitaria es compadecer (en el sentido etimológico del padecer con), hacerse prójimo en la situación de precariedad y de desconcierto, pero también de apertura a las grandes cuestiones del sentido de la vida que comporta la enfermedad.

A veces la misma celebración de los sacramentos corre el riesgo de decaer en formas de tipo milagroso. Muy a menudo el que sufre en el cuerpo busca una "poción mágica" para su curación, confundiendo el sacramento con el milagro. La celebración del sacramento constituye el término de una preparación cuidadosa, de un verdadero y real camino de sanación del alma; sólo después de esto se podrá pensar en celebraciones particulares, con espacios particulares para el enfermo.

En este ámbito se abre un espacio específico para el compromiso de los laicos, que pueden acercarse al enfermo

con una mejor y más directa percepción de su condición familiar y social.

Debemos considerar la relación con el enfermo como intercambio recíproco: también el enfermo catequiza. A menudo en los hospitales está más presente la figura del psicólogo y no la del capellán. De este modo se incrementa la marginalización de los sacramentos: incluso los mismos parientes – a quienes se les ayuda poco para que comprendan el valor terapéutico del hecho sacramental – impiden la celebración, considerándola un oscuro presagio de muerte. En el fondo de todo esto está la falta de catequesis sobre la muerte: muerte como pasaje fundamental para la vida. Sustancialmente, el enfermo está solo, abandonado por una sociedad que corre y que no puede detenerse con él. Pero mucho más grave es el abandono del enfermo de parte de la comunidad eclesial. El hospital se vuelve una empresa, una máquina en la que el capellán es el hombre de urgencias y no del camino sereno, y muchas veces ocurre que seminaristas impreparados teológica y materialmente, se transforman en capellanes en contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte.

Es necesario también una atenta preparación en los seminarios, donde el camino formativo al presbiterado alcance una auténtica madurez humana y espiritual, capaz de comprender y compartir las situaciones de sufrimiento. La pastoral de la salud es una educación que es preciso afrontar incluso desde la edad pre-escolar y escolar. Es de capital importancia una verdadera preparación para los agentes: "¡Poned más corazón en aquellas manos!" (S. Camilo): el cuidado del alma pasa a través del cuidado del cuerpo. Es



preciso afrontar de modo diverso la atención al enfermo y aquella al anciano.

Se debe estructurar mejor la pastoral sanitaria en las diócesis a través de un delegado específico. Hay que dedicar más tiempo para reflexionar y estimular al sacramento de unción de los enfermos; para iluminar su necesidad, su valor y eliminar de la mente del enfermo el temor hacia este sacramento que es visto exclusivamente como preámbulo de la muerte. Un paso fundamental es re-crear, re-fundar la visión global de la pastoral y su perspectiva sanitaria: ¿cómo nos colocamos frente a la enfermedad y al dolor?

Es significativa la enajenación de la muerte: cada uno muere solo, en una habitación del hospital, en una residencia; la muerte del familiar ya no es vivida dentro de la familia como un hecho natural, sino como algo que no toca a ninguno de nosotros, porque cuando llega, el que está por morir ya ha sido expulsado de la familia, de la comunidad.

En el sufrimiento es fundamental la escucha: la desesperación no puede escuchar si no es escuchada; sólo más adelante se podrá instaurar el diálogo. En la enfermedad a veces vacila la misma capacidad de sentirse en comunión con Dios. El lugar del encuentro es la aceptación de la enfermedad: este es el momento propicio para acercarse al sacramento y poderlo vivir en su totalidad. La Eucaristía es vista, pues, como comparticipación ofrecida durante la celebración que de algún modo se convierte en participación al sufrimiento de Dios y de los hombres. Para ser personas nuevas y vivas incluso ante la presencia de la enfermedad.

El Magisterio presenta al enfermo como sujeto pastoral y no sólo como objeto de los cuidados. Es fundamental sentirse sujetos activos durante la enfermedad. En un momento



en el que la capacidad de actuar física se reduce o disminuye, es importante que los sacramentos sean descubiertos como acción y no como pasividad. Redescubriendo el valor del bautismo se puede llegar también a la aceptación del sufrimiento y de la muerte: bautismo como camino y comprensión de la fe. Es importante proceder sistemáticamente en la preparación de las personas que trabajan en el sector médico según sus diferentes competencias y vocaciones. Ofrecerles una preparación diferenciada, adecuada y personalizada. De parte del capellán debe haber una fuerte acción de sensibilización del enfermo.

3. En síntesis, la confrontación se hace alrededor del siguiente interrogante: *¿Como favorecer en los creyentes una adhesión inteligente y afectiva a Cristo, en la que sea posible celebrar y acoger los sacramentos como verdaderos acontecimientos de gracia, para la vida?*

Se subrayan algunos elementos importantes desde el punto de vista teológico: la centralidad de Cristo en la celebración sacramental; la necesidad que por medio de ella se oriente al fiel al misterio de

Cristo; la relación entre sufrimiento y pecado.

Al final de la confrontación surgen algunas propuestas dignas de tener en consideración:

1. Finalizar toda la acción pastoral a una educación permanente a los sacramentos como encuentro con Cristo y experiencia del amor de Dios hacia nosotros;

2. Formar a los agentes pastorales al seguimiento, entendido como despertar a la verdad de Dios;

3. Prever para el futuro **SERVICIOS PASTORALES HOSPITALARIOS** institucionalizados, profesionales y organizados.

Para poder dar vida a una pastoral sanitaria más calificada y calificante en la pastoral global de la Iglesia local, es necesario proveer a la revisión del *Nuevo rito del sacramento de la Unción*, enriqueciendo el ritual de celebraciones y oraciones de la comunidad cristiana con y para los enfermos.

Asimismo, es necesario afrontar con valentía la reflexión sobre la muerte, reponiendo el Viático, como celebración de la *última comunión*.

La discusión tiende a poner de relieve las siguientes exigencias:

1. Elaborar el concepto de *salud* en perspectiva espiritual-trascendente;

2. Reafirmar la centralidad de Cristo en la Iglesia y para la Iglesia, en su acción pastoral;

3. Es de suma importancia la figura y el modo de actuar del ministro ordenado: se debe orientar al cuidado espiritual de la persona, sin limitarse a ser un simple administrador; por consiguiente, es necesario estudiar formas y modelos operativos que favorezcan una aproximación de tipo terapéutico.

Prof. Mons. SERGIO LANZA,  
Director del Instituto Pastoral  
"Redemptor Hominis"  
de la Pontificia Universidad  
del Laterano



*IX Congreso Europeo  
FEAMC*



*XX Congreso Internacional  
FIAMC*



*XXII Congreso  
Nacional AMCI*



*Medicina  
y derechos humanos*

*Roma, 3-7 de julio 2000*

## Oración del Santo Padre con ocasión del Congreso de Médicos Católicos

Señor Jesús,

*Médico Divino*, que en tu vida terrena has tenido predilección por los que sufren, y has confiado a tus discípulos el ministerio de la curación, háznos siempre prontos a aliviar las penas de nuestros hermanos. Haz que cada uno de nosotros – consciente de la grande misión que le ha sido confiada – se esfuerce siempre por ser, en el servicio cotidiano, un instrumento de tu amor misericordioso. Ilumina nuestras mentes, guía nuestras manos, dános corazones atentos y compasivos. Haz que en cada paciente sepamos descubrir los rasgos de tu Divino rostro.

Tú que eres la *Vida*, concédenos que sepamos imitarte cada día como médicos no sólo del cuerpo sino de la persona entera, ayudando a quien está enfermo a recorrer con fe el propio camino terreno, hasta el momento del encuentro contigo.

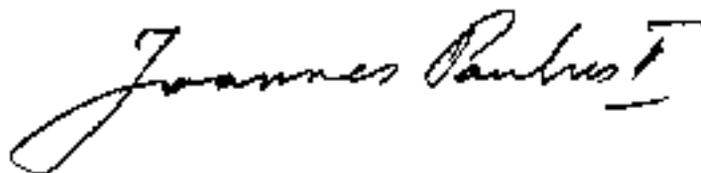
Tú que eres la *Verdad*, concédenos sabiduría y ciencia, para penetrar en el misterio del hombre y de su destino trascendente, mientras nos acercamos a él para descubrir las causa de la enfermedad y para encontrar los remedios adecuados.

Tú que eres la *Vida*, concédenos el anunciar y testimoniar en nuestra profesión el “Evangelio de la Vida”, comprometiéndonos a defenderla siempre, desde la concepción hasta su término natural, y a respetar la dignidad de cada uno de los seres humanos, especialmente de aquellos más débiles y necesitados.

Concédenos, Señor, el ser *buenos Samaritanos*, prontos a acoger, a cuidar y consolar a cuantos encontremos en nuestro trabajo. Teniendo como ejemplo a los santos médicos que nos han precedido, ayúdanos a ofrecer nuestro generoso aporte para renovar constantemente las estructuras de la sanidad.

Bendice nuestro estudio y nuestra profesión, ilumina nuestra investigación y nuestras enseñanzas. Concédenos que habiéndote amado y servido constantemente en los hermanos que sufren, al final de nuestro peregrinar terreno podamos contemplar tu rostro glorioso y experimentar el gozo del encuentro contigo en tu Reino de alegría y de paz infinitas.

Amén.



Vaticano, 29 de junio 2000

# Al católico jamás le es lícito hacerse cómplice de un presunto derecho al aborto o a la eutanasia

DISCURSO DEL PAPA A LOS PARTICIPANTES EN EL CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE "MEDICINA Y DERECHOS HUMANOS"

1. Os doy mi cordial bienvenida a todos vosotros, amadísimos médicos católicos, que habéis venido a Roma junto con vuestros familiares para participar en el congreso internacional organizado por la «Asociación de médicos católicos italianos», la «Federación europea de asociaciones de médicos católicos» y la «Federación internacional de asociaciones de médicos católicos». El objetivo principal de vuestro encuentro en la ciudad eterna es celebrar vuestro jubileo. Os deseo de corazón que, fortalecidos por esta provechosa actividad espiritual, con valentía deis nuevo impulso a vuestro testimonio evangélico en el sector tan importante de la medicina y de la actividad sanitaria.

Os saludo a todos con afecto, comenzando por el cardenal Dionigi Tettamanzi, arzobispo de Génova, y por los profesores Domenico Di Virgilio, Paul Deschepper y Gian Luigi Gigli, presidentes respectivamente de las instituciones antes mencionadas. Saludo, asimismo, a los sacerdotes Feytor Pinto y Valentin Pozaic, así como a los asistentes eclesiásticos presentes.

Mi saludo se extiende a monseñor Javier Lozano Barragán, presidente del Consejo pontificio para la pastoral de la salud, organismo al que he confiado la tarea de impulsar y promover la obra de formación, estudio y acción realizada por la «Federación internacional de asociaciones de médicos católicos», especialmente en el marco del Año jubilar.

Por último, doy las gracias de modo particular al profesor Domenico Di Virgilio, que ha interpretado muy bien vuestros sentimientos comunes, expresando vuestra fiel adhesión a la Cátedra de Pedro.

## Medicina y derechos del hombre

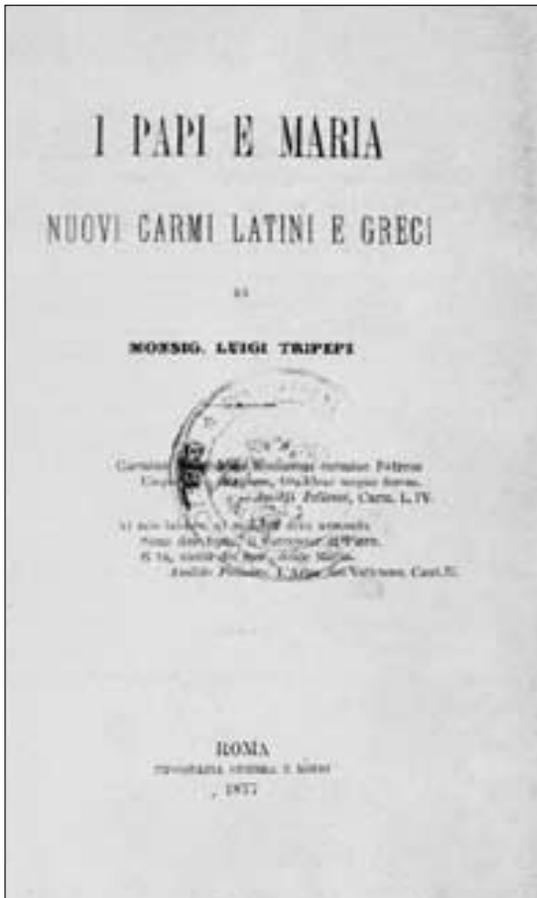
2. El tema que habéis elegido para vuestro congreso – *Medicina y derechos del hombre* – es muy importante no sólo porque manifiesta el esfuerzo cultural de conjugar el progreso de la medicina con las exigencias éticas y jurídicas de la persona humana, sino también porque reviste gran actualidad

a causa de las violaciones efectivas o potenciales del derecho fundamental a la vida, en el que se basan todos los demás derechos de la persona.

Con la actividad que realizáis, prestáis día a día un noble servicio a la vida. Vuestra misión de médicos os pone a diario en contacto con la misteriosa y estupenda realidad de la vida humana, impulsándoos a interesaros por los sufrimientos y las esperanzas de muchos hermanos y hermanas. Perseverad en vuestra generosa entrega, asistiendo de modo particular a los ancianos, a los enfermos y a los discapacitados.

Comprobáis que en vuestra profesión no bastan la asistencia médica y los servicios técnicos, aunque se realicen con profesionalidad ejemplar. Es preciso ofrecer al enfermo también la especial medicina espiritual que consiste en el calor de un auténtico contacto humano. Ese contacto puede devolver al paciente el amor a la vida, estimulándolo a luchar por ella, con un esfuerzo interior que





a veces resulta decisivo para su curación.

Hay que ayudar al enfermo a recuperar no sólo el bienestar físico, sino también el psicológico y moral. Esto supone en el médico, además de competencia profesional, una actitud de solicitud amorosa, inspirada en la imagen evangélica del Buen Samaritano. El médico católico está llamado a testimoniar a toda persona que sufre los valores superiores, fundados sólidamente en la fe.

### **Defender, promover y amar la vida**

3. Queridos médicos católicos, sabéis muy bien que vuestra misión imprescindible consiste en defender, promover y amar la vida de cada ser humano, desde su comienzo hasta su ocaso natural. Hoy, por desgracia, vivimos en una sociedad donde a menudo dominan no sólo una cultura abortista, que lleva a la violación del derecho fundamental a la vida del concebido, sino también una concepción de la autonomía humana, que se expresa en la reivindicación de la eutanasia como autoliberación de una situación que, por diversos motivos, ha llegado a ser penosa.

Sabéis que al católico jamás le es lícito hacerse cómplice de un presunto derecho al aborto o a la eutanasia. La legislación favo-

rable a semejantes crímenes, al ser intrínsecamente inmoral, no puede constituir un imperativo moral para el médico, que podrá recurrir lícitamente a la objeción de conciencia. El gran progreso logrado durante estos años en los cuidados paliativos del dolor permite resolver de modo adecuado las situaciones difíciles de los enfermos terminales.

### **Actualizarse en teología y en bioética**

Toda persona verdaderamente respetuosa de los derechos del ser humano ha de afrontar con valentía las múltiples y preocupantes formas de atentado contra la salud y la vida. Pienso en las destrucciones, en los sufrimientos y en las muertes que afligen a poblaciones enteras a causa de conflictos y guerras fratricidas. Pienso en las epidemias y enfermedades que se registran entre las poblaciones forzadas a abandonar sus tierras para huir hacia un destino desconocido. ¡Cómo permanecer indiferentes ante tantas escenas conmovedoras de niños y ancianos que viven situaciones insostenibles de malestar y sufrimiento, sobre todo cuando se les niega incluso el derecho fundamental a la asistencia sanitaria!

Es un amplio campo de acción que se abre ante vosotros, queridos médicos católicos, y expreso mi profunda estima a cuantos de entre vosotros deciden valientemente dedicar un poco de su tiempo a quienes se encuentran en condiciones tan duras. La cooperación misionera en el campo sanitario siempre ha sido muy apreciada y deseo de corazón que se intensifique ulteriormente este generoso servicio a la humanidad que sufre.

4. Por desgracia, numerosos hombres y mujeres, especialmente en los países más pobres, al entrar en el tercer milenio, siguen sin tener acceso a servicios sanitarios y a medicinas esenciales para curarse. Muchos hermanos y hermanas mueren diariamente de malaria, lepra, SIDA, a veces en medio de la indiferencia general de quienes podrían o deberían prestarles ayuda. Ojalá que vuestro corazón sea sensible a este clamor silencioso. Queridos miembros de las asociaciones de médicos católicos, vuestra tarea consiste en trabajar a fin de que el derecho primario a lo que es necesario para el cuidado de la salud y, por tanto, a una adecuada asistencia sanitaria, sea efectivo para todos los hombres, prescindiendo de su posición social y económica.

Entre vosotros se encuentran investigadores de las ciencias biomédicas, las cuales, por su misma naturaleza, están destinadas a progresar, a desarrollarse y a mejorar las condiciones de salud y de vida de la humanidad. También a ellos les dirijo una apremiante exhortación a dar generosamente su contribución para asegurar a la humanidad condiciones mejores de salud, respetando siempre la dignidad y el carácter sagrado de la vida. En efecto, no todo lo científicamente factible es siempre moralmente aceptable.

Al volver a vuestras naciones respectivas, sentid el deseo de proseguir, con nuevo impulso, vuestra actividad de formación y actualización, no sólo en las disciplinas relativas a vuestra profesión, sino también en la teología y la bioética. Es muy importante, particularmente en las naciones donde viven Iglesias jóvenes, cuidar la formación profesional y ético-espiritual de los médicos y del personal sanitario, el cual afronta a menudo graves emergencias que exigen competencia profesional y adecuada preparación en el campo moral y religioso.

## Saludo

Un saludo cordial a los organizadores del noveno congreso europeo, vigésimo mundial y vigésimo segundo nacional de médicos católicos sobre el tema "Medicina y derechos humanos".

Los derechos humanos son una exigencia de realización de la persona humana, la persona humana es siempre una realización a la vez que una capacidad es un proyecto que está por actuarse, como realización es una historia cumplida; y el derecho de la persona es el derecho de afirmarse en su historia y actuarse en su capacidad.

El derecho humano de la persona como historia en el campo de la medicina significa el derecho de usufructuar todas las conquistas que hasta ahora ha tenido el hombre en el campo de la

medicina; el derecho humano de la persona como capacidad significa la posibilidad siempre abierta hacia una esperanza de perfecta realización futura, que en el campo



## Espíritu de solidaridad y caridad cristiana

5. Amadísimos médicos católicos, vuestro congreso se ha insertado providencialmente en el marco del jubileo, tiempo favorable para la conversión personal a Cristo y para abrir el corazón a los necesitados. Quiera Dios que la celebración jubilar os deje como fruto una mayor atención al prójimo, una generosa comunión de conocimientos y experiencias, y un auténtico espíritu de solidaridad y caridad cristiana.

Que la Virgen Santísima, *Salus infirmorum*, os asista en vuestra compleja y necesaria misión. Os sirva de ejemplo san José Moscati, para que no os falte jamás la fuerza de testimoniar con coherencia, con total honradez y con absoluta rectitud el «evangelio de la vida».

Al tiempo que os agradezco una vez más vuestra visita, invoco la constante benevolencia del Señor sobre vosotros, sobre vuestros familiares y sobre cuantos están confiados a vuestro cuidado, y os imparto a todos de corazón una especial bendición apostólica.

de la medicina comporta progresar siempre para realizar en cada etapa de la vida la armonía. Es abrirse hacia una tensión que busca la unidad del ser humano estructurado en las ramas económicas, sociales, políticas y culturales.

Quiera este congreso profundizar estos derechos a la luz del Evangelio para que así los médicos católicos den al mundo en este inicio del nuevo milenio, caminos seguros para encarnar la doctrina de Cristo sobre la medicina y contribuyan así al bien de toda la humanidad.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO  
BARRAGÁN  
*Arzobispo-Obispo emérito  
de Zacatecas  
Presidente del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud*

# Saludo del Presidente de FIAMC

Queridos amigos:

En nombre de la Federación Internacional de las Asociaciones de Médicos Católicos, es para mí un gran honor darles la bienvenida a Roma. En medio del año del Gran Jubileo, habeis venido a Roma para discutir sobre "*Medicina y Derechos del Hombre*", tema muy significativo elegido para el XXº Congreso Mundial de FIAMC. Sin embargo, este año nuestro encuentro en Roma tiene un valor especial porque va más allá del tema mismo del Congreso, que de por sí ya es muy importante.

En efecto, habeis llegado a Roma no sólo porque es lugar del Congreso, sino también porque es meta de vuestra peregrinación, ciudad de las memorias de los Apóstoles y sede del Papa, signo visible de la unidad de Iglesia y primer Defensor de los Derechos del Hombre en todo el mundo.

Así como lo hicieron muchos hermanos en los siglos pasados, habeis venido a las tumbas de los Apóstoles Pedro y Pablo para redescubrir los orígenes de vuestra fe, para realizar un recorrido de purificación interior, para abriros a una solidaridad y a una fraternidad más grandes. El hombre que vive al inicio del Tercer Milenio de la era cristiana, quizás aún más que los peregrinos del Medioevo, tiene necesidad de ponerse en viaje a lo largo de los caminos en búsqueda de la verdad y del bien, al redescubrimiento del significado más profundo de su humanidad, lo que sólo Jesucristo puede revelarnos. La peregrinación a las tumbas de los Apóstoles se convierte entonces en imagen de otra peregrinación, la que dura toda la vida.

La peregrinación del Jubileo nos puede ayudar a redescubrir el respeto por la vida, el sentido del sufrimiento humano, la solidaridad con los que más de cerca acompañan a Jesucristo en la cruz, y el signifi-



cado de la muerte, que no es una ventana abierta sobre la nada, sino la verdadera meta del hombre peregrino en la tierra, que nos abrirá la visión beata del rostro de Dios.

Inspirados profundamente por estas reflexiones, seremos capaces de comprender aún más los dilemas y las contradicciones relacionados con el respeto de los Derechos del Hombre en las aplicaciones de la medicina. En muchas regiones del mundo, los médicos católicos son ciertamente una minoría, a veces incluso oprimida. Pero somos conscientes y orgullosos porque somos una minoría importante, capaz de expresar una presencia profética, especialmente en lo que concierne el fundamento de todos los demás Derechos del Hombre, el Derecho a la Vida.

La lucha por una medicina que respete los derechos del Hombre afecta al corazón mismo de nuestro testimonio cristiano, ya que, como miembros laicos de la Iglesia, estamos llamados a estar presentes en medio de la vida profesional, tratando de modificar tanto las estructuras como los comportamientos, para que sean una imagen más transparente del amor sanante de Cristo. Sin embargo, sin una renovación de nuestra fe y una participación más íntima en la vida de

la Iglesia, nosotros no tendríamos nada especial que decir a nuestros pacientes y a nuestros colegas.

El Jubileo nos ofrece una ocasión única para nuestra renovación interior personal. Nos llama para que confesemos nuestra fe y para que cambiemos nuestra vida. Nos invita a redescubrir a Cristo, vivo en la Iglesia y a comprometernos en la realidad temporal de nuestra profesión, en las transformaciones culturales, en la gratuidad de las obras de caridad, en la acción social y política.

En nombre de la Federación Internacional que, de conformidad con un preciso mandato que le ha sido conferido por la Iglesia, coordina el trabajo de las diferentes Asociaciones, quisiera agradecer a los amigos de la Asociación Italiana por el valioso y generoso trabajo que han desarrollado para preparar este Congreso. También deseo agradecer a los que trabajan en las Asociaciones de todo el mundo y ayudan a los médicos católicos para que vivan su fe y den testimonio de los Derechos del Hombre y de los Deberes hacia Dios entre los pacientes, los colegas médicos y los demás profesionales de la salud. Si es posible, quisiera animarles para que hagan mucho más, inventando formas nuevas y más eficaces de presencia en la profesión médica, en la enseñanza, en la investigación, con espíritu de comunión y de servicio sobre todo hacia aquellos cuyos derechos son más violados.

Que el Señor nos ayude y bendiga nuestros esfuerzos y podamos esperar con confianza que nuestra peregrinación terrena no sea nunca un camino sin significado.

Prof. GIAN LUIGI GIGLI  
Presidente de la Federación  
Internacional de las Asociaciones  
de Médicos Católicos (FIAMC)  
Italia

La Asociación Médicos Católicos Italianos acoge con entusiasmo y fraternal amistad a los médicos y amigos que provienen de más de 40 naciones para participar en el Congreso del Jubileo del 2000.

Es innegable que esta cita en Roma, fruto del deseo de las tres Asociaciones AMCI-FE-AMC-FIAMC, reviste un significado que trasciende aquel tradicional de un encuentro congresual de los médicos católicos.

Ante todo, este es nuestro Congreso del Gran Jubileo del 2000: la Providencia ha reservado para nosotros el emocionante privilegio de vivir este cruce exaltante de varios acontecimientos: el pasaje del siglo, el alba del Tercer Milenio, la proclamación del Jubileo del 2000, el encuentro de los tres Congresos. ¿Somos capaces de responder a estos sugestivos llamamientos? ¿Seremos “actores” conscientes de estos acontecimientos impetuosos?

En esta circunstancia aparece de lo más puntual el tema que nos hemos propuesto: “La Medicina y los Derechos Humanos”. En efecto, ¿qué siglo ha asistido a un tal y desbordante desarrollo de acontecimientos, a veces dramáticos, que han visto al hombre exaltado, indefenso y violentado? ¿En que otro siglo ha resonado, cada vez más potente, el desgarrador grito del respeto de los derechos del hombre? Pero ¿de qué derechos? ¿Es realmente verdad que este último período de siglo ha sido un faro luminoso en el arrollador camino de la comunidad humana ante un subseguirse de “constructores y destructores” de los derechos humanos?

Por suerte para todos los hombres, en este escenario se yergue luminosa e impetuosa la figura de Juan Pablo II que ha centrado su Magisterio no sólo en favor de la defensa y de la promoción de los derechos humanos, sino que los ha puesto

como fundamentos ciertos en la perspectiva cristiana.

Y la perspectiva del amor es la orientación en la que se realiza la acción del cristiano en favor de los derechos humanos. Nuestro “gran” Pontífice ha dedicado incluso algunas encíclicas a estos temas tan queridos. En la *Centesimus Annus* (1991) nos indica una serie de derechos humanos: “El derecho a la vida, del que forma parte integrante el derecho del hijo a crecer bajo el corazón de la madre después de haber sido concebido; el derecho a vivir en una familia unida y en un ambiente moral; el derecho a madurar la propia inteligencia y la propia libertad a través de la búsqueda y en el conocimiento de la verdad; el derecho a participar en el trabajo para valorar los bienes de la tierra y recabar del mismo el sustento para sí y para sus seres queridos; el derecho a fundar libremente una familia, a acoger y educar a los hijos, haciendo uso responsable de la propia sexualidad; el derecho de vivir en la verdad de la propia fe y en conformidad con la dignidad trascendente de la propia persona”.

En el fondo se trata de los mismos derechos, aunque menos explícitos, que encontramos en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre que a menudo son recordados o desatendidos voluntaria-

mente en muchas circunstancias.

Pero ¡muchas legislaciones han negado el derecho a la vida con disposiciones permisivas en materia de aborto, de manipulación genética, de eutanasia y de limitación de la libertad del individuo! Y las impetuosas y explosivas conquistas de la tecnología y de la ciencia en campo bio-médico ¿siempre han sido dirigidas para favorecer el desarrollo y el respeto de la dignidad de la persona? Como nos recuerda Juan Pablo II (*Redemptor hominis* 1979), de aquí surge la necesidad de que al explosivo desarrollo tecnológico corresponda un desarrollo proporcional de la vida moral y de la ética para que el hombre “sea realmente mejor, más maduro espiritualmente, más consciente de la dignidad de su humanidad”.

Nosotros médicos que hemos venido a Roma de todo el mundo deseamos contribuir a la acogida integral de los llamamientos del Pontífice, deseamos dar testimonio con energía que la Medicina y sus conquistas se dirigirán siempre al servicio del hombre; que la solidaridad y el respeto junto con el amor deben ser el fundamento de las relaciones entre todos los hombres y por esto declaramos que somos contrarios a todo tipo de restricción de las libertades individuales y, por tanto, contra toda forma de tortura y contra la pena de muerte.

La esperanza, alimentada por la fe y fortalecida por la caridad, nos hace conscientes que cada día debemos ponernos al servicio de los enfermos, de los más débiles e indefensos, y en escucha, comenzando por quienes, creyentes o no, se reconocen como miembros de una sociedad fundada en el respeto y en el amor.

Prof. DOMENICO DI VIRGILIO  
Presidente de la Asociación  
Médicos Católicos Italianos  
(AMCI)



## Actividades del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud

### Introducción

La planificación de la actividad del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, luego de celebrarse la Asamblea Plenaria de 1998, y que fuera aprobada más adelante por el Santo Padre, comprende 50 programas organizados en torno a los ministerios de la Palabra, de la Santificación y de la Comunión y confiados a 18 personas que forman el Dicasterio: superiores, oficiales y colaboradores. Con ella, el Pontificio Consejo y de modo especial en el año de celebrarse el Gran Jubileo 2000, ha tratado de dar una respuesta posiblemente lo más eficaz a la misión que le fuera confiada por el Santo Padre: ser una ayuda a su precioso ministerio petrino en el campo específico de la pastoral de la salud y de la sanidad.

Para elaborar el Plan de trabajo, se hizo referencia al Motu proprio institutivo *Dolentium Hominum* y a la Constitución Apostólica *Pastor Bonus*, y en lo que concierne al significado cristiano del sufrimiento y de la vida, la inspiración vino de la Carta apostólica *Salvifici doloris* y la Encíclica *Evangelium vitae*.

Para formular las líneas concretas del Plan general de trabajo, se tomaron las ricas sugerencias y las indicaciones de la Carta apostólica *Tertio millennio adveniente* y la *Carta de los Agentes Sanitarios*.

Teniendo en cuenta dichas premisas doctrinales, este Pontificio Consejo elaboró su Plan de trabajo con respecto a cuatro aspectos: finalidades, políticas, formas de acción y programas.

El momento más saliente del plan de trabajo del Dicasterio ha sido el año jubilar. Precisamente durante el año jubilar se ha debido efectuar algunos cambios debido a la especificidad de este año. Los cambios se han referido a los objetivos mientras los programas no han variado en lo que se refiere a su enunciado, ha cambiado su forma.

#### a) Objetivo general

Para realizar lo anterior, se fijó el objetivo general del Pontificio

Consejo, en particular en este tiempo de la Celebración del Gran Jubileo del Año 2000, es decir: "Celebrar la Encarnación del Verbo de acuerdo a la Bula de Proclamación del Gran Jubileo del Año 2000 *Incarnationis Mysterium*, para iluminar las culturas sanitarias con el Evangelio, santificar al enfermo y el ambiente de la salud en general, y llegar a la comunión de la pastoral de la salud en la Iglesia".

#### b) Operatividad del Dicasterio

En lo que concierne el plan práctico, para alcanzar dicha finalidad teniendo en cuenta sus objetivos específicos, en el ministerio de la Palabra, que contiene 11 programas, el Pontificio Consejo fijó como objetivo: "Celebrar la encarnación del Verbo para iluminar con el Evangelio las culturas sanitarias a través de los signos jubilares de la Peregrinación, de la Puerta Santa y de la Indulgencia".

En el ministerio de la santificación, que comprende 7 programas, el objetivo ha sido el siguiente: "Celebrar la Encarnación del Verbo para santificar al enfermo y en general al mundo de la salud a través de los signos jubilares de la Peregrinación, de la Puerta Santa y de la Indulgencia".

En el ministerio de la comunión, con 29 programas por desarrollar, el objetivo ha sido: "Celebrar la Encarnación del Verbo para llegar a la comunión solidaria de los enfermos y de los agentes de la salud en la Iglesia a través de los signos jubilares de la Peregrinación, de la Puerta Santa y de la Indulgencia".

Para alcanzar la finalidad que el Dicasterio fijara en el ministerio de la palabra, se pusieron en marcha las siguientes actividades: tratar de dar el sentido a la vida y al sufrimiento y el sentido a la naturaleza y su manipulación, explicándolos, difundiéndolos y divulgándolos a todos, en particular a los obispos encargados para la Pastoral de la Salud en sus Conferencias Episcopales. Sobre el particular, han sido de gran ayuda la celebración de la XV Conferencia internacional, la publicación de la revista *Dolentium hominum*, la

participación de los Superiores y Oficiales del Dicasterio, etc. en varios congresos, seminarios y encuentros.

En lo que concierne la evangelización de las facultades de medicina, el Pontificio Consejo ha buscado mantenerse en contacto con las más importantes facultades católicas de medicina, de farmacia y de derecho, para promover en el futuro cursos específicos; los demás programas promovidos con mucho empeño en el sector de la Palabra son: las publicaciones, la Organización Mundial de la Salud, el manual pastoral para los drogo-dependientes, la guía pastoral de la salud, las conferencias, la conferencia internacional, las investigaciones, los centros de enseñanza, los "dossiers".

Como hemos expuesto antes, en el ministerio de la santificación el Pontificio Consejo ha puesto 7 programas de considerable importancia: el bautismo, la unción de los enfermos, los demás sacramentos, el manual de oración y de sacramentos, la Jornada mundial del enfermo, la oración, y la "Intención" del Apostolado de la Oración.

Para alcanzar este objetivo que el Dicasterio se impusiera en el ministerio de la comunión para el 2000, los 32 programas tenían como finalidad reforzar o alcanzar esta comunión solidaria. Se trata de programas que tienen en cuenta la unión de los médicos, enfermeros y farmacéuticos católicos, apoyando sus asociaciones en el mundo, sobre todo a nivel mundial. En esta programación hacia la unificación de la pastoral sanitaria en todo el mundo también es muy importante la creación de una unión internacional de capellanes católicos en los hospitales y la unión misma de los hospitales católicos, así como la unión de los religiosos hospitalarios, de los obispos encargados de la pastoral de la salud en las conferencias episcopales. Asimismo, se ha tratado de aumentar la actividad pastoral del voluntariado sanitario católico e incrementar las asociaciones de los enfermos. Entre los diferentes programas en el sector comunión podemos mencionar: los centros de bioética, el

esfuerzo para su unificación, la organización y la celebración de la Jornada Mundial del Enfermo, el derecho universal a la salud, la comunicación cristiana de bienes, las enfermedades emergentes: SIDA y lepra; la droga, las relaciones interdicasteriales, los obispos encargados para la pastoral sanitaria, las nunciaturas, las visitas ad limina, la participación y representación del Dicasterio en congresos y encuentros fuera de sede, visitas y viajes pastorales, etc. En el Plan de Trabajo también se ha tenido en consideración los programas administrativos internos del Dicasterio, que entran en el ámbito del sector comunión, es decir: secretaría, administración, archivo, servicio de documentación, cuidado y depósito de documentos y publicaciones.

Los 50 programas arriba mencionados han sido llevados adelante con mucho empeño por todos los miembros del Dicasterio. Los resultados han sido muy satisfactorios y confirman la sintonía de la planificación de trabajo con el objetivo fijado para el 2000.

Luego de esta premisa, deseamos hacer una reseña más detallada de algunos puntos salientes de la actividad del Dicasterio en el arco del año 2000.

### 1. Celebración del Jubileo de los Enfermos y de los Agentes Sanitarios

En el ministerio de la santificación, hay un programa muy importante para la actividad del Pontificio Consejo: la celebración anual de la Jornada Mundial del Enfermo.

En el año Jubilar 2000 dicha Jornada ha sido celebrada solemnemente en Roma como "Jubileo de los Enfermos y de los Agentes Sanitarios".

Cuatro momentos salientes han marcado las diferentes manifestaciones de celebración: la oración, el estudio, la fiesta y las visitas a algunos lugares muy vinculados con el acontecimiento jubilar.

#### 1. La Oración.

Más de 20,000 peregrinos entre enfermos y agentes sanitarios provenientes de todo el mundo asistieron a las diferentes ceremonias y celebraciones preparadas cuidadosamente por el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Entre los momentos de intensa espiritualidad tenemos: la celebración de la Santa Misa de acogida y bienvenida el día 10 de febrero, en la Basílica de San Pablo

extra-muros, presidida por S.E. Mons. Javier Lozano, Presidente del Dicasterio; procesión mariana "Aux Flumbeaux" por vía della Conciliazione, guiada por el Presidente del Dicasterio, que se concluyera en la Plaza San Pedro con la bendición del Santo Padre; la piadosa práctica del Via Crucis en el Coliseo.

El momento de celebración más significativo sin duda ha sido la solemne concelebración eucarística, **el viernes 11 de febrero**, festividad de la Beata Virgen de Lourdes, presidida por el Santo Padre en la Plaza San Pedro, convertida en un grande e inmenso



pabellón de hospital a cielo abierto.

Junto al altar, la blanca imagen de la Virgen de Lourdes. Cincuenta concelebrantes con la casulla blanca, entre los cuales S.E.R. el Cardenal Etchegaray, Presidente del Comité del Gran Jubileo del Año 2000, con el Secretario Arzobispo Crescenzo Sepe; S.E. Mons. J. Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud con el Secretario S.E. Mons. José L. Redrado y el Vice-Secretario P. Felice Ruffini, M.I. y 45 Arzobispos y Obispos Encargados de las Conferencias Episcopales para la Pastoral de la Salud. Concelebraron también 350 sacerdotes comprometidos en todo el mundo en la pastoral sanitaria. Se contó con la presencia de autoridades civiles y militares.

La concelebración eucarística fue solemne y compuesta, con la participación de más de 30,000 peregrinos, entre los cuales 2,400 enfermos en silla de ruedas y 1,700 deambulantes a los pies del sagrado en los sectores de los santos Pedro y Pablo: familiares, médicos, paramédicos, enfermeros, acompañantes y voluntarios, religiosos y religiosas.

Al dirigirse a los enfermos y a

los agentes sanitarios, el Santo Padre dejó en su homilía esta consigna: "... El Jubileo es experiencia de una visitación especial. Al hacerse hombre, el Hijo de Dios vino a visitar a cada persona y para cada uno se hizo "la Puerta": Puerta de la vida, Puerta de la salvación. El hombre debe entrar a través de esta Puerta si desea encontrar la salvación. Cada uno está invitado a superar este umbral... La Iglesia entra en el nuevo milenio apretando a su corazón el Evangelio del sufrimiento, que es anuncio de redención y de salvación. Hermanos y hermanas enfermos, vosotros sois testigos especiales de este Evangelio. El tercer milenio espera de los cristianos que sufran este testimonio. Lo espera también de vosotros, agentes de la pastoral sanitaria, que con diferentes grados desarrollais junto a los enfermos una misión muy significativa y apreciada, apreciadísima".

Un momento muy conmovedor fue la administración del sacramento de la Unción de los Enfermos. El Santo Padre lo confirió personalmente a 10 enfermos, mientras a otros 90 lo confirieron algunos obispos y sacerdotes entre los cuales el Presidente del Dicasterio S.E. Mons. Lozano, S.E. Mons. Redrado, OH, el Revdo. P. Felice Ruffini, M.I., Secretario y Vice-Secretario del Pontificio Consejo, respectivamente.

La celebración de la Jornada se concluyó con la solemne Bendición a todos los participantes y especialmente a los enfermos.

#### 2. El Estudio.

En los días 9-10 de febrero se realiza en el Aula nueva del Sínodo en Vaticano, el Encuentro de los Obispos Encargados para la Pastoral de la Salud en las Conferencias Episcopales y de las Asociaciones católicas de los Agentes Sanitarios. En estas dos jornadas de estudio, en las diferentes salas, se reflexionó, ya sea con las conferencias magistrales que con el Forum de los grupos, acerca de la Identidad de los Agentes de la sanidad católicos frente a los retos del Tercer Milenio. Se contó con la presencia de más de 200 participantes en representación de cada continente. Luego de haber presentado las Jornadas de Estudio, el Presidente del Dicasterio S.E. Mons. Javier Lozano intervino con dos conferencias magistrales. La primera fue dirigida a los Obispos encargados acerca de la *Pastoral de la salud* y la otra a los Médicos Católicos acerca de la *Identidad del Médico Católico*. Además del Presidente del Dicasterio intervinieron: S. E. Mons.

Redrado, O.H., Secretario del Dicasterio, que habló sobre: "Programa del Dicasterio: Plan de trabajo", el Dr. Gian Luigi Gigli, Presidente de la Federación Internacional de las Asociaciones Médicos Católicos (FIAMC) sobre el tema: "Los retos de los médicos católicos para el Tercer Milenio", P. Joseph Joblin, Asistente Eclesiástico del Comité Internacional de los Enfermeros y Asistentes médico-sociales (CICIAMS) sobre el tema: "Identidad del enfermero católico"; la Sra. An Verlinde, Secretaria general de CICIAMS, sobre *Desafíos para el Tercer Milenio*; el Revdo. P. Felice Ruffini, M.I., Vice-Secretario del Dicasterio, sobre la *Identidad del Farmacéutico Católico*; y el Prof. Alain Lejeune, Presidente de la Federación Internacional de los Farmacéuticos Católicos (F.I.U.P.C.) sobre los *Retos del Tercer Milenio*.

### 3. Fiesta.

Dos bellos momentos de fiesta y de gran significado espiritual: la noche del **11 de febrero**, en la plaza San Pedro, al final de la procesión con antorchas se realizó la *Fiesta de sonidos y de luz* y el día **12 de febrero**, en el Aula Pablo VI en Vaticano, la *Fiesta del gozo y de la esperanza*, con el testimonio de varias personas entre las cuales artistas y personas del mundo del deporte, que a través del sufrimiento han encontrado a Cristo, su gozo y esperanza. Los enfermos fueron los verdaderos protagonistas.

### 4. Vistas.

En la mañana del **12 de febrero** se realizaron las visitas por grupos lingüísticos a las Basílicas del Jubileo: Santa María la Mayor, San Juan de Letrán, Santa Cruz en Jerusalén. Asimismo, las Iglesias Nacionales organizaron las varias visitas para sus peregrinos.

Las diferentes celebraciones y fiestas fueron transmitidas por la TV a todo el mundo vía satélite. Ante todo, hay que subrayar la conexión con los santuarios marianos donde años atrás se celebró la Jornada Mundial del enfermo, o donde se celebrará próximamente.

La celebración de la Jornada se concluyó el domingo 13 de febrero con la Santa Misa en los lugares de acogida.

## 2. Reuniones interdicasteriales

En el ámbito del ministerio de la comunión, el Pontificio Conse-

jo ha mantenido constantes relaciones con otros Dicasterios de la Curia Romana y ha participado en las diferentes reuniones interdicasteriales.

– en el Pontificio Consejo "Justicia y Paz". El Revdo. Antonio Soto, Oficial del Dicasterio, participa el 8 de abril en la reunión interdicasterial en vista de la preparación de la Jornada Mundial de la Paz (2001);

– en el Pontificio Consejo de la Cultura. El 8 de junio, el Revdo. Krzysztof Nykiel, Oficial del Dicasterio, toma parte en el Encuentro interdicasterial "Diálogo Ciencia-Fe. Nuevas perspectivas".



## 3. Participación y representación en Congresos y Encuentros

Otro programa del ministerio de la palabra ha sido la participación y representación en varios congresos y encuentros. Han participado en ellos los Superiores y los Oficiales del Dicasterio durante todo el año 2000.

### ENERO

– Del 24 al 29, en Ginebra, el Revdo. Mons. Jean-Marie Mpendawatu toma parte en la Delegación de la Santa Sede para la reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud.

### FEBRERO

– El día 14, en Vaticano, S.E. Mons. Javier Lozano participa en la Jornada dedicada a la Conmemoración de la Encíclica *Evangelium vitae*, promovida por la Pontificia Academia para la Vida.

– El día 17, en Roma, el Presidente del Dicasterio S.E. Mons. Lozano, preside la Celebración Eucarística al concluirse el Simposio sobre los Mártires católicos

mexicanos, subrayando que dicho simposio estaba situado en el marco de las celebraciones jubilaes y recordando que los mártires son un signo perenne de la verdad del amor cristiano.

– El día 23, en Roma, el Oficial del Dicasterio, Revdo. Mons. Jean Marie Mpendawatu, toma parte en el Encuentro organizado por el Hospital *Bambino Gesù* sobre el apoyo internacional en favor de los niños enfermos de SIDA en Rumanía.

– Del 25 al 27, en Vaticano, S.E. Mons. Lozano y S.E. Mons. Redrado, participan en el Encuentro internacional de estudio referente a la *Actuación del Concilio Ecuménico Vaticano II*, organizado por la Comisión Teológico-histórica del Grande Jubileo.

### MARZO

– El día 3, en Frosinone, por invitación de S.E. Mons. Salvatore Boccaccio, Obispo de Frosinone, el Presidente del Dicasterio participa en el Seminario titulado: "La tragedia de la enfermedad y la esperanza del alivio. De la soledad del enfermo a la comparticipación de su dolor" y expone una conferencia sobre el tema "La esperanza y el enfermo. Perspectivas teológicas".

– El día 28, en la Basílica de San Pedro, el Presidente S.E. Mons. Lozano, preside la concelebración eucarística de apertura del VII Congreso Nacional del "Colegio de los Docentes de Odontología". Para los participantes fue también la ocasión propicia para observar el Jubileo.

### ABRIL

– Del 4 al 6, en Ciudad de México, acompañado por el Oficial del Dicasterio Revdo. P. Krzysztof Nykiel, S.E. Mons. Javier Lozano, participa en el IV Congreso Nacional y III Internacional de las Instituciones Religiosas al servicio de la Salud, organizado por la Comisión Archidiócesana para la Pastoral de la Salud y la Congregación de las religiosas franciscanas de la Inmaculada Concepción, A.R., sobre el tema: "Cuidando el cuerpo, sanando el alma. Hacia el Tercer Milenio". El Presidente interviene con la ponencia "Curando el cuerpo y sanando el alma".

– Del 6 al 7, en Ciudad de México, el Presidente del Dicasterio participa en el *Second Annual Panamerican Catholic Health Care Dialogue*, organizado por el CELAM en colaboración con el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud y por la Archidiócesis de New York, sobre el tema: *A Jubilee Celebration for the Whole of*

*Humanity*, y da una conferencia sobre el tema: "La celebración del Jubileo y el enfermo". En los trabajos toma parte también el Revdo. P. Krzysztof Nykiel, Oficial del Dicasterio.

– El día 7, en Roma, el Secretario del Dicasterio, S.E. Mons. Redrado, preside la Concelebración eucarística con ocasión del Encuentro Internacional sobre el tema: "Las respuestas de la vida religiosa italiana en favor de las personas discapacitadas"; la homilía se relaciona con el tema del Encuentro.

– El día 27, en Roma, el Revdo. P. Krzysztof Nykiel, Oficial del Dicasterio, participa en representación del Dicasterio en el Encuentro organizado por la Facultad de Teología y el Pontificio Instituto Pastoral *Redemptor Hominis* de la Pontificia Universidad del Laterano, en colaboración con el Comité local para el XLVII Congreso Eucarístico Internacional de la Diócesis de Roma sobre el tema: "Jesucristo único salvador del mundo, pan para la nueva vida".

#### MAYO

– El día 10, en Genzano de Roma, el Oficial Revdo. P. Krzysztof Nykiel, participa en el Iº Workshop Internacional sobre las Intervenciones Humanitarias y las Experiencias de Cooperación de las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) y las Organizaciones no Profit (ONP), organizado por la Asociación y los Hermanos de San Juan de Dios en favor de los enfermos lejanos, y tiene una ponencia titulada "La actividad del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud".

– Del 15 al 20, en Ginebra, el Presidente del Dicasterio S.E. Mons. J. Lozano participa como Jefe de la Delegación de la Santa Sede, en la 53ª sesión de la Asamblea Mundial de la Salud e interviene hablando del concepto de la salud en el magisterio de la Iglesia. De la delegación también forma parte el Revdo. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Oficial del Dicasterio.

– El día 22, en Roma, S.E. Mons. Lozano inaugura la Reunión del Consejo Directivo de la Pontificia Academia para la Vida, dirigiendo a los participantes unas palabras de saludo.

#### JUNIO

– Invitado por S.E. Mons. Antonio Riboldi, Obispo emérito de Acerra, el día 1º el Presidente del Dicasterio participa en el Encuentro internacional "Derecho del niño a la salud", con una conferencia titulada: "El derecho del niño

a la tutela de la salud".

– Del 12 al 15, en Itaici, Brasil, S. E. Mons. Lozano toma parte en el Encuentro, organizado por la Conferencia Nacional de Obispos de Brasil: "SIDA y desafíos para igreja do Brasil", con una conferencia sobre el tema: "El Sida, realidad eclesial y perspectivas pontificias".

#### JULIO

– Del 12 al 15, en Kuala Lumpur (Malasia), S. E. Mons. Lozano y S.E. Mons. Redrado, participan en el *XII Congress of the Asian Federation of Catholic Medical Associations*, organizado por la Asociación de Médicos Católicos de Malasia, sobre el tema "Health Challenges in Asia in the New Millenium". El Presidente interviene con la ponencia "Healing in the Gospels".

#### AGOSTO

– El día 20, en Zamora (México), S.E. Mons. Lozano, en presencia de 200 médicos y otros agentes sanitarios, tiene una conferencia referente a la *Identidad del médico católico*.

#### SETIEMBRE

– El día 5, en Chieti, el Secretario del Dicasterio S.E. Mons. Redrado, preside los trabajos del Congreso internacional dedicado a "Las problemáticas éticas de la experimentación clínica", organizado por la Archidiócesis de Chieti-Vasto en el marco del jubileo de los docentes universitarios. Asimismo, tiene una ponencia titulada "La investigación y el respeto de la dignidad humana".

– El día 6, en Roma, el Secretario del Dicasterio, S.E. Mons. Redrado, participa en el Jubileo de las Universidades y tiene una ponencia introductoria a los trabajos sobre el tema: "El sentido de la enfermedad terminal y de la muerte".

– El día 15, en Roma, S.E. Mons. Redrado preside una celebración eucarística con ocasión de un Curso de Formación Permanente, organizado por la Congregación de los Hijos de la Inmaculada Concepción y pronuncia una homilía sobre el particular.

– Del 25 al 29, en Caltanissetta (Sicilia), acompañado por el Revdo. Antonio Soto, Oficial del Dicasterio, S.E. Mons. Lozano participa en la III Conferencia Mundial sobre Prevención de la Droga, organizada por la Asociación "Casa Famiglia Rosetta"; el tema es: "Nuevas fronteras para la prevención de la droga y de la criminalidad para los jóvenes y las comunidades". El Presidente tiene

una conferencia titulada: "Posición ética y moral de la Santa Sede con respecto a la droga".

– Del 25 al 27, en Madrid, S.E. Mons. Redrado, participa en las XXV Jornadas Nacionales de la Pastoral de la Salud con una conferencia sobre el tema: "Necesidades espirituales del niño enfermo y su atención pastoral".

#### OCTUBRE

– Del 5 al 8, en Pittsburgh, el Presidente S.E. Mons. Lozano participa en el 68º Encuentro anual de la Asociación de Médicos Católicos de Pittsburgh e interviene con la ponencia *The Medical Doctor and his Vocation in relation to the Mission of the Church*. Asimismo preside una solemne celebración eucarística con el rito de consagración de los médicos católicos de Estados Unidos de América al Corazón Inmaculado de la Virgen María.

– El día 10, en Roma, S.E. Mons. Redrado preside un Encuentro de oración organizado por el Pontificio Ateneo "Regina Apostolorum" y presenta una reflexión sobre el tema: "Testigos y servidores de la esperanza".

– Del 11 al 13, en Vaticano, el Oficial del Dicasterio, Revdo P. Krzysztof Nykiel representa al Dicasterio en el Congreso internacional teológico pastoral, organizado por el Pontificio Consejo para la Familia sobre el tema: "Los hijos, primavera de la familia y de la sociedad".

#### NOVIEMBRE

– El día 7, en Roma, por invitación del Dr. Agostino Falconi, el Presidente de la Asociación Trasplantados de Organos de la región italiana Marcas, S.E. Mons. Lozano preside una celebración eucarística con ocasión de su Jubileo con una homilía para la circunstancia.

– Del 7 al 9, en Quito, el Oficial del Dicasterio, Revdo. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, toma parte en calidad de Observador de la Santa Sede en la VII Sesión del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (CIB).

– El día 9, en Roma, S.E. Mons. Redrado participa en la ceremonia de inauguración del año académico de la Universidad Católica del Sagrado Corazón "A. Gemelli".

– Del 9 al 11, en Svit, en compañía del Revdo P. Krzysztof Nykiel, Oficial del Dicasterio, S.E. Mons. J. Lozano participa en el 9º Simposio internacional organizado por la Facultad Teológica de la Universidad de Tirnava sobre el tema: "Nueva Evangelización" e interviene con una ponencia so-

bre "Identidad del Médico Católico". El día 11, el Presidente S.E. Mons. Lozano participa también en la reunión de la Federación Europea de los Médicos Católicos en Bratislava y al día siguiente preside una celebración eucarística para ellos pronunciando una homilía.

– El día 25, en Padua, el Presidente S.E. Mons. Lozano participa en el Encuentro Internacional organizado por el Colegio Universitario Médicos Misioneros (CUAMM) con ocasión del 50º aniversario de la Fundación, con la ponencia "Africa en el 2000: Salud para todos".

– El día 28, en Fátima, el Revdo. P. Antonio Soto, Oficial del Dicasterio, participa en los trabajos del XIV Encuentro Nacional de la Pastoral de la Salud de Portugal y pronuncia una intervención titulada "Salud y Solidaridad en el Año Jubilar 2000".

#### DICIEMBRE

– Del 6 al 8, en El Alto, el Presidente S.E. Mons. Lozano participa en el Encuentro Nacional de la Pastoral de la Salud de Bolivia con dos ponencias: una sobre *Bioética* y la otra sobre *Pastoral de la salud en Bolivia*.

#### 4. Visitas y viajes pastorales

Con las visitas y los viajes pastorales se ha tratado de estar presentes concretamente en el mundo de la salud y del sufrimiento para ayudar a santificar al enfermo y en general el mundo de la salud.

#### MARZO

– El día 26, por invitación del Primado de Polonia, S.E.R. el Cardenal Jozef Glemp, S.E. Mons. Lozano participa en la Consagración de la iglesia dedicada a Nuestra Señora de Guadalupe en Laski (Varsovia) y habla sobre el significado antropológico del cuadro de la Virgen de Guadalupe. Asimismo, visita el más grande centro para ciegos. El Presidente estaba acompañado por el Revdo. Antonio Soto, Oficial del Dicasterio.

#### 5. Jornada de Seminario sobre la enfermedad de Hansen

Con ocasión de la "Jornada Mundial de la Lepra 2000", el 15 de enero se realizó en Vaticano (Aula Nueva del Sínodo) la *Jornada de Seminario sobre el enfermedad de Hansen*, promovida por el Pontificio Consejo para la Pas-

toral de la Salud y por la Asociación Italiana Amigos de Raoul Follereau sobre el tema: "Enfermedad de Hansen. Realidades y Perspectivas". Esta jornada internacional contó con una numerosa participación de cerca de 1000 personas provenientes de todos los continentes, entre las cuales autoridades eclesíásticas y civiles. En la inauguración estaban



S.E.R. Card. Angelo Sodano, Secretario de Estado de la Santa Sede, S.E. Mons. J. Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, S.E. Mons. Redrado, Secretario del Dicasterio, la Hon. Rosy Bindi, ex-Ministro de Salud, el Prof. Henry T. Valére Kiniffo, Presidente de la Asociación Raoul Follereau de Benin.

El Presidente de AIFO, Dr. Enzo Zecchini, dirigió un saludo a los participantes.

Durante los trabajos de la Jornada de Seminario, se reflexionó sobre temas como: "Pobreza, desarrollo y salud", "La lepra en el mundo – Análisis de la situación y nuevos desarrollos científicos", "El compromiso de las Asociaciones Miembros de la Federación Internacional (ILEP) – Desarrollo histórico y perspectivas futuras", "La figura de Raoul Follereau – Foundation Luxembourgeoise Raoul Follereau", "La figura del Padre Damián – Fondation Damien Belgique", "Discapacidad y lepra", "El cronista y los enfermos de lepra", "Lepra – palabra como sinónimo de marginación".

La Jornada se concluyó con una oración presidida por el Presidente del Dicasterio S.E. Mons. Lozano.

El domingo 16 de enero, durante el Angelus el Santo Padre dirigió a los participantes de la Jornada de Seminario un afectuo-

so saludo, expresándoles su aprecio por el empeño demostrado en favor de los enfermos de lepra, cuyo número en el mundo es aún de cerca de quince millones y manifestó su deseo de que el año 2000 marque un paso adelante para la curación y el rescate de nuestros hermanos enfermos de lepra y suscite también en el ánimo de los cristianos una generosa disponibilidad hacia todos los hermanos que se encuentran necesitados. Al respecto, el Santo Padre recordó que "la enfermedad de Hansen se puede curar con medicinales relativamente poco costosos, pero que a menudo no están al alcance de los enfermos debido a la gran pobreza en la que se encuentran. En fin de cuentas, la lepra más peligrosa es la miseria, que debe ser combatida en el ámbito económico y, ante todo, mediante una profunda conversión de la lógica del egoísmo y de la solidaridad.

#### 6. Reunión Conjunta de los Delegados Continentales y del Grupo de Expertos de AISAC

En la programación hacia la unificación de la pastoral sanitaria en todo el mundo, luego del Simposio mundial de AISAC (Asociación Internacional de Institutos Sanitarios Católicos) que se realizara en Vaticano (Nueva Domus Sanctae Marthe) del 1º al 3 de julio de 1999 sobre el tema: "*Las Instituciones Sanitarias Católicas, testimonio de Iglesia*", el Pontificio Consejo promueve y organiza una Reunión conjunta de los Delegados continentales y el Grupo de Expertos que se desarrolla en Vaticano del 26 al 28 de mayo pasado.

En la Reunión participan cerca de 25 personas y se articula en 2 jornadas de estudio y de reflexión. El Presidente del Dicasterio S.E. Mons. Javier Lozano, abre los trabajos de la Reunión con un saludo, al que sigue el del Director de AISAC Fra Pierluigi Marchesi, O.H. En los dos días se discute acerca de las estrategias después del Simposio de junio 1999; los representantes continentales exponen a todos las actividades realizadas o programadas para desarrollar el AISAC en su continente. A unanimidad se remarca la importancia en la Iglesia de un Organismo como AISAC. Entre los objetivos fijados está la organización del nuevo Simposio para el año 2001.

El Presidente del Pontificio Consejo S.E. Mons. Javier Lozano, intervino al final de los traba-

jos agradeciendo a todos por la labor desarrollada e hizo una síntesis de la misma.

## 7. Seminario de Estudio: “Los Sacramentos en la Pastoral de la Salud”

En el “Plan de Trabajo” del Pontificio Consejo, dentro del ministerio de la santificación, hay tres programas que se refieren a los sacramentos en el ámbito de la pastoral sanitaria. Se trata del Bautismo, de la Unción de los Enfermos, así como de los demás Sacramentos.

Dichos “programas” tienen como finalidad la santificación del enfermo y en general del mundo de la salud.

Al respecto, entre las diferentes actividades puestas en marcha, el Pontificio Consejo, con la colaboración con el Instituto Pastoral *Redemptor Hominis* de la Pontificia Universidad del Laterano, promovió y organizó en los días 2-3 junio 2000, el Seminario de Estudio *Sacramentos en la Pastoral de la Salud*, dirigido a los Teólogos, Expertos y Agentes de Pastoral sanitaria. Durante este Seminario se trató de centrar y profundizar los diferentes aspectos de la temática en objeto: socio-cultural, antropológico, teológico-dogmático, teológico-pastoral.

Los ámbitos de reflexión del Seminario fueron:

- los sacramentos con relación a la salud/enfermedad
- la salud/enfermedad como lugar favorable e importante para la celebración de los sacramentos.

De las dos jornadas de estudio surgieron reflexiones y algunas orientaciones acerca del significado y la importancia de los sacramentos y la influencia que tienen en la Pastoral sanitaria.

En particular, durante los trabajos se insistió sobre la necesidad de organizar otro seminario de estudio relacionado con la Unción de los Enfermos.

Por esta razón, en vista de la importancia y de la delicadeza de dicho argumento, el Pontificio Consejo se dirigió a la Congregación para la Doctrina de Fe solicitando la autorizada participación de dicha Congregación, incluso con una intervención de parte de un representante calificado.

La Congregación para la Doctrina de la Fe nos asegura la colaboración incluso a través de un delegado en la fase de programación del Seminario, e non informa que la Congregación de la Fe está estudiando el problema de la cualificación teológica de la doc-

trina referente al ministerio de la Unción de los enfermos.

La fecha propuesta para el próximo seminario es para el año 2002.

## 8. XV Conferencia Internacional

Del 16 al 18 de noviembre, se ha realizado en Vaticano (Aula Nueva del Sínodo), la XV Conferencia Internacional, promovida y organizada por el Pontificio Consejo, sobre el tema: “*Salud y Sociedad*”. La Conferencia internacional que se celebra cada año tiene mucha importancia para la vida del Dicasterio, incluso porque forma parte de los programas del ministerio de la palabra cuya finalidad en el año jubilar ha sido: Celebrar la encarnación del Verbo para iluminar con el Evangelio las culturas sanitarias.

Han tomado parte cerca de 600 participantes provenientes de 66 países; estaban 15 Embajadores ante la Santa Sede, 1 Representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 3 Ministros de Salud, 250 médicos, representantes de las Asociaciones y Federaciones católicas del mundo sanitario. Entre los ilustres conferencistas: 2 cardenales, 2 obispos, así como autorizados investigadores, hombres de ciencia y estudiosos de las ciencias humanistas, sociales, biomédicas y teológico-pastorales.

El Presidente del Dicasterio, S.E. Mons. Lozano, ha tenido a su cargo la introducción de los trabajos y S.E. R. el Cardenal F. Angelini, Presidente emérito del Dicasterio, ha dirigido un saludo a los participantes.

La temática general “Sanidad y Sociedad”, ha sido tratada por los diferentes conferencistas a la luz de la Palabra de Dios y de la teología, poniendo en evidencia los actuales retos tecnológicos y la instancia moral para una humanización de la medicina en una sociedad cada vez más globalizada.

Durante los trabajos de la Conferencia, se han puesto de relieve los siguientes temas: las nuevas fronteras de la tecnología médica, los nuevos lugares de sanación, los hospitales y los domicilios, los nuevos agentes de la salud, los nuevos servicios ofrecidos a los enfermos, los nuevos enfermos y las nuevas enfermedades emergentes como la de Alzheimer, el SIDA, y las que derivan del uso de la droga, etc., la medicina en los cambios culturales, los planteamientos actuales de teología moral, las perspectivas ofrecidas a la medicina moderna por el diálogo

inter-religioso con el hebraísmo, el islamismo, el hinduismo y el budismo, la formación de los agentes sanitarios, de los capellanes y voluntarios.

Los participantes en la Conferencia han sido recibidos en Audiencia en el Aula del Sínodo por el Santo Padre que con su autorizado discurso remarca entre otros que *el empeño de los agentes sanitarios tiene las características de una vocación: salir al encuentro al enfermo quiere decir encontrar la persona que sufre y no sólo tratar un cuerpo enfermo.*

El Santo Padre subraya también el concepto de salud afirmando: “*La salud, no se identifica con la simple ausencia de enfermedades, antes bien se coloca como tensión hacia la plena armonía y sano equilibrio a nivel físico, espiritual y social. En esta perspectiva, la misma persona está llamada a poner todas sus energías disponibles para realizar su propia vocación y el bien de los demás*”.

## 9. Encuentro Internacional sobre SIDA

También en ámbito del ministerio de la comunión, otro momento significativo e importante para la actividad del Dicasterio al final del año 2000, ha sido la Reunión intercontinental sobre SIDA, realizada en Vaticano (Nueva Domus Sanctae Marthae) del 30 de noviembre al 1º de diciembre.

S.E. Mons. Javier Lozano, Presidente del Pontificio Consejo, abre los trabajos de la Reunión con un saludo y unas palabras introductorias referentes a la Jornada Mundial del SIDA.

En la primera jornada de la Reunión, S.E. Mons. Redrado presenta el Iter de trabajo desarrollado durante el año 1999-2000; seguidamente, se presenta la Biblioteca y el Archivo sobre SIDA. De gran importancia ha sido la Conferencia de Prensa sobre la Jornada Mundial del SIDA, en la Sala de Prensa Vaticana, así como la presentación del proyecto del Vademecum sobre el SIDA de parte del Secretario del Dicasterio S.E. Mons. Redrado, y las intervenciones sobre las realidades, problemas y propuestas de las Iglesias locales sobre el SIDA en los varios continentes: África, América, Asia y Europa.

La segunda jornada es dedicada completamente a la visita de dos estructuras en las que está presente el problema del SIDA: el hospital *Bambin Gesù* y la cárcel de Rebibbia, en donde se realizan

breves mesas redondas con la participación de los responsables de las estructuras.

Los trabajos se concluyen con el deseo de que los enfermos de SIDA sean acompañados por la solidaridad de la Iglesia y la generosidad fraterna de los hombres y de las mujeres de buena voluntad, según el ejemplo del Buen Samaritano y sean socorridos con medios adecuados, ocupándose de ellos hasta el final.

## 10. La oración mensual con y para los enfermos durante el año jubilar

Al inicio del presente año jubilar, el Santo Padre expresó el deseo de que en la Basílica Liberiana de Santa María la Mayor de Roma, durante todo el año 2000, se realizaran especiales momentos de oración de parte de los enfermos y de todos los que concurren a ella para obtener la Indulgencia del Jubileo. Como fecha del Encuentro de oración con y para los enfermos se elige el *último martes de cada mes*. Con el fin de involucrar a todos los países del mundo, se reserva algunas fechas para cada zona geográfica y se invitan a eminentes autoridades religiosas para que presidan dicho encuentro.

Durante este momento de oración se lee un paso del Evangelio relacionado con el momento, sigue un breve pensamiento de meditación de parte del celebrante. La oración prosigue ante el Santísimo Sacramento expuesto y se concluye con la Bendición a los presentes y con la oración a la Virgen Santa "*Salus Infirmorum*" escrita por el Santo Padre Juan Pablo II para esta circunstancia.

Como respuesta a la voluntad

explícita del Papa, en cada mes y para cada área geográfica ha habido una intensa participación de parte de los hermanos enfermos, discapacitados y sus acompañantes, así como también de parte de las diferentes organizaciones de asistencia a los enfermos como UNITALSI, el Instituto Don Guanella, Cotelengo y otros.

## 11. Actividad editorial

La actividad editorial forma parte de los programas del ministerio de la palabra. Ante todo, queremos indicar la **Revista** del Dicasterio "*Dolentium Hominum*. Iglesia y salud en el mundo" que ha sido publicada regularmente; es ofrecida a los lectores en cuatro versiones lingüísticas (italiano, español, francés e inglés). Uno de los números contiene las Actas integrales de la Conferencia internacional organizada y promovida por el Pontificio Consejo. Asimismo, en el año 2000 se han publicado también las Actas integrales del Congreso sobre SIDA, del Seminario de Estudio acerca de la Identidad del Capellán Católico en Pastoral de la Salud y Sanidad, de la Jornada de Seminario sobre la enfermedad de Hansen y del Seminario de Estudio sobre "Los Sacramentos en la Pastoral de la Salud".

La **Carta de los Agentes Sanitarios**, que por iniciativa del Pontificio Dicasterio fuera publicada en 1994 en lengua italiana, hasta ahora ha sido traducida y publicada por varios países en los siguientes idiomas: español, inglés, francés, alemán, holandés, polaco, portugués, ruso, checo, esloveno, rumano y, con el nulla osta del Pontificio Consejo, se está realizando la publicación de la Car-

ta en lengua húngara y lituana, mientras está en fase de traducción en malgache, albanés y "thai".

Se han publicado dos ediciones en lengua española (dos en México, una en Perú y una en Colombia) del libro del Presidente del Dicasterio S.E. Mons. Lozano "**Teología y Medicina**" y se está preparando la edición italiana; asimismo, se ha publicado en lengua italiana un volumen titulado "**La Mujer y el Buen Samaritano**", fruto inmediato del 1º Congreso, a nivel de Iglesia universal, acerca de la presencia y la actividad de las mujeres consagradas en el mundo de la sanidad y de la salud. Se trata del primero y amplio subsidio para la formación inicial de las candidatas a la vida religiosa que se preparan al ministerio de asistencia a los que sufren.

## 12. Conclusión

Los mencionados programas del Plan de trabajo de este Pontificio Consejo, han implicado en primera línea a los Superiores, a los Oficiales y a los colaboradores internos y externos del Dicasterio. La actividad ha sido muy intensa en la sede. Se han realizado reuniones con el fin de preparar los varios Congresos y Encuentros, las reuniones interdicasteriales y de expertos en los diferentes grupos de estudio para estudiar los problemas de la Droga, el SIDA, la lepra, AISAC, la Guía pastoral de la salud, el Manual de oración y de los sacramentos, la oración de los enfermos en Santa María la Mayor, etc.

Gracias a este compromiso común, se han podido realizar muchas iniciativas como hemos demostrado más arriba, otras se están realizando. Asimismo, no nos olvidemos que durante todo el año 2000 ha proseguido la correspondencia epistolar con los episcopados, con los representantes pontificios y, en particular, con aquellos recién nombrados, con Arzobispos, Obispos, presentes en Roma en diferentes circunstancias jubilaes u otras, con sacerdotes, religiosos/as y agentes sanitarios.

Revdo. P. KRZYSZTOF  
NYKIEL

Oficial del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de la Salud

